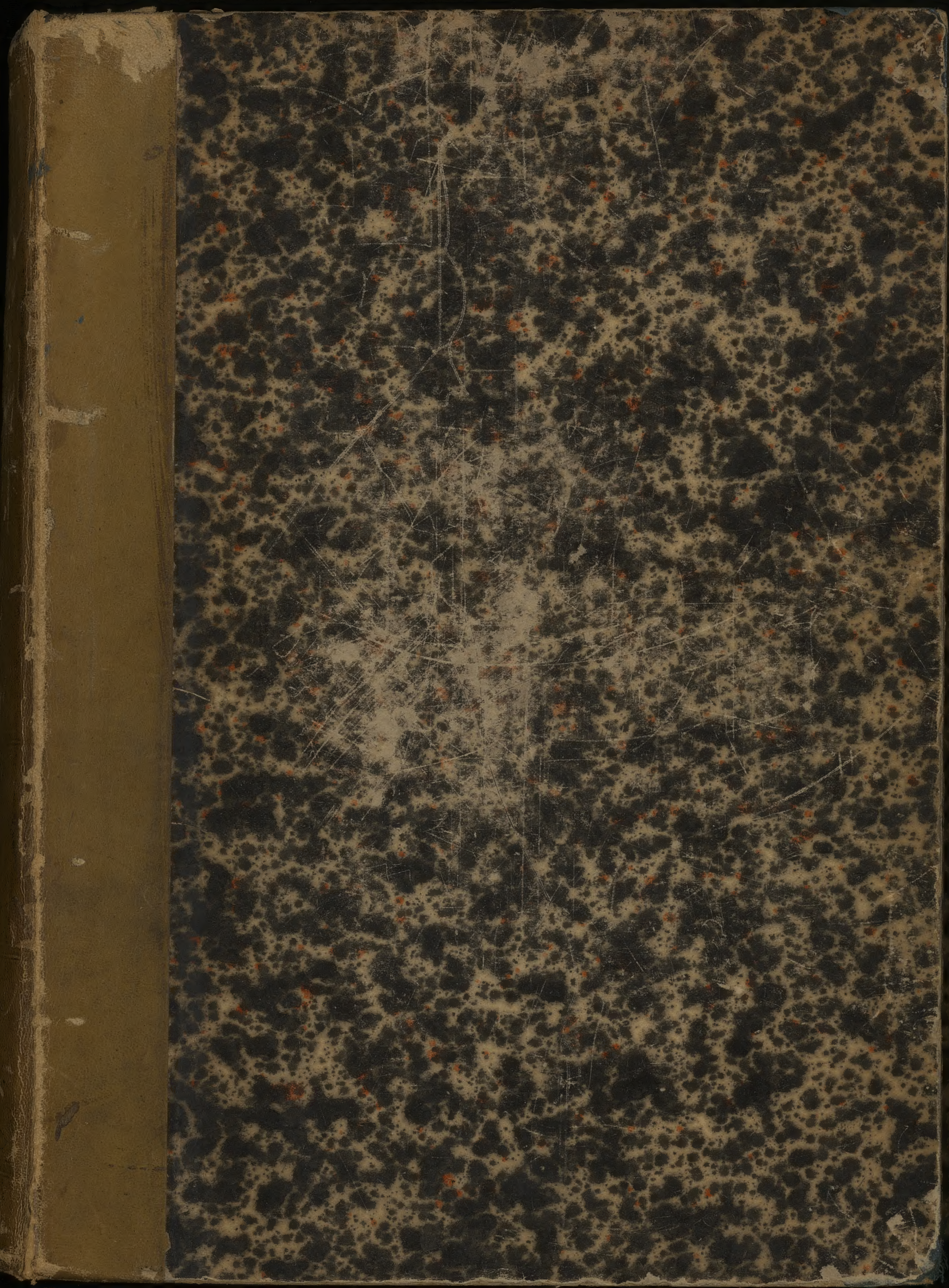
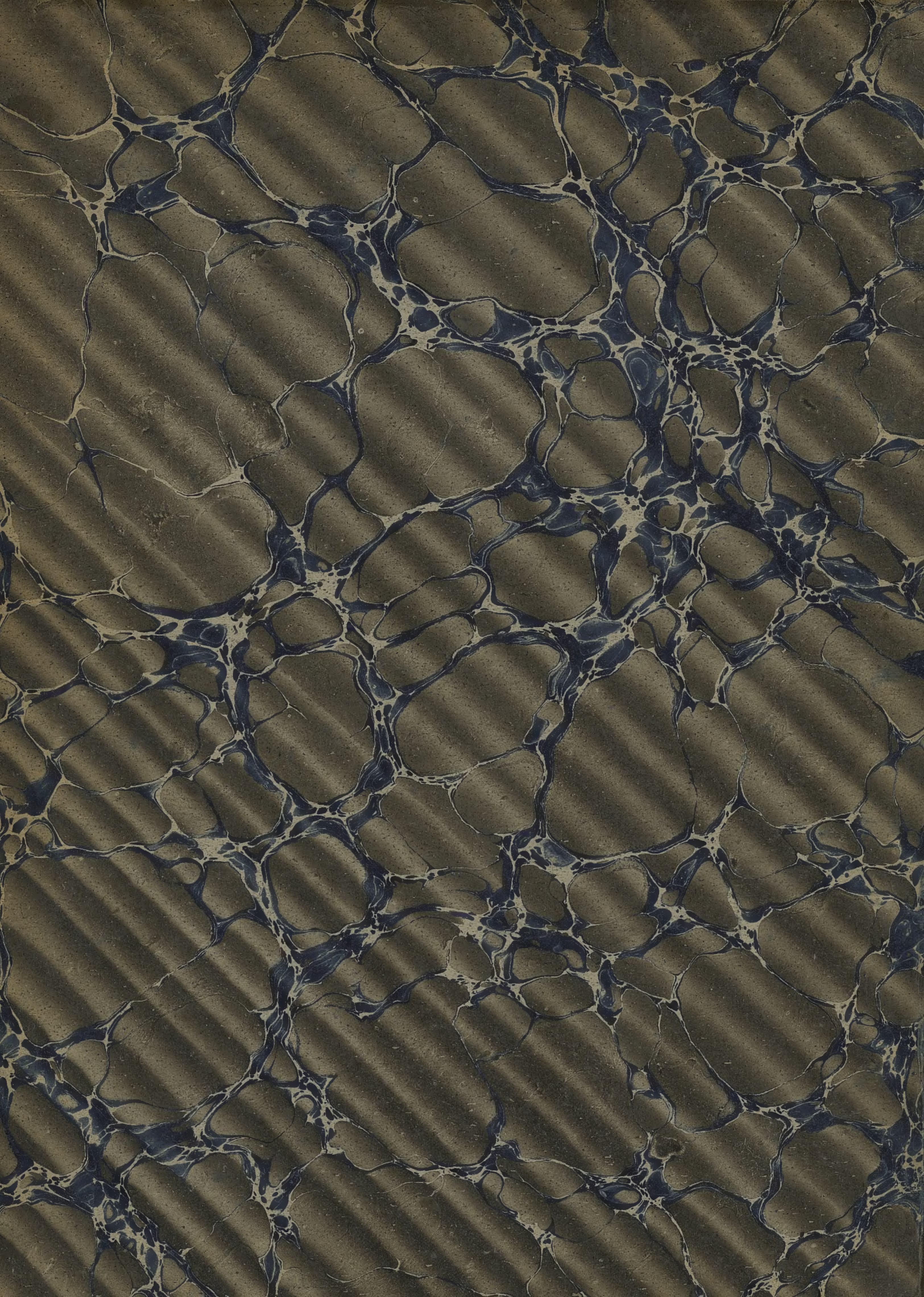
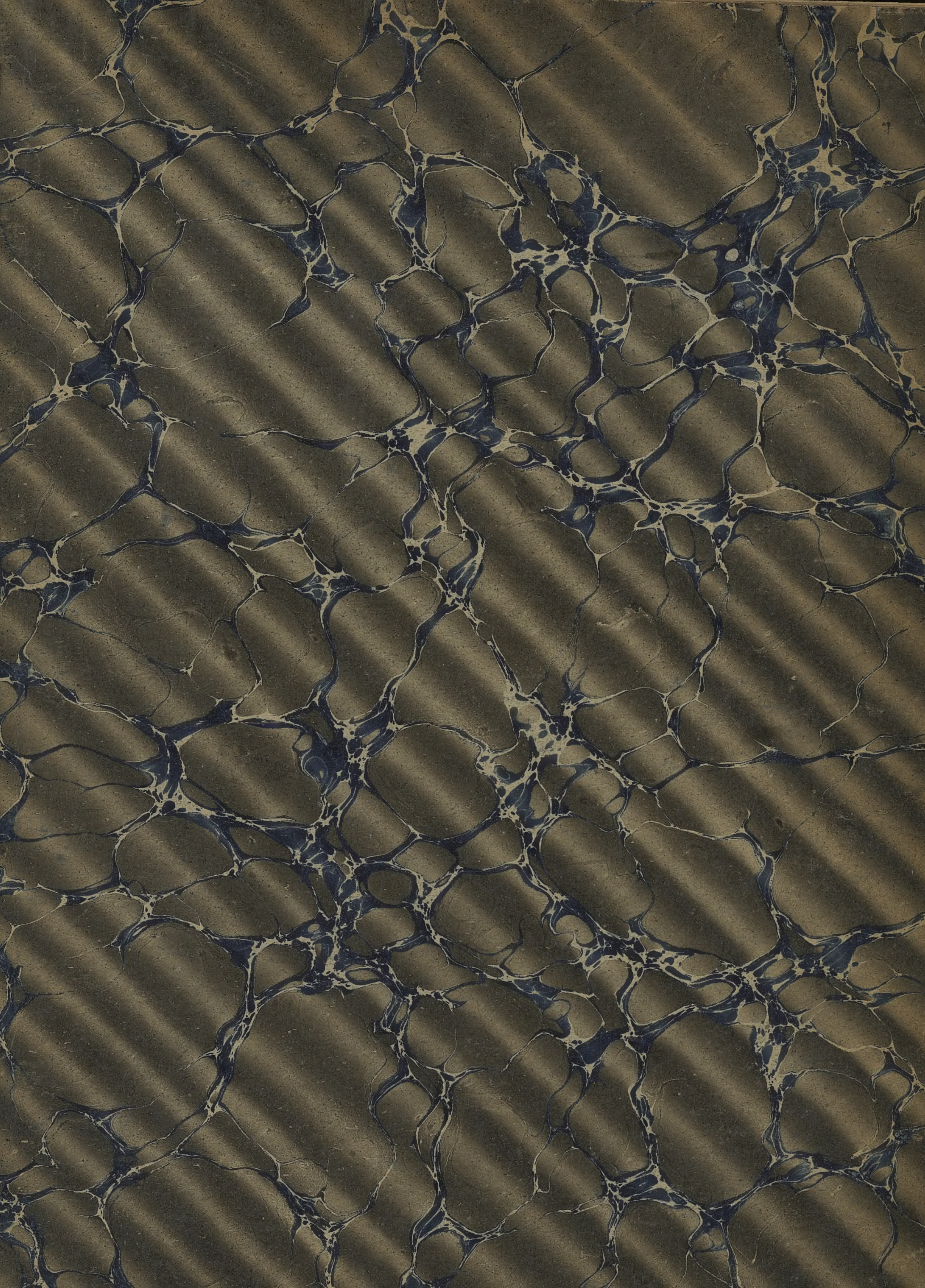






LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CINQUANTE-NEUVIÈME ANNÉE

1886



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1886

N° 1. — SAMEDI 2 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 2 JANVIER 1886. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Décret portant règlement pour l'obtention des décorations universitaires.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes;

Vu le décret organique du 17 mars 1808, les ordonnances royales du 14 novembre 1844, du 9 septembre 1845 et du 1er novembre 1846, les décrets des 9 décembre 1850, 7 avril, 27 décembre 1866 et 30 juin 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les décorations d'officier d'Académie et d'officier de l'instruction publique, créées par l'article 32 du décret organique du 17 mars 1808 sont conférées par le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, sous les conditions ci-après déterminées.

Art. 2. — Le chiffre maximum des décorations à accorder annuellement est fixé ainsi qu'il suit : 1200 officiers d'Académie ; 300 officiers de l'instruction publique.

La moitié de ces distinctions au moins est réservée aux fonctionnaires de l'instruction publique.

En aucun cas les chiffres fixés ne pourront être dépassés.

Art. 3. — Ces distinctions honorifiques sont conférées, sur la proposition des recteurs et après avis des inspecteurs généraux, aux membres de l'enseignement supérieur et de l'enseignement secondaire, publics ou libres, aux fonctionnaires de l'administration de l'instruction publique, ainsi qu'aux fonctionnaires des écoles normales primaires. Elles sont conférées aux fonctionnaires des établissements littéraires et scientifiques et des Écoles spéciales ressortissant au ministère de l'instruction publique, sur la proposition des directeurs de ces établissements et de ces Écoles.

Les distinctions honorifiques pour services rendus aux beaux-arts seront conférées, sur la proposition du recteur, lorsqu'il s'agira de personnes appartenant à l'enseignement, et sur la proposition du directeur des beaux-arts, après avis des inspecteurs spéciaux, pour les candidats étrangers au corps enseignant.

Les fonctionnaires de l'administration centrale du ministère de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, seront nommés, sur la proposition du chef du cabinet, après avis de leurs chefs hiérarchiques.

Art. 4. — Les distinctions honorifiques attribuées aux instituteurs ou institutrices publiques, titulaires ou adjoints, sont conférées, après avis du recteur, sur la proposition du préfet, et conformément aux dispositions de l'article 7 du décret du 27 décembre 1866.

Les instituteurs ou institutrices libres pourvus du brevet supérieur pourront obtenir les palmes académiques au bout de vingt-cinq ans de service, sur la proposition du recteur, après avis du préfet.

Art. 5. — Les distinctions honorifiques attribuées aux membres des Sociétés savantes des départements et aux correspondants du ministère pour les travaux historiques sont conférées, après avis du recteur et du préfet, sur la proposition du comité des travaux historiques et des Sociétés savantes.

Art. 6. — Les distinctions honorifiques attribuées aux littérateurs et aux savants recommandés par leurs ouvrages ou par des services rendus à l'enseignement sont accordées sur la proposition des recteurs.

Art. 7. — Les distinctions honorifiques accordées aux personnes qui auraient bien mérité de l'instruction publique, soit par leur participation aux travaux des délégations cantonales et des conseils ou commissions établis près des lycées, des collèges, des écoles normales (conseils de perfectionnement, bureaux d'administration, commissions administratives, etc.), soit par le concours efficace qu'elles auraient prêté au développement de l'enseignement à tous ses degrés et sous toutes ses formes, sont conférées sur la proposition du recteur, après avis du préfet.

Art. 8. — Les candidats appartenant aux catégories visées par les articles 3 et 7 du présent décret ne peuvent être nommés officiers d'Académie qu'après cinq ans au moins de services ou d'exercice.

Art. 9. — Les fonctionnaires de l'État relevant de départements ministériels autres que celui de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, ne pourront être nommés que sur la proposition ou après avis du ministre dont ils dépendent.

Art. 10. — Nul ne peut être nommé officier de l'instruction publique s'il n'est, depuis cinq ans an moins, officier d'Académie.

Il ne pourra être dérogé à cette règle qu'en faveur des personnes déjà titulaires du grade d'officier de la Légion d'honneur.

Art. 11. — Les nominations d'officiers d'Académie et d'officiers de l'instruction publique auront lieu au 1er janvier, au 14 juillet, et, pour les membres des Sociétés savantes et des Sociétés des beaux-arts des départements, à l'époque de la réunion, à Paris, de ces Sociétés.

Art. 12. — Le tableau des nominations est publié au *Journal officiel*, conformément aux dispositions du décret du 17 mars 1808.

Art. 13. — Sont abrogés les décrets et ordonnances relatifs aux décorations universitaires, en ce qu'ils ont de contraire aux dispositions du présent décret.

Art. 14. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 24 décembre 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,
René Goblet.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort

Les pansements et la contagion. Un exemple de soi-disant épidémie de fièvre puerpérale.

Je vous ai déjà expliqué pourquoi et à quel point est fausse l'application, à la genèse et à la propagation de l'infection purulente, de la théorie des ferments de l'air, applicable seulement à la genèse de la fièvre hectique. Je vous ai montré le rôle si important de la contagion, comment cette contagion ne s'effectue que par la plaie. Enfin, je vous ai donné la preuve que le germe-contage ne vole pas dans l'atmosphère mais qu'il est transporté, inoculé en quelque sorte sur la plaie par les doigts du chirurgien, les instruments, les éponges, les objets de pansement. Ce qui est vrai pour l'infection purulente chirurgicale l'est également pour l'infection purulente puerpérale, dont la genèse et la propagation peuvent s'étudier beaucoup plus facilement que celles de l'infection purulente chirurgicale.

Si j'ai, le premier, en 1865, puis en 1870, proclamé, démontré la contagiosité de l'infection purulente, la contagiosité de la fièvre puerpérale est connue et proclamée depuis plus de quarante ans. Mais en même temps qu'on croyait la maladie contagieuse, on la croyait aussi épidémique, c'est-à-dire produite par des miasmes voyageant dans l'air, infectant l'air d'une salle, d'un hôpital, et frappant directement les accouchées. Or, tant qu'on accepta — et quelques-uns l'acceptent encore, — l'existence des épidémies produites par un agent mystérieux, insaisissable, tout progrès sérieux fut impossible.

En 1865, il y a vingt ans, je ne craignais pas de heurter de front cette croyance aux épidémies admise par tous. Dans un chapitre de mon livre, *Des Maternités*, intitulé : Épidémies et contagion, je niai résolument la doctrine des épidémies, je prouvai que ces épidémies n'existent que par la succession et la multiplicité des contagions. Je le montrai pour le choléra, la fièvre jaune, l'infection purulente, etc., et je posai cette loi : « Toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre, sous forme d'épidémie, est contagieuse, et l'épidémie n'existe que par la contagion. »

Aux exemples que j'ai cités dans mon livre, je puis en joindre aujourd'hui un autre plus récent, qui va vous montrer une fois de plus comment se créent ces soi-disant épidémies.

Pendant les dernières vacances scolaires, mon ami M. le docteur Mathé me pria de l'accompagner chez un de mes voisins de campagne, dont la fille, accouchée depuis trois jours, présentait des symptômes graves de péritonite puerpérale. Nous nous adjoignîmes le lendemain notre éminent confrère M. Debrou, membre correspondant de l'Académie, qui prend dans notre Sologne un repos bien gagné par une vie consacrée au travail et à l'étude. Il n'y avait pas à douter, nous étions en présence d'une fièvre puerpérale à forme péritonéale, à laquelle cette femme, toute jeune, fille unique, devait succomber trois jours plus tard. Sa mort fut précédée de quelques heures par celle de son nouveau-né.

Pour éviter le danger qu'on attribue aux grandes villes, notre malade était venue accoucher dans la maison paternelle, château placé au milieu des bois, dans une situation des plus salubres, et isolé à deux kilomètres du village.

La fièvre puerpérale primitive, c'est-à-dire en dehors de toute contagion, est tellement rare, que je m'enquis avec soin, auprès de notre confrère, de la possibilité d'une contamination. — Voici ce que j'appris :

L'accouchement n'avait pas été fait par M. le docteur Mathé, mais par une sage-femme de notre chef-lieu de canton, situé à 7 kilomètres. Or, depuis un mois, notre confrère avait été appelé auprès de quatre femmes malades, atteintes de fièvre puerpérale, toutes accouchées par la même sage-femme, et qui, toutes, avaient succombé. Je chargeai mon confrère et ami de montrer à cette sage-femme comment elle était coupable d'homicide par ignorance, et de lui dire, de ma part, que si elle ne cessait pas, pour un mois au moins, de faire des accouchements, je la signalerais publiquement à l'indignation de tous.

Elle ne céda ni aux conseils, ni aux menaces, ni aux prières, et deux pauvres femmes furent encore les victimes de la contagion. Le docteur Mathé prit alors le parti de signaler ces faits au conseil d'hygiène, et, après enquête, la sage-femme fut appelée à la préfecture. Que pouvait faire le préfet? Nous ne sommes pas en Angleterre, où, il y a quelques années, une sage-femme de New-Castle, dans des conditions semblables, ayant continué, malgré l'ordre du coroner, à faire des accouchements, et ayant tué par contamination deux autres accouchées, fut citée devant le tribunal et *condamnée à deux ans de prison* pour homicides par imprudence.

Le préfet fit très sagement et très judicieusement ce qu'il pouvait faire. Ne pouvant agir que par ses conseils et la persuasion, il proposa une indemnité pécuniaire à la sage-femme et obtint ainsi d'elle que pendant deux mois elle quitterait le pays. Peut-être eût-il suffi que cette sage-femme se lavât les mains avec beaucoup de soin dans une solution de sublimé et fît, aux femmes qu'elle eût accouchées par la suite, de semblables injections dans le vagin. Certes, nous savons l'efficacité de cette méthode qui ajoute aux précautions ordinaires contre la contagion le meurtre des germes-contages par des substances germicides ou antiseptiques ; mais, dans l'état actuel des choses, le meilleur prophylactique est encore dans ce cas l'abstention prolongée pendant quelques semaines.

Ce qui semblait justifier la résistance de cette femme, c'est qu'elle paraissait se croire innocente de ces morts qui étaient pour elle, comme pour tout le monde, même pour les familles des victimes, le fait d'une épidémie étendant son action sur le chef-lieu de canton et sur les villages voisins.

Le tableau suivant nous résumera les indications principales de cette soi-disant épidémie :

Nom des accouchées.	Distance du chef-lieu de canton.	Date de l'accouchement.	Date du décès.
Met.	0	25 juillet.	29 juillet.
B. G.	12 kil. Sud.	7 août.	11 août.
Ba.	6 » N.-O.	10 »	21 »
L. G.	13 » O.	22 »	25 »
D'A.	7 » E.	29 »	3 sept.
E.	0 »	14 sept.	18 »
Pr.	10 » N.-O.	22 »	30 »

Comme vous pouvez le voir, les cas étaient fort disséminés, puisque les malades étaient fort éloignées les unes des autres, par 18, par 20 kilomètres. Qui voudra croire, pour justifier la vieille erreur du génie épidémique, du miasme voyageur, — erreur qui a duré plus de deux mille ans, — que l'air était imprégné, à quatre lieues à la ronde, du miasme de la fièvre puerpérale ?

S'il en était ainsi, toutes les accouchées du pays auraient dû être plus ou moins atteintes ; or, ni dans la pratique des deux médecins de la ville, ni dans celle d'une autre sage-femme qui exerce dans la même ville, il n'y eut un seul cas de maladie, et il n'y en eut plus aucun lorsque la sage-femme infectée eut momentanément quitté le pays. Y a-t-il preuve plus claire, plus convaincante? L'agent épidémique n'était autre que les doigts de cette sage-femme, imprégnés du germe-contage de la maladie, germes qui se multipliaient à chaque contamination nouvelle.

Quelle est la nature de ce germe? Est-ce un microbe? Je n'en sais rien, et jusqu'à présent personne n'en sait davantage. Mais ce que je sais, c'est que nous n'avons pas attendu les théories microbiennes pour en reconnaître les effets, pour constater la contagion qu'il amène, pour nier l'épidémie en dehors de la contagion, pour prévenir la contagion et les épidémies, et sauver des milliers de femmes, quelle que soit la manière dont est constitué ce microbe anonyme, cet agent mystérieux de la contagion.

D'où vient ce germe-contage? D'où venait-il dans les cas que je viens de vous citer ?

Ceux qui font de ce germe-contage un germe animé, un microbe, qui, niant la génération contemporaine, accidentelle, font dater la naissance du microbe de l'origine du monde et le font sortir à l'état parfait des mains du créateur, auraient à expliquer comment ce microbe est resté pendant plusieurs années si bien caché dans notre canton que rien n'en avait laissé soupçonner la présence.

Mais ceux qui, comme moi, croient que si rien ne se crée, rien ne se perd, tout se transforme, qui croient que des transformations cellulaires peuvent, dans certaines circonstances, dans certains milieux, amener des groupements de cellules capables de former des proto-organismes, ceux-là seront, comme moi, frappés de ce que le *premier* cas de fièvre puerpérale s'est montré chez une femme déjà malade au moment de son accouchement et qui, atteinte depuis longtemps d'un abcès fistuleux à la cuisse, était très affaiblie par une longue suppuration.

Je n'assimilerai jamais un flacon de laboratoire à un organisme humain.

Et, parce que l'on ne pourra dans un bocal fabriquer un germe infectieux, cela ne m'empêchera pas d'admettre avec l'observation que l'influence d'un traumatisme physiologique, s'ajoutant à un état pathologique antérieur, peut donner naissance à une infection purulente puerpérale.

Le résultat de cette infection sera la création de ce germe spécial encore inconnu dans son essence, trop connu dans ses effets.

Le caractère de ce germe est de se transporter par des intermédiaires, de se propager et de développer la maladie mortelle dont il est l'essence, le germe, la graine, quand il est porté sur des organes placés dans des conditions physiologiques ou pathologiques telles qu'il puisse y trouver un terrain favorable à sa germination, à son développement.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Alcoolisme, delirium tremens aigu simple.

Je voudrais vous parler aujourd'hui du malade entré vendredi dernier à l'hôpital, et couché au n° 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Le lendemain matin, lorsque nous l'avons vu, cet homme, vigoureux, la figure injectée et couverte de sueur, cherchait à rompre les liens qui le maintenaient dans son lit; tous ses muscles étaient animés de contractions plus ou moins violentes, de mouvements fibrillaires. Il était en proie à un délire très marqué, dont il ne sortait que si on lui adressait à haute voix et brusquement la parole.

Agé de trente-trois ans, employé au Sénat, on l'avait amené pour le délire et l'agitation qui le rendaient dangereux pour son entourage. La parole était tremblante, le corps était secoué par un tremblement à peu près continu, tantôt léger, tantôt violent. La température cependant ne dépassait pas 38°,8, et j'appelle tout particulièrement votre attention sur ce fait sur lequel je vais revenir tout à l'heure. Son délire et ses hallucinations, soit de la vue, soit de l'ouïe avaient quelque chose de logique. En effet, cet homme se croyait à Versailles, où il est fréquemment détaché pour son service, dans la salle du Congrès. De temps à autre, il croyait voir des animaux fantastiques sauter sur lui pour le dévorer ; or, il avait vu, en réalité, dans la soirée où il était arrivé à l'hôpital, le chat de la religieuse se promener dans la salle. Enfin, j'ajoute que par moments, cependant, la raison lui revenait.

En résumé donc, notre malade présentait les phénomènes suivants : agitation considérable, contractions musculaires, délire, divagations, hallucinations et fièvre modérée. Rien d'autre, *nulle part;* notre examen ayant porté partout, depuis les cheveux jusqu'aux orteils, comme il est absolument nécessaire de le faire en pareil cas, n'avait rien découvert, aucun autre trouble fonctionnel que ceux qui portaient sur le système cérébro-spinal. Nous étions donc là en présence d'un épisode aigu de l'alcoolisme chronique sans aucune altération viscérale, articulaire ou cutanée. J'insiste là-dessus, parce qu'il n'est point très rare de voir pareils phénomènes morbides survenir à la suite d'un traumatisme, par exemple, ce que Dupuytren a appelé le délire des blessés, tandis qu'en réalité on a affaire au delirium tremens déterminé par un trauma quelconque à la faveur de l'alcoolisme ; à la suite aussi de quelques localisations arthropatiques comme nous en avons eu un cas l'an dernier dans le service de M. Péter. De même encore l'on voit le délire apparaître chez certains enfants avec vomissements, etc., à la suite d'une partie de jeu. On croit à une méningite, tandis que, en réalité, on a affaire à quelque affection de la gorge, à quelque amygdalite chez de petits cérébraux, affection qui passerait inaperçue, au moins dès le début, si on ne se livrait pas à cet examen général sur lequel je ne saurais trop insister.

Mais je reviens à notre malade : avant d'être attaché au Sénat, il a été infirmier militaire, ce qui, pour beaucoup d'entre eux, implique l'alcoolisme. Chez lui cet alcoolisme a commencé de très bonne heure ; le début remonterait à une quinzaine d'années environ. Les phénomènes de delirium tremens qu'il présente aujourd'hui constituent un accès aigu, fébrile, survenant au cours de l'alcoolisme chronique et analogue aux accès pernicieux apparaissant au cours du paludisme chronique.

Il est très important, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, de bien distinguer le delirium tremens idiopathique du delirium tremens symptomatique. En effet, s'il s'agit d'un accident symptomatique, le pronostic sera plus celui de la maladie en cause que du délire lui-même; il en est de même pour le traitement qui devra s'attaquer à l'affection primitive bien plus qu'au symptôme, délire.

Notre diagnostic dans le cas présent est donc celui de : « delirium tremens aigu simple ». Par suite, pronostic à la fois sévère et réservé; car une amélioration apparente pourrait en imposer pour une guérison de l'accès. Les deux meilleurs éléments de ce pronostic reposent sur la température du malade et sur la durée de l'accès; en effet, vous devrez toujours vous méfier d'une terminaison funeste dès que la température atteindra 40 degrés et semblera devoir s'y maintenir ou les dépasser. Par contre, si l'accès dure plus de quatre jours, vous aurez lieu d'espérer une terminaison favorable, la mort survenant presque toujours entre le premier et le quatrième jour. Les malades meurent le plus souvent dans le collapsus qui succède à l'agitation, ils meurent de leur delirium même.

Si nous appliquons ces données à notre malade, nous trouvons chez lui des chances de guérison, — bien qu'aujourd'hui il ne soit pas tout à fait aussi bien qu'hier au point de vue de la lucidité de l'esprit, — puisque la température n'a pas dépassé 39°,4, puisque même elle est redescendue hier à 37°,8, enfin parce que nous sommes aujourd'hui au cinquième jour.

Le pronostic comporte aussi deux choses : 1° le pronostic de l'accès; selon moi le malade sortira guéri de *son attaque;* 2° le pronostic de la maladie; or, qui a bu boira, et de plus notre homme est alcoolique depuis plus de quinze ans déjà; d'où nous sommes en droit de redouter qu'il se fasse dès maintenant quelque adultération organique due à l'alcoolisme, bien que l'examen clinique ne nous ait pas révélé grand'chose à cet égard. C'est ainsi que tel ou tel viscère peut être menacé de lésion grave : le foie de quelque cirrhose, le rein de néphrite mixte ou interstitielle. Donc, une fois sorti de sa crise actuelle, cet homme n'en restera pas moins un alcoolique chronique.

J'arrive maintenant à la question thérapeutique. La première indication est de protéger ces malades contre eux-mêmes et contre leur entourage, d'autant plus qu'ils sont en proie à une série d'hallucinations plus ou moins dangereuses, hallucinations dont il faut toujours se méfier, car elles sont souvent le premier phénomène de la crise qui survient; hallucinations enfin qui ont quelque chose de logique, en ce sens qu'elles correspondent à un fait vrai. Aussi, quand l'orage se produit, ces malades travaillent-ils leur délire logiquement. C'est ainsi, par exemple, que croyant entendre proférer des menaces à leur endroit, ils cherchent à s'enfuir et, prenant une fenêtre pour une porte, se lancent dans l'espace et viennent se briser sur le pavé; c'est ainsi que, croyant avoir à se défendre d'attaques imaginaires, ils se ruent sur la première personne qu'ils rencontrent.

Ces hallucinations sont donc, je le répète, un premier avertissement d'avoir à prendre certaines précautions; et la première de toutes sera la camisole de force, mais à la condition expresse d'en surveiller l'application, sinon on court le risque, comme cela s'est vu malheureusement plus d'une fois, de tuer le malade en vingt-quatre heures, par asphyxie. Celui-ci, en effet, maintenu rigide comme une barre de fer dans des liens qui l'enserrent beaucoup trop, en arrive à ne plus pouvoir respirer et tombe dans un collapsus rapidement mortel. C'est ainsi que MM. Magnan et Bouchereau ont imaginé ce que l'on appelle le maillot de Sainte-Anne, maillot qui permet au malade de rester levé, d'aller et venir dans les salles, sans qu'il ait cependant une liberté dangereuse de ses membres; sans qu'il puisse se servir de ses mains, mais les mouvements de la poitrine et de l'abdomen sont parfaitement libres.

De plus, le traitement doit avoir pour but aussi de faciliter l'élimination la plus rapide du poison alcoolique qui imprègne le malade; il faut ainsi le faire boire beaucoup, de façon qu'il urine beaucoup, il faut faciliter une large respiration pour éliminer également l'alcool par les voies respiratoires, et c'est là où le maillot de Sainte-Anne rend de grands services. Mais il ne faut pas chercher à faire transpirer les malades, car déjà ils ne transpirent que trop et par suite urinent mal, inconvénient sérieux, la dépuration urinaire l'emportant de beaucoup, comme l'on sait, sur toute autre dépuration de l'organisme.

On cherchera aussi à amener le plus grand calme possible, de sorte que le malade ne succombe pas épuisé par l'agitation, et dans ce but on aura recours aux opiacés, *à très haute dose*, sous peine d'insuccès, à moins que les reins ne soient pas dans un état d'intégrité absolue, ce que l'examen des urines vous indiquera. On a aussi recommandé la teinture de digitale à doses massives (6, 8 et 10 grammes même en vingt-quatre heures). Je l'ai prescrite à mon malade à la dose de deux grammes seulement par jour, à cause de la présence d'un peu d'albumine dans ses urines, c'est-à-dire d'un premier avertissement morbide du côté des reins.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

PONCTION ASPIRATRICE. — ÉTABLISSEMENT D'UNE FIS GUÉRISON EN DEUX MOIS.

Par M. le docteur LEMAIRE (du Tréport).

I

Françoise R..., née en 1868, a depuis très longtemps la base du thorax plus développée à droite qu'à gauche, et ses parents en ont fait la remarque peu après la naissance quand on mettait l'enfant à nu pour la débarbouiller et la changer de vêtements; c'était souvent un sujet de discussion entre le père, qui signalait cette inégalité, et la mère, qui se refusait à la voir; leurs souvenirs sont des plus précis à cet égard. Ils ont consulté un médecin en 1873 ou 1874. Dès 1875, j'ai constaté un foie volumineux, s'élevant jusqu'au téton, descendant jusqu'à l'ombilic, occupant l'épigastre; il y avait de la fluctuation, et j'avais diagnostiqué un kyste hydatique, annonçant aux parents qu'il y avait une opération à faire; mais ceux-ci, effrayés, ne m'en parlèrent plus.

Dans l'été de 1883, la jeune fille est plus gênée, ne peut mettre son corset comme auparavant, a des accès de fièvre légers, mais réguliers. De plus, il y a depuis quelque temps un travail mensuel du côté des ovaires. La malade est chétive, mange peu, tousse assez fréquemment, bien que la poitrine paraisse bonne. Quelques doses de quinine suppriment les accès, et je prescris ensuite 10 grammes de liqueur de Boudin par jour.

20 novembre 1883. — La mensuration de la circonférence de la poitrine au point le plus saillant donne 3 centimètres de plus à droite. La matité sous le sein a 20 centimètres de hauteur. Les côtes sont relevées de ce côté de quatre travers de doigt. Ponction avec l'aiguille n° 2 Dieulafoy, sur une verticale passant par le téton, à 1 centimètre au-dessous des côtes. Issue d'un litre d'un liquide clair, citrin, légèrement rosé de temps en temps, probablement quand l'aiguille touche la paroi du kyste. Au microscope, je ne trouve pas de crochets.

L'opération, quoique non douloureuse, quoique n'ayant amené à la suite aucune douleur de la région hépatique, donne lieu à une sensibilité générale de l'abdomen, accompagnée de vomissements bilieux fréquents très fatigants, et ramène les accès de fièvre, plus forts qu'auparavant, qui cèdent à la quinine. Reprise de la liqueur de Boudin, à 10 grammes par jour.

Le 3 décembre, les règles paraissent pour la première fois et cessent dans la nuit du 4 au 5.

Le 7, elle est bien, et porte depuis l'opération une ceinture pardessus une couche d'ouate, pour essayer de ramener les côtes droites à leur forme normale.

11 février 1885. — Depuis quelque temps, elle se plaint d'oppression, d'étouffements, d'inappétence; elle tousse toujours; les règles manquent depuis sept mois. Le foie a repris son ancien volume. Ponction capillaire sur la première piqûre, sans résultat. Seconde ponction avec l'aiguille n° 4 un peu à côté; environ 50 grammes de liquide citrin, mais un peu louche; je ne puis déboucher l'aiguille, et en la retirant je trouve dans la lumière un corps mou, rosé, qui, au microscope montre une membrane ankyste, provenant probablement d'un hydatide. A la suite, mêmes symptômes abdominaux qu'il y a quinze mois; mêmes accès cédant à la quinine.

5 mars. — Circonférence totale de la poitrine au point le plus culminant, 84 centimètres 50 millimètres; circonférence gauche, 39 centim.; droite, 45 centim.; différence : 6 centimètres.

Hauteur de la matité, 2 centimètres au-dessus du téton jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Total, 28 centimètres. La matité existe dans l'hypochondre gauche jusqu'à 10 centimètres de la ligne médiane. Les côtes aujourd'hui descendent aussi bas à droite qu'à gauche, sans doute par l'effet de la ceinture qui a été continuée, mais elles sont fortement espacées entre elles et admettent la pulpe du doigt dans leur intervalle.

Avec l'aide du docteur Coutan, anesthésie locale, ponction exploratrice à 2 centimètres au-dessous des côtes sur la verticale du téton; quelques gouttes de pus un peu liquide; puis, après incision de la peau au bistouri, ponction avec le trocart spécial de Galante (n° 26, filière Charrière). Aussitôt, flot de pus un peu liquide, entraînant des vésicules qui interrompent souvent le jet et qu'il faut repousser à l'aide d'une aiguille à tricoter ou d'une sonde; quand on en perce une, il sort un liquide parfaitement clair; d'autres, petites, sortent entières pleines d'un liquide également clair. La sonde pénètre de 25 centimètres et touche alors la paroi.

Le liquide ne coulant plus, j'introduis une sonde n° 21 qui remplit exactement le trocart et l'enfonce de 7 centimètres, puis je retire le trocart, fixant la sonde par un fil et du collodion. Environ trois quarts de litre de liquide et 30 à 40 vésicules.

L'examen des vésicules montre que ce sont des acéphalocystes sans traces de crochets, et non des des hydatides avec échinocoques, ce qui indique un arrêt de développement, d'après Rendu (Art. Foie, *Dict.*, *Dechambre*).

Cette opération amène un peu de fièvre, quelques nausées et vomissements, mais plus rares qu'après les deux ponctions capillaires; de même moins de sensibilité abdominale.

Les jours suivants, il sort peu de liquide, quelques vésicules vides; injections phéniquées.

9 mars. — Introduction d'une tente d'éponge préparée, puis d'un drain n° 28.

11 mars. — Sortie de 15 à 20 poches, la plupart vides, quelques-unes pleines, plus grosse que la pulpe du pouce.

12 mars. — Je continue les lavages à l'eau phéniquée, injectant environ 500 grammes. Sortie de 32 vésicules de 5 millimètres à 3 centimètres de diamètre (les petites sont sphériques, mais les grandes ne sont qu'à moitié pleines).

13 mars. — 24 acéphalocystes de 3 à 35 millimètres. Un peu de fièvre depuis deux jours. Quinine. La matité n'a plus que 19 centimètres de hauteur. L'hypochondre droit, autrefois saillant, est presque aussi creux que le gauche. La sonde ne pénètre qu'à 20 centimètres. La malade se lève pour la première fois.

14 mars. — 15 vésicules. Le liquide sort plus facilement; essayé l'électrolyse pour agrandir l'ouverture.

16 mars. — 15 vésicules, dont 6 de 2 à 3 centimètres. Hauteur du foie, 0,15.

17 mars. — L'écoulement avait jusqu'à ce jour l'odeur du pus louable; hier soir, odeur assez forte, très forte ce matin. L'intérieur de la poche est plus sensible au contact de la sonde qui me sert pour faire arriver l'injection au fond du kyste et faire un lavage plus complet; la température de l'injection est mieux sentie qu'auparavant quand elle est un peu élevée. Je n'injecte plus que 200 grammes.

20 mars. — Il sort toujours beaucoup de vésicules qui obstruent le tube. Tige creuse de laminaria n° 20 (filière Charrière). Malgré mes recommandations, on ne me prévient pas que la malade souffre beaucoup, de sorte que la tige reste jusqu'au lendemain matin. Je la retire avec peine, il sort 200 grammes de pus excessivement fétide et des gaz, avec 34 vésicules de 10 à 30 millimètres. Irrigations avec la liqueur de Labarraque, l'eau phéniquée ne détruisant pas l'odeur; à partir de ce jour, la désinfection est facile avec deux ou trois injections par jour. Introduction d'un gros drain n° 11 Galante (diamètre, 12 millim.).

25 mars. — Le drain retiré, il sort une espèce de boyau rougeâtre de 20 centimètres de longueur, qui se rompt après quelques tractions; dans l'eau il s'étale et montre une surface lisse d'un côté, chagrinée de l'autre, de 10 centimètres de largeur. Environ 150 grammes de pus encore un peu verdâtre, mais peu odorant. La sonde pénètre de 17 centimètres.

28 mars. — Sortie d'une nouvelle partie de paroi qui, sous l'eau, donne 13 centimètres sur 9. — 100 grammes de pus peu odorant. La malade se lève bien plus facilement et se tient bien plus droite qu'autrefois.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Juzanx.

Le docteur Bernard-Alexandre Juzanx, médecin-major de première classe en retraite, décédé le 19 novembre 1885, naquit à Montaut (Landes), le 3 mars 1824. Après de bonnes études au collège d'Aire, il partit, en 1843, pour l'École secondaire de médecine de Toulouse; en 1845, il continua ses études médicales à Paris. Vers la fin de l'année 1847, Juzanx concourut pour l'emploi de chirurgien élève de première division; il fut désigné pour l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. L'aménité de son caractère plein de franchise et de bonté, son humeur toujours égale, sa parfaite obligeance, lui gagnèrent promptement les sympathies unanimes de ses camarades. Son instruction solide, sa constante application, son zèle dans l'accomplissement de ses devoirs, lui conquirent aussi l'estime de ses chefs.

Passé à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, en septembre 1848, il soutint sa thèse inaugurale de docteur en médecine, le 6 avril 1849; il remplit vaillamment son devoir professionnel dans la grande épidémie qui, en 1849, fit à Paris 23 000 victimes.

Promu chirurgien sous-aide-major à la fin de cette année, le sixième sur la liste de sa nombreuse promotion, Juzanx fut désigné pour les ambulances de l'Algérie. Il accepta résolument cet ordre de service qui le replaçait sur la brèche de l'épidémie cholérique. Après quelques mois de service à l'hôpital de Ténez, il fut chargé du service sanitaire d'une colonie agricole de fondation récente, Montenotte; au milieu de ces familles de colons improvisés, qui payèrent un si lourd tribut aux maladies endémo-épidémiques, Juzanx déploya l'énergie la plus dévouée.

Malgré son titre de docteur en médecine, qui lui conférait le droit de prendre part au premier concours pour le grade de médecin aide-major de deuxième classe (octobre 1851), il fut maintenu en campagne par suite des exigences du service; il ne revint au Val-de-Grâce qu'en septembre 1852.

Pendant son stage régimentaire, Juzanx se montra toujours le père du soldat, le conseiller des officiers, l'ami éclairé du chef de corps. En 1854, il fut employé comme aide-major de première classe dans le service hospitalier de la province d'Oran, et, en particulier, comme médecin en chef à Saïda, poste avancé vers la région saharienne.

Promu médecin-major de 2e classe, le 28 mai 1859, au 7e régiment d'artillerie, à Strasbourg; il prit part à la campagne d'Italie en passant par le Mont-Cenis. Le 13 septembre 1861, il fut désigné de nouveau pour les hôpitaux et ambulances de l'Algérie; il fut chargé pendant deux ans de l'ambulance de Bouçaada, province de Constantine. Médecin traitant au grand hôpital du chef-lieu de la division, Juzanx était très apprécié par le médecin en chef, M. Vital, un de nos principaux les plus expérimentés sur la pathologie algérienne.

Un séjour de près de huit années sur le sol africain n'avait pas sensiblement éprouvé sa robuste constitution; mais, dans le mois de mars 1865, envoyé sans transition à Briançon, la Sibérie de nos garnisons de France, le docteur Juzanx fut atteint de douleurs rhumatoïdes, prélude d'une ataxie locomotrice dont les progrès, aussi rapides que graves, l'obligèrent de rentrer dans ses foyers avec un congé de non-activité pour infirmités. Médecin-major de première classe le 13 août 1865, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur le 15 août 1867.

L'origine de son incurable affection aurait pu justifier une demande de pension de retraite avec le tarif maximum de son grade; en 1872, lorsque parut la décision ministérielle qui autorisait les concessions de pension à vingt-cinq ans de services, Juzanx se contenta de solliciter son admission à la retraite.

Immobilisé pendant dix-sept ans par cette cruelle maladie, qui heureusement n'altéra ni son jugement, ni sa mémoire, ni même sa bonne humeur, il donna le rare exemple d'une sérénité morale parfaite et de la plus admirable résignation.

Dès le début de son invalidité, Juzanx voulut faire profiter de sa longue expérience médicale ses concitoyens malades. De son lit, de son fauteuil, il interrogeait, il examinait ses consultants et il leur donnait généreusement conseils et remèdes. L'âme de cet homme de bien, épurée par la souffrance, se laissa pénétrer des espérances de notre foi, et, bien avant sa mort, il reçut les consolations de la religion.

Le nom du docteur Juzanx vivra dans le souvenir de ses anciens camarades de la médecine militaire comme celui d'un soldat du devoir; il sera impérissable dans la mémoire de ses concitoyens comme un symbole d'honneur, de bienfaisance et de dévouement médical. — Dr G. L.-D.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 26, 28 et 29 décembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Hattute, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. Mathis, Poncet et Mathieu, médecins principaux de première classe; Kopf, Naïl et Bergé, médecins-majors de première classe; M. Debeaux, pharmacien principal de deuxième classe; Bizot, vétérinaire principal de première classe; Baillet, directeur-professeur à l'École vétérinaire de Toulouse; Commenge, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. Chaumery, médecin sanitaire de France à Alexandrie; Paul Gibier, médecin à Paris; Guieu, Geschwind, Clément, Évrard, Guilhem, Millet, Penot, Charbonnier, Crussard, Lacassagne, Benoît, Darricarrère, Nicaud, Géniaux, Davignon et Poignon, médecins-majors de première classe; Cortial, Klein et Langue, médecins-majors de deuxième classe; Fleury, pharmacien principal de première classe; Balland et Moullade, pharmaciens-majors de première classe; Diacre, aide-médecin auxiliaire de la marine; Fabrier, médecin-major de deuxième classe (territorial); Cornevin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon; Besnard, vétérinaire en premier; Bénard, Beau, Montagnac et Payan, vétérinaires militaires; Vattier, médecin en chef de l'hospice civil de Vernon; Redard, médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Est; Weber, vétérinaire à Paris; Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne; Tourangin et Barlemont, médecins à Paris; Girard, médecin de la maison centrale de Riom; Laffitte, directeur de l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées; Boudet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

— Par décret, en date du 29 décembre 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Dieu, en remplacement de M. Farine, décédé. — Est maintenu dans son emploi de médecin chef de l'hôpital militaire du Dey.

(Choix.) M. Moussu, en remplacement de M. Dauvé, promu. — Occupera l'emploi de médecin chef de l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Robert, en remplacement de M. Haro, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Est maintenu dans son emploi de professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

(Choix.) M. Du Cazal, en remplacement de M. Dieu, promu. — Est maintenu dans son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand.

(Choix.) M. Zuber, en remplacement de M. Moussu, promu. — Est maintenu aux ambulances du Tonkin.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Gobillot, en remplacement de M. Debout, retraité. — Est désigné pour le 8e d'artillerie.

(Choix.) M. Moine, en remplacement de M. Bois, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Est maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. Cortial, en remplacement de M. Robert, promu. — Est désigné pour le 14e d'infanterie.

(Choix.) M. Cazalas, en remplacement de M. Du Cazal, promu. — Est désigné pour le 44e d'infanterie.

M. Dantin, en remplacement de M. Zuber, promu. — Est désigné pour les hôpitaux militaires de Tunisie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Choix-Tonkin.) M. Petit, en remplacement de M. Bélimes, promu. — Est maintenu aux ambulances du Tonkin.

M. Bourbon, en remplacement de M. Jobillot, promu. — Est désigné pour le 129e d'infanterie.

M. Darré, en remplacement de M. Moine, promu. — Est maintenu aux ambulances du Tonkin.

(Choix-Tonkin.) M. Toussaint, en remplacement de M. Cortial, promu. — Est maintenu au 2e bataillon du 1er régiment étranger, au Tonkin.

M. Gancel, en remplacement de M. Cazalas, promu. — Est désigné pour le 103e d'infanterie.

M. Véron, en remplacement de M. Dantin, promu. — Est désigné pour le 134e régiment d'infanterie.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Fauconneau-Dufresne, qui vient de succomber à Châteauroux à l'âge de quatre-vingt-huit ans, et de M. le docteur Le Bret, ancien inspecteur des eaux de Barèges et ancien président de la Société d'hydrologie de France, mort lundi dernier à Levallois-Perret.

— M. le docteur A. Després, chirurgien à l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 13 janvier et les continuera les mercredis de chaque semaine, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18832.

10

Liquidation de la Société générale des Produits et spécialités pharmaceutiques.

ADJON en l'étude de Me BIESTA, not. à Paris, 11, r. Louis-le-Grand, le mercredi 6 janvier 1886, à 2 h., d'UN FONDS DE COMMERCE, ayant pour objet la fabrication, l'achat et la vente des ACCESSOIRES de PHARMACIE, l'installation complète de pharmacies, avec fabrique de cartonnages et imprimerie spéciale, exploité à Paris, rue de Sévigné, 36. Mise à prix : 50 fr. Consig. pour ench. 10 000 fr. March. et matières premières en sus à dire d'experts. Loyer d'avance à remb. 2 000 fr. S'adr. 1° à M. Parent, liquidateur judic., rue Richelieu, 43 ; 2° audit Me Biesta, notaire.

43

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinqina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina**.

DOSES : Comme **tonique** deux cuillerées à café par jour ;
Comme **fébrifuge**, deux à trois cuillerées à bouche par jour.

Le flacon, 4f,50. — Phie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et toutes pharmacies.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

30

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

6

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 bis, rue Bleue.

7

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

80

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies, en **Elixir** dosé à 20 centigr. par cuillerée et en **Pilules** dosées à 10 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respiratoires et urinaires.

136

VIN DURAND TONI DIGESTIF

Le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs et d'un goût exquis.

Dyspepsie, anémie, constipation, convalescences.

Le **VIN DURAND** est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif ni purgatif, détruise la constipation ; c'est la preuve indiscutable qu'il rétablit les fonctions digestives.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris et par les principales sommités médicales.

8, avenue Victoria, Paris.

17

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

39

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

90

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

PEPTONE DEFRESNE

PREMIÈRE ADMISE, APRÈS ANALYSE, DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote ; 0,69 p. 100 d'Acide phosphorique, 0,71 p. 100 Fer et bases Alcalino-terreuses.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux ; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. de viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent* et *exquis*. — DOSE : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon, *5 fr.*

POUDRE — CACHETS — ÉLIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

DOSE : 1/2 verre à madère au dessert, *4 fr.*
2, r. des Lombards, et toutes les pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine.**

39

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

9

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine.
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

11

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorragies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

18

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

431

RHUMATISMES, GOUTTE, GRAVELLE

PRISES DOSÉES A 50 CENTIGRAMMES

SALICYLATE DE SOUDE CRISTALLISÉ

SCHLUMBERGER ET CERCKEL

26, rue Bergère, Paris.

Seuls concessionnaires du brevet KOLBE *pour l'acide salicylique et ses dérivés.*

La prise est la seule forme qui permet de constater la pureté et la qualité du salicylate, qui se présente sous l'aspect de paillettes ou cristaux nacrés.

La division en paquets de 50 centigrammes facilite l'administration du médicament que l'on peut varier suivant le goût du malade qui le prendra dans de l'eau gazeuse, de l'eau rougie ou légèrement alcoolisée, limonade, thé, tisane, etc., à volonté. (Boîte, **3** francs.)

Le SALICYLATE DE LITHINE en pilules dosées à 10 centigr., particulièrement efficace contre la goutte et la gravelle (fl. de 60 pilules, **5** francs), 4 ou 5 par jour.

Exiger la marque et cachet SCHLUMBERGER et CERCKEL comme garantie de pureté. — Dépôt, A. CHEVRIER, pharmacien de 1re classe, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris et toutes phies.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie LIMOUSIN ❋, 2 bis, rue Blanche, Paris.

65

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

91

PERLES D'HYPNONE DU Dr CLERTAN

10c par perle. Dose : 2 à 3 pour un adulte.

(Procédé approuvé par l'Acad. de méd. de Paris.)

L'**Hypnone** détermine un sommeil profond : il résulte des expériences faites dans les hôpitaux de Paris qu'elle ne présente aucun des inconvénients des préparations opiacées et qu'elle est parfaitement tolérée.

Fabrication et gros : MAISON L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

66

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- » ciables de cette médication. Elle rend des » services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

13

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) 2 fr. 50 dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* 1 fr. *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

111

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve

des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce. Se vend en *flacons triangulaires* seulement. Hogg, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

60

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

241

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

Du docteur CHEVANDIER DE LA DROME.

14, rue des Petits-Hôtels (Lanterne Bleue), Paris.

Cure spéciale des **Rhumatismes**, de la **Goutte**, des **Arthrites**, de la **Sciatique**, des **Névralgies**, des **Catarrhes** chroniques. Guérisons très remarquables.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f 50 à 3f.** Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature Bertrand aîné. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

15

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉES PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

72

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies.

Exiger la signature. *A. Sabourdy*

74

ÉPILEPSE. HYSTÉRIE. ÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 6, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blenorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical*; le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

4

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

90

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

QUINA-LAROCHE PHOSPHATÉ

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *J. Laroche*

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 2. — MARDI 5 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 5 JANVIER 1886. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gaz des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** ».	6 mois : **18 fr.**	1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **VINGT** centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

...e du pharynx nasal. Extirpation par la voie palatine.

...pérer aujourd'hui un malade atteint d'une tu... occupe toute l'arrière-cavité des fosses nasales, ou ...nasal, et une partie de l'isthme du gosier. Voici ...re de ce malade. C'est un jeune homme âgé de vingt ... ans, cocher, qui m'a été adressé par mon ami le ...r Delouey, professeur à l'École de médecine de Caen. ... mère bien portants, deux frères et une sœur également bien portants. Il n'a fait jusqu'alors aucune maladie, et ne présente pas d'antécédent strumeux.

...uatre ans, il s'aperçut qu'il ne respirait que par la ...t que sa narine droite était bouchée. Il aurait ...erçu, dit-il, à cette époque, dans la narine quel... de blanc qu'il essaya de saisir, mais sans y pou...ir. Il remarqua bientôt après que la déglutition de...icile et regardant alors dans une glace, il constata ... d'une tumeur qui déprimait le voile du palais. ...ieu, survint un nasonnement assez prononcé, tel ... aujourd'hui.

...el. — Jeune homme bien portant. Rien d'anor... configuration de la face, les narines présentent ...relle.

...ouvrir la bouche, on constate que le voile est refoulé en bas par une tumeur située en ar... au-dessus de cet organe, dont elle dépasse le bord libre. ... fait un peu plus de saillie à droite qu'à gauche. La partie visible de cette tumeur est lisse, régulière et arrondie. Sa couleur est grisâtre, plus pâle que celle du voile du palais. Sur certains points, on aperçoit des stries rouges.

Au toucher, cette tumeur est solide, mais plutôt molle que dure. Elle ne contracte aucune adhérence avec le voile du palais : une sonde courbe est facilement introduite entre cet organe et la tumeur. Aussi loin que le doigt peut porter on constate la même indépendance avec la paroi postérieure du pharynx.

La tumeur est mobile dans le sens transversal et se meut à la manière d'un battant de cloche dont le point d'attache serait à la voûte du pharynx. Ces mouvements, quoique très restreints, sont manifestes.

La rhinoscopie postérieure permet de voir la face postérieure de la tumeur, mais non son point d'implantation. Une sonde introduite par la narine droite est arrêtée à l'orifice postérieur des fosses nasales.

La rhinoscopie antérieure permet d'apercevoir au fond de la narine droite une masse moulée sur la cavité, grisâtre par devant, rouge en arrière, mobile et se déplaçant lorsque le malade souffle.

Le doigt recourbé en crochet derrière le voile du palais arrive sur la cloison des fosses nasales, où il est arrêté par l'adhérence de la tumeur en ce point.

La narine droite donne lieu à l'écoulement d'un liquide jaunâtre, un peu fétide. Le malade ne se plaint d'aucune douleur de tête; il entend aussi bien d'un côté que de l'autre. *Il n'y a jamais eu d'hémorrhagies, et les explorations même répétées n'amènent pas de sang.*

La déglutition est modérément gênée; la respiration se fait surtout par la bouche; la voix est très nasonnée.

Le système ganglionnaire est intact.

A quel genre de tumeur avons-nous affaire?

Est-ce une tumeur adénoïde? Est-ce un polype naso-pharyngien? Je ne discute même pas l'hypothèse d'une tumeur maligne, en raison de l'évolution lente de la maladie, de son indolence, de l'intégrité de la santé générale, etc.

On rencontre dans le pharynx nasal deux espèces de tumeurs adénoïdes : l'une se développe dans l'épaisseur du voile du palais, aux dépens de la couche glanduleuse ; je vous en ai déjà présenté un exemple (voir *Gazette des hôpitaux*, 19 mars 1885), mais ces tumeurs sont sessiles et d'ailleurs le voile du palais chez notre malade est manifestement intact.

L'autre espèce de tumeur adénoïde, encore peu connue, a été décrite principalement par Meyer (de Copenhague), sous le nom de « tumeur adénoïde de la cavité naso-pharyngienne ». Elle se développe aux dépens des follicules nombreux que renferme cette région. En effet, indépendamment des glandes en grappe, on y trouve une grande quantité de follicules lymphatiques simples ou des follicules composés comme ceux des amygdales, formant au voisinage des trompes une couche épaisse de plusieurs millimètres, sorte d'amygdale pharyngienne.

Ce n'est certainement pas une de ces tumeurs. Celles-ci, en effet, ne sont pas pédiculées et ne débordent jamais le

voile du palais ; elles se montrent chez les enfants, de préférence chez les petites filles, et s'accompagnent de surdité ; on les confond en général avec une pharyngite ou coryza chroniques.

Notre malade est donc atteint d'un polype naso-pharyngien. Mais il existe deux espèces très distinctes de polypes naso-pharyngiens : le polype fibreux pur, ou fibrome, et le polype constitué par un mélange de tissu fibreux et de tissu muqueux, ou fibro-myxome, étudié seulement depuis 1869. (Voir la thèse de M. Mathieu, année 1875.)

S'il existe entre ces deux variétés de polypes des différences histologiques, les différences cliniques sont encore bien plus tranchées.

Voici les principales : le polype fibreux est très ferme ; le fibro-myxome est presque mou. Le fibrome est spécial au sexe masculin et aux adolescents ; le fibro-myxome s'observe chez les femmes et à tous les âges. — Le fibrome attaque les os, pénètre dans les cavités de la face et les détruit ; le fibro-myxome n'attaque jamais les os. — Le fibrome s'implante toujours sur l'apophyse basilaire ; le fibro-myxome s'implante de préférence sur l'orifice postérieur des fosses nasales ou à son voisinage. — Le fibrome provoque des hémorrhagies qui compromettent la vie ; le fibro-myxome n'en provoque jamais. — Le fibrome nécessite souvent des opérations préliminaires graves qui sont inutiles pour le fibro-myxome. —L'implantation du fibrome est très large ; c'est une tumeur sessile. Le fibro-myxome est beaucoup plus nettement pédiculé ; *il pend dans le pharynx comme un battant de cloche.*

Or, notre malade, dont l'âge et le sexe se rapportent seuls au polype fibreux, est atteint d'une tumeur pédiculée, indépendante de la paroi pharyngienne, n'oblitérant qu'une narine, relativement molle et n'ayant jamais saigné, etc. Mon diagnostic est donc : *fibro-myxome du pharynx nasal.*

Le *pronostic* est beaucoup moins grave que s'il s'agissait d'un fibrome ; cependant nous ne savons pas encore bien si ces polypes récidivent.

Traitement. — Il serait à la rigueur possible d'agir par-dessus le voile du palais avec des pinces ou un serre-nœud, mais on ne verrait pas ce que l'on fait, on serait difficilement maître de l'hémorrhagie, s'il s'en produisait, et on s'exposerait surtout à laisser une partie du pédicule.

On pourrait aussi agir par le nez et porter un fil de fer autour de la tumeur, comme l'a fait M. Hergott (de Nancy), mais la narine est trop étroite.

Je suivrai la voie palatine, d'autant plus que le voile du palais et le pharynx de ce jeune homme sont très tolérants.

J'avais d'abord songé à fendre le palais transversalement sur son bord adhérent et à porter de longs ciseaux par cette boutonnière pour couper le pédicule, mais j'agirais ainsi à l'aveugle ; je ne verrais pas le point d'implantation ; je ferais une opération sans doute moins complète ; je serais moins facilement maître du sang en cas d'hémorrhagie et peut-être qu'en route, je serais obligé de fendre en long le voile du palais. C'est donc par là que je commencerai.

En conséquence, l'opération suivante me paraît indiquée :

1° Fendre le voile du palais dans toute sa hauteur sur la ligne médiane ;

2° Passer dans la tumeur avec une aiguille courbe un fil de soie pour attirer le polype au dehors et l'empêcher de tomber sur l'orifice supérieur du larynx ;

3° Détacher le pédicule avec une rugine, une curette tranchante ou des ciseaux ;

4° Recoudre de suite le voile du palais.

Le voile du palais étant anesthésié avec des badigeonnages de cocaïne, le malade ne fut pas endormi, et l'opération fut exécutée très facilement en suivant exactement les temps prévus à l'avance.

Le polype, qui était bien un fibro-myxome, s'implantait par un pédicule étroit sur la partie inférieure du bord postérieur de la cloison. Il fut rapidement détaché avec une rugine tranchante. — La pièce (présentée à la Société de chirurgie et à la Société anatomique) était composée de deux parties : l'une nasale, plus petite, de nature muqueuse ; l'autre, pharyngienne, beaucoup plus volumineuse, de nature fibreuse. La réunion du voile du palais était complète le huitième jour, et le malade quittait l'hôpital le dixième jour, complètement guéri.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Conjonctivite blennorrhagique spontanée (1)

II

Je vous ai exposé le tableau usuel de l'ophthalmie blen-norrhagique spontanée, mais à coup sûr ce tableau serait incomplet et vous donnerait une fausse idée de la maladie si je ne vous parlais de certaines variétés qu'elle com Ces variétés sont surtout relatives au siège des localis morbides et au degré d'intensité des symptômes mor

Un mot d'abord sur les variétés de siège. La conj vite blennorrhagique est le plus souvent générale, c'e dire qu'elle porte à la fois sur la muqueuse du globe laire et sur celle des paupières. Mais elle peut être parti Notre malade actuel en offre un beau spécimen : che l'inflammation comprend tout le segment inférieur du oculaire et la muqueuse de la paupière inférieure ; elle respecte le segment supérieur du globe et la mu de la paupière supérieure. C'est là un cas rare.

En revanche, une variété bien plus commune qui se limite à la conjonctive palpébrale, en res conjonctive oculaire. Dans ce cas, il se produit assez bizarre et presque caractéristique. Ce qu'on blanc de l'œil reste blanc, mais l'ouverture de l' à-dire le rebord palpébral présente un feston rou très apparent, surtout au niveau de la caroncul pète, cet aspect est étrange.

Il est aussi des variétés de degré comme i troubles fonctionnels. Je n'ai parlé jusqu'à prés type bénin qui ne comporte que peu ou point bles. Or, si ce type est le plus commun, il exclusif, et l'on rencontre des cas où l'ensem présente avec une physionomie différente. Non alors les lésions oculaires sont celles d'une con moyenne ou assez intense, mais de plus les symptômes qui traduisent cette lésion prennent un degré d'intensité corrélatif. On observe, dans ce cas, ce qui faisait précisément défaut ou ce qui n'était que faiblement accusé dans le type précédent, à savoir : éréthisme inflammatoire de l'œil, photophobie, clignement spasmodique, semi-occlusion de l'œil larmoiement, sécrétion catarrho-purulente, etc., bref tous les symptômes usuels de la conjonctivite vulgaire.

Ici donc, plus d'opposition, plus de contraste entre les

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1201.

lésions et les troubles fonctionnels. Il n'y a plus alors à soupçonner, à deviner la nature blennorrhagique de l'affection rien que par l'absence de symptômes morbides ou la bénignité de ces symptômes. Il faut en instituer le diagnostic sur d'autres considérations, d'ailleurs plus positives et meilleures, telles que la constatation de la blennorrhagie, la coïncidence habituelle de manifestations diverses ressortissant au rhumatisme, le caractère souvent mobile de l'ophthalmie allant d'un œil à l'autre, les antécédents d'ophthalmies semblables au cours de blennorrhagies antérieures, etc.

Nous voici maintenant arrivés à la question de la nature de cette conjonctivite, c'est-à-dire : Qu'est-ce que cette curieuse ophthalmie? Quelle en est la nature? Nous ne nous arrêterons pas à discuter ici ce qui n'est plus discutable aujourd'hui, à savoir la corrélation entre cette ophthalmie et la blennorrhagie. Cette corrélation est acceptée de tous. Elle repose, en effet, sur une série de considérations décisives telles que les suivantes : symptomatologie et allure quelque peu spéciales de cette ophthalmie ; corrélation habituelle avec diverses manifestations du rhumatisme blennorrhagique ; production de cette ophthalmie dans des conditions toujours identiques, c'est-à-dire sur des sujets affectés de blennorrhagie ; récidives fréquentes sur les mêmes sujets au cours et à propos de plusieurs blennorrhagies successives.

Pour ne parler que d'une de ces considérations, la dernière par exemple, voyez si elle ne comporte pas une démonstration évidente. Certains sujets, qu'une prédisposition individuelle constitue à l'état de victimes du rhumatisme blennorrhagique, sont presque invariablement affectés d'ophthalmie à chacune de leurs blennorrhagies successives. C'est ainsi qu'on a cité nombre de malades qui ne peuvent prendre une blennorrhagie sans être affectés de rhumatisme ; autant de blennorrhagies, autant de rhumatismes, presque invariablement compliqués de manifestations oculaires, soit de conjonctivite catarrho-rhumatismale. Les cas de ce genre sont nombreux.

Mais un second point que voici réclame notre attention. Cette conjonctivite séro-vasculaire qui se produit parfois dans la blennorrhagie comme une conséquence évidente de la blennorrhagie constitue-t-elle une espèce à part, ou bien n'est-ce qu'un type atténué de la conjonctivite purulente, de l'ophthalmie blennorrhagique de contagion? La doctrine qui consiste dans l'assimilation de l'ophthalmie rhumatismale et de l'ophthalmie de contagion est absolument inadmissible, et cela pour une série de raisons qu'il importe de bien spécifier ici.

En effet, les différences sont telles entre les deux types morbides que l'idée seule d'un rapprochement est véritablement choquante. Voyez plutôt : d'un côté, une ophthalmie toujours et invariablement bénigne qui consiste en ceci : une injection de la conjonctive avec des troubles fonctionnels, ou légers ou presque nuls ; une ophthalmie qui évolue sans accidents et qui, toujours, guérit seule sans laisser trace de son passage. Et, d'un autre côté, une ophthalmie toujours effroyablement grave, qui crée une suppuration considérable, une véritable blennorrhagie aiguë de l'œil qui menace et crève l'œil en quelques jours si elle est abandonnée à elle-même ; qu'on a toutes les peines du monde à enrayer, et dont on ne parvient qu'avec peine (quand on y parvient !) à conjurer les redoutables conséquences.

Deux types aussi différents ne sauraient être assimilés. D'ailleurs, bien d'autres arguments militent contre cette assimilation. Ainsi, d'une façon bien manifeste, les deux affections dérivent de causes différentes. L'une résulte d'un contact, d'une contamination directe. Sinon toujours, du moins dans la plupart des cas, on parvient à retrouver l'origine d'une ophthalmie purulente blennorrhagique dans un contact de pus blennorrhagique avec l'œil. Des observations très explicites ont permis de suivre la pathogénie des accidents et de surpendre la contagion au passage. Ici, c'est un malade qui s'est touché l'œil avec ses doigts imprégnés de pus ; ailleurs, c'est un sujet (voire même parfois un sujet indemne de blennorrhagie) qui s'est lavé l'œil, avec l'urine d'un malade affecté de blennorrhagie ; ailleurs, c'est un médecin qui a reçu dans l'œil une gouttelette de pus uréthral, etc.

D'ailleurs, empiriquement, on sait ce que produit l'inoculation du pus blennorrhagique dans l'œil. On a utilisé l'inoculation du pus blennorrhagique sur l'œil dans le cas de pannus, et l'on a vu que le résultat de cette inoculation est de développer une phlegmasie purulente de l'œil, des plus intenses, tout à fait semblable à l'ophthalmie blennorrhagique de contagion.

Est-ce ainsi que se développe l'ophthalmie bénigne, la conjonctivite séro-vasculaire qui nous occupe? Pas le moins du monde. Ici, pas de contagion ; rien de l'étiologie qui ait rapport avec une contamination, avec un transport du pus à l'œil. Et la meilleure preuve que les choses ne se passent pas ainsi, c'est que, dans certaines conditions données, le médecin peut prévoir, annoncer l'invasion de cette ophthalmie. Soit, par exemple, un malade qui commence un rhumatisme blennorrhagique par une série d'arthropathies ou de ténérites. Il y a toutes chances pour que ce malade soit affecté, dans un laps de temps variable, d'une ophthalmie qui envahisse un œil, puis l'autre. C'est ce que savent fort bien les malades qui ont l'habitude du rhumatisme blennorrhagique. Ces récidivistes d'un genre spécial savent bien ce qui les attend quand ils prennent une chaudepisse et, quant à l'ophthalmie, ils ne savent pas moins qu'ils ont toutes chances pour en être affectés presque sûrement à chacun de leurs rhumatismes.

Autre prédiction plus facile et plus sûre encore : un malade venant à être affecté d'une conjonctivite de ce genre sur un œil, on peut être aisément prophète en prédisant que, dans un avenir prochain, son autre œil sera pris de la même façon. Or, je vous le demande, et j'invoque ici le simple bon sens, est-ce que les choses se passeraient de la sorte si cette ophthalmie dérivait du hasard d'un contact, d'une contagion ? Est-ce que nous pourrions prédire cette contagion ? Est-ce que nous pourrions annoncer son invasion probable sur un œil, puis son passage d'un œil à l'autre ? En vérité, n'insistons pas, car l'évidence est par trop formelle.

D'autres différences, que je me bornerai à énoncer rapidement, sont les suivantes :

1° L'ophthalmie purulente, très heureusement, n'affecte qu'un œil dans la grande majorité des cas. Et cela se conçoit, car la contagion a moins de chances pour être portée sur les deux yeux que sur un seul. Inversement, l'ophthalmie rhumatismale est presque toujours double : huit fois sur dix elle affecte les deux yeux.

2° L'ophthalmie purulente est fixe. Elle attaque un œil et s'y tient, sauf exceptions bien rares. Tout au contraire, l'ophthalmie rhumatismale est essentiellement mobile, migratrice, comme nous l'avons déjà indiqué.

3° L'ophthalmie purulente ne récidive pas, parce qu'un malade, qui en a été affecté une fois, en connaît les douleurs, les dangers, la terminaison funeste. Il est averti, et, s'il contracte une blennorrhagie ultérieure, il se tient sur ses gardes; ce n'est pas lui qui touchera imprudemment ses yeux après s'être touché la verge. Au contraire, l'ophthalmie rhumatismale est éminemment récidivante. Que d'exemples n'aurais-je pas à en citer, comme je vous l'ai déjà dit, empruntés non seulement à mes propres observations, mais aux sources les plus diverses.

4° L'ophthalmie purulente est un accident isolé au cours d'une chaudepisse, un accident qui n'a pas de coïncidences habituelles et qui n'affecte aucune relation avec le rhumatisme blennorrhagique. Par contre, la conjonctivite rhumatismale n'est que rarement un accident isolé; la règle pour elle, c'est de faire partie d'une scène plus complexe qui est le rhumatisme blennorrhagique. Presque toujours, elle se produit en coïncidence avec telle ou telle manifestation du rhumatisme blennorrhagique (arthropathies, ténérite, sciatique, etc.). Elle succède à ces manifestations ou bien les précède, en tous cas s'entremêle avec elles. Et quand il lui arrive, par exception, d'apparaître seule, presque toujours elle se produit sur un terrain prédisposé au rhumatisme blennorrhagique, c'est-à-dire sur des sujets qui ont eu ou qui auront plus tard des rhumatismes blennorrhagiques.

5° Enfin, quelles différences encore relativement à la terminaison et au traitement. L'ophthalmie purulente de la blennorrhagie ne guérit que difficilement et qu'au prix d'un traitement qui, pour réussir complètement, — j'entends pour préserver les fonctions de l'œil, — doit être à la fois institué de bonne heure et avec la dernière énergie. L'ophthalmie rhumatismale, au contraire, se termine toujours heureusement et se termine ainsi *sponte sua*, sans le moindre traitement.

En résumé donc : 1° l'ophthalmie purulente et la conjonctivite blennorrhagique ne sauraient, à aucun titre, être considérées comme des variétés d'un même état morbide, et il est anticlinique de considérer celle-ci comme un type atténué de celle-là. La première n'est qu'un accident survenu à propos d'un contact éventuel et n'exigeant même pas que le sujet qui en est victime soit atteint de blennorrhagie. L'autre, au contraire, qui ne se produit jamais que sur les sujets affectés de blennorrhagie, est un symptôme de cette maladie; 2° ajoutons, à un point de vue différent, que cette dernière, en raison de ses coïncidences habituelles avec le rhumatisme, peut être très légitimement considérée comme une des manifestations de ce rhumatisme.

La question que nous venons d'agiter ne comporte pas seulement un intérêt doctrinal, elle a aussi son intérêt pratique. En effet, supposez un médecin n'ayant aucune notion de ces différences entre les deux maladies et se trouvant en face d'une ophthalmie rhumatismale chez un sujet affecté de blennorrhagie. Ne sera-t-il pas amené à croire qu'il s'agit là d'une de ces phlegmasies oculaires graves qui aboutissent rapidement à menacer l'œil? Et, partant, ne sera-t-il pas conduit logiquement à instituer contre elle le traitement énergique que réclame une affection de cette nature : cautérisations répétées de l'œil? Vous en préjugez d'ici les conséquences : douleurs vives, répétées, pour le malade, phlegmasie oculaire considérable développée sous l'influence des caustiques; souffrances physiques, inquiétudes morales, et tout cela en pure perte, aussi bien sans motif que sans utilité et au grand préjudice du malade.

Cela dit, venons au fait : Quel doit être le traitement de l'ophthalmie rhumatismale? Si nous nous souvenons que cette ophthalmie a une tendance normale à la résolution spontanée; qu'abandonnée à elle-même, elle guérit sans intervention de l'art, nous reconnaîtrons cette indication formelle et précise : ne rien faire qui puisse contrarier ou retarder cette tendance spontanée; aider seulement la nature, si possible, dans la voie qui lui est tracée. D'autre part, l'expérience nous a appris que, des nombreux traitements institués, la plupart avaient été nuisibles ou indifférents. Si bien que, en définitive, après avoir multiplié les essais thérapeutiques, j'en suis arrivé, pour ma part, à cette conclusion : que la meilleure médication, en l'espèce, est celle qui est la plus anodine et qui se rapproche le plus de l'expectation. Je ne me suis bien trouvé, pour ma part, que de ceci : hygiène et médication émolliente.

Je précise. Comme hygiène : repos de la vue. Si l'affection est légère, je laisse le malade sortir, aller et venir, en lui recommandant simplement de garantir les yeux avec des conserves enfumées et d'éviter le grand jour, la grande lumière.

Si l'affection est plus intense, repos à la chambre avec conserves ou même avec bandeau noir flottant au-devant de l'œil. Interdiction absolue de la lecture. Avec cela, régime léger; proscription des alcooliques, du café; liberté du ventre, etc. Puis, comme moyens topiques : 1° bains oculaires, c'est-à-dire immersion de l'œil une dizaine de fois par jour et plusieurs minutes chaque fois dans une œillère remplie tout simplement d'eau de guimauve tiède; 2° application sur les yeux de compresses imbibées d'eau de guimauve; 3° au besoin encore, si l'inflammation est un peu intense, pulvérisations sur les paupières avec la même décoction émolliente. Et rien autre. Que si, cependant, l'inflammation se compliquait de douleurs, d'un certain degré d'éréthysme oculaire et surtout d'une menace de retentissement sur l'iris, alors j'ai recours à l'atropine — l'opium de l'œil — sous forme d'instillations répétées trois ou quatre fois par jour entre les paupières.

Ce très simple traitement, je l'affirme, est le seul à mettre en œuvre en pareille occurrence; c'est celui qui guérit le mieux et le plus vite, c'est celui qui, ne troublant pas le cours normal et la tendance spontanée de la maladie à la guérison, la laisse guérir le mieux et le plus rapidement.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE (1)

PONCTION ASPIRATRICE. — ÉTABLISSEMENT D'UNE FISTULE. GUÉRISON EN DEUX MOIS.

Par M. le docteur LEMAIRE (du Tréport).

II

29 mars. — Lambeau de 25 centimètres sur 15. Environ 60 grammes de pus. J'injecte encore 200 grammes.

30 mars. — Lambeau de 15 centimètres sur 7 en retirant le drain; puis, après l'injection, second lambeau de 15 centimètres sur 7; enfin troisième lambeau de 30 centimètres sur 15, suivi d'environ 300 à 400 grammes du liquide que j'avais injecté à plusieurs reprises et qui ne ressortait que difficilement, contenant encore 2 vésicules de 3 centimètres (il n'y en avait plus depuis le 27). Aujourd'hui, comme tous les jours depuis que la poche se détache, l'eau injectée sort avec une coloration d'un vert noirâtre, vert bouteille clair.

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 4.

Après la sortie de ces trois grands lambeaux et du liquide injecté, la matité hépatique a beaucoup diminué ; elle s'arrête à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et s'étend moins à gauche.

31 mars. — Le drain s'est bouché et rien n'est sorti depuis hier. Sentiment de plénitude, de gêne, vomissements bilieux. Le drain retiré, il s'écoule 300 à 400 grammes de liquide jaune clair, contenant 2 vésicules de 25 millimètres. Le drain est bouché par un lambeau de 13 centimètres sur 6.

2 avril. — La malade sort pour la première fois. Lambeau de 6 centimètres sur 4.

3 avril. — En se mettant à plat ventre, elle vide complètement le kyste, dans lequel j'injecte ensuite 350 grammes de liquide. La sonde pénètre de 14 centimètres dans un sens et de 16 dans l'autre.

7 avril. — La poche bien vidée, j'injecte 250 grammes.

8 avril. — La sonde pénètre de 13 et 14 centimètres. Le trajet fistuleux a 5 centimètres de longueur.

11 avril. — Deux lambeaux de 3 centimètres sur 2 et 4 centimètres sur 2,5.

13 avril. — Deux lambeaux de 2 centimètres carrés. Injection, 190 grammes.

16 avril. — Injection, 150 grammes ; profondeur, 0,12.

18 avril. — Injection, 110 grammes.

20 avril. — Le drain ne reste plus bien en place, remplacé par n° 28 Charrière.

24 avril. — Injection, 90 grammes ; — 27 avril, 50 grammes ; — 30 avril, 40 grammes.

4 mai. — Injection, 28 grammes. Supprimé le drain.

6 mai. — Profondeur, 25 millimètres ; — 12 mai, terminé.

16 mai. — Les règles viennent plus abondamment que d'ordinaire, ayant manqué pendant huit mois.

18 mai. — Mensuration au même niveau qu'avant l'opération. Côté droit 0,40, côté gauche 0,36. Le côté droit est un peu aplati comme à la suite d'une pleurésie. La colonne vertébrale, incurvée latéralement autrefois, s'est redressée. Hauteur de la matité hépatique, 9 centimètres.

La malade, autrefois souffreteuse, chétive, toussant toujours, mangeant à peine, toujours voûtée, se porte bien, a pris de l'embonpoint, a bonne mine, mange bien, ne tousse plus, se tient plus droit.

30 juin. — Très bien, ne tousse plus du tout. Bien réglée.

J'ai noté chaque jour le nombre de vésicules, sauf les premiers jours où je les ai estimées approximativement ; il est énorme ; j'en ai compté 260 à 280 de 5 à 35 millimètres, dont une centaine au moins ayant de 20 à 30 millimètres. Comme je l'ai déjà dit, elles ne sont pas sphériques, mais un peu aplaties ; de temps en temps, il en sortait une petite à liquide clair, mais toutes les autres étaient à liquide louche quelques jours après l'opération. Outre celles que j'ai notées, il y en avait de très petites, de 1 à 3 millimètres, surtout les premiers jours, dont je n'ai pas tenu compte.

Les lambeaux de membranes, mesurés chaque fois, donnent un total de 1 478 centimètres carrés, surface correspondant à une sphère de 20 centimètres de diamètre.

Quant à l'étiologie, l'embarras est grand. Le tænia est excessivement rare chez nous ; je n'en connais pas dans cette famille, et aucun de ses membres n'en a entendu parler. A quelle époque remonte la maladie ? Évidemment à une époque très rapprochée de la naissance, puisque les parents se rappellent parfaitement les discussions qu'ils avaient souvent quand on mettait l'enfant à nu pour la nettoyer, la changer, le père voyant le côté droit plus gros, la mère le niant. Cette tuméfaction était bien apparente à l'âge de cinq à six ans, puisque la sœur de l'asile engagea à consulter un médecin qui ne l'examina pas à fond. A sept ans, en 1875, quand je la vis pour la première fois, elle me fut encore envoyée par la sœur, que cette difformité croissante inquiétait, et c'est alors que je constatai une matité énorme s'élevant jusqu'au téton et descendant jusqu'à l'ombilic, occupant l'épigastre, et je posai le diagnostic, kyste hydatique du foie.

Les kystes hydatiques du foie chez les enfants sont rares. Bouchut (*Maladies des nouveau-nés et de la seconde enfance*, 5e édition) n'en parle pas.

On lit dans Valleix, qu'ils sont presque inconnus chez les petits enfants, que J. Gruveilhier croit avoir vu un kyste de cette nature, mais qui s'était vidé dans l'intestin, chez un enfant mort âgé de douze jours ; enfin que Bodson a trouvé des hydatides dans le foie chez une fille de quatre ans. Jules Simon (*Dict. Jaccoud*) en a observé un cas chez une petite fille de six ans, et rapporte que Frerichs en a vu un autre chez un enfant de sept ans. D'après d'Espine et Picot (*Manuel pratique des maladies de l'enfance*), « l'existence de kystes hydatiques du foie dans la première enfance est très problématique ; on a publié quelques cas de cette affection chez des enfants de quatre à huit ans ; à partir de huit ou neuf ans, la fréquence de la maladie augmente. » L'observation que je viens de rapporter est donc remarquable à ce point de vue.

Quant au traitement, la ponction aspiratrice faite il y a deux ans avait été suivie de récidive ; celle du mois de février dernier n'avait pas donné de résultat. La ponction avec un gros trocart a donné lieu à des symptômes abdominaux moins prononcés que ceux qui avaient suivi les deux opérations précédentes. Cette observation vient donc à l'appui de l'opinion que défend le professeur Verneuil sur l'avantage qu'il y a à pénétrer d'emblée dans le kyste avec un gros trocart, et à y laisser un drain à demeure.

Je ferai remarquer en terminant la facilité avec laquelle ce traitement a été supporté : à partir du 2 avril, la malade a pu sortir à pied tous les jours, alors que le 3 j'injectais encore 350 grammes de liquide dans la poche.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

1. M. Cognet. Considération sur les hémorrhagies profuses et spontanées du fond de l'œil chez les adolescents. — 2. M. Hennocque. De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale. — 3. M. Francon. De l'ostéomyélite insidieuse ou premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse. — 4. M. Dayot. Contribution à l'étude de la périnéorrhaphie. — 5. M. Argellier. Note à propos des amputations de la jambe.

C'est avec une profonde douleur, qui aura son écho dans le monde médical tout entier, que nous apprenons la mort de M. le docteur Amédée Dechambre, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et directeur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. Dechambre a succombé hier dimanche aux suites d'une hémorrhagie cérébrale dont il a été frappé brusquement en plein état de santé apparente, il y a aujourd'hui trois semaines.

Doué d'une intelligence supérieure, d'un esprit fin et alerte, d'un goût exquis pour la littérature et d'un tact parfait en médecine, et mettant dès ses jeunes années ces heureuses qualités en œuvre par un travail assidu, presque incessant, M. Dechambre était graduellement arrivé, comme praticien et comme publiciste, à la haute situation et au degré élevé de considération et d'estime,

dont il jouissait déjà depuis longtemps, lorsque le choix qui fut fait de lui, en 1863, pour diriger l'œuvre médicale la plus importante de notre époque, en lui donnant l'occasion de développer amplement ses riches connaissances et ses merveilleuses aptitudes, ne tarda pas à mettre le comble à une réputation devenue désormais universelle.

Celui qui écrit ces lignes a appris depuis longtemps, pour avoir fait avec lui ses premières armes dans la presse médicale, à connaître et à apprécier toute sa valeur littéraire et scientifique. D'autres diront par le menu, mieux et plus complètement qu'il ne lui serait possible de le faire en ce moment, ses nombreux titres et ses importants travaux. Mais ce qu'il a été, mieux que beaucoup d'autres, peut-être, à même d'apprécier en lui par près d'une cinquantaine d'années de l'amitié la plus intime et ce qu'il tient surtout, dans sa douleur poignante, à rappeler ici, c'est le charme à jamais regrettable que donnaient à toutes ses relations cet esprit vif, toujours en éveil, cette égalité constante de gaieté et de belle humeur, cette affectueuse bonté avec laquelle il mettait, en toute circonstance, sans marchander ni son temps ni ses peines, ses soins et ses sages avis au service de ses amis.

Dr H. Brochin.

Les obsèques auront lieu après-demain mercredi 6 janvier, à midi précis, à l'église Sainte-Clotilde. — On se réunira à la maison mortuaire, 91, rue de Lille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 décembre 1885, M. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 2 janvier 1886, M. Guès, médecin-professeur de la marine, a été promu au grade de médecin en chef.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique :* MM. les docteurs Léon, médecin en chef de la marine; Radou, médecin-inspecteur des écoles du IIe arrondissement de Paris; Martel, président de la délégation cantonale à Belleville-du-Rhône; Porak, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis; Gordon, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Montpellier (section de médecine); Bonfils, au lycée Saint-Louis;

2° *Officiers d'académie :* MM. les docteurs Berthollet, médecin-inspecteur des écoles, à Grenoble; Boisson, conseiller général, membre du bureau d'administration du collège de Lure; Carrive, délégué cantonal à Sauveterre-de-Béarn; Durand, à Marseillan; Duval (Émile), à Paris; Empereur, à Bourg-Saint-Maurice; Fleury, pharmacien à Marans, délégué cantonal; Gaillard et Larat, à Paris; Leclère, à Toul, délégué cantonal; Legendre, délégué cantonal, à Montmorency; Ligier, à Belvoye; Martin, à Bordeaux; Mas, maire de Recoules-Prévinquières, délégué cantonal; Miquel, médecin-inspecteur des écoles du XIe arrondissement de Paris; Pommerol, conseiller général du Puy-de-Dôme, maire de Gerzat; Prévault, à Montrésor; Rodet, inspecteur des écoles de la ville de Paris; Sandras, conseiller général à Oran; Scheving, membre de la Société anatomique; Souplet, à Nogent-le-Rotrou; Souchu-Servinière, à Laval; Viau, professeur à l'École dentaire de Paris; Wiesner, vice-président du conseil d'administration de l'École dentaire de Paris; Barthélemy, médecin principal; Bonafy, médecin, professeur de la marine; Brard, adjoint au maire de La Rochelle; Cazenave de La Roche, à Pau; Deschamps, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; Colin, professeur à l'École d'Alfort; Letulle, médecin des hôpitaux de Paris; Dubois, à Villers-Bretonneux; Cuyer, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, à Paris; Gibier, aide-naturaliste au Muséum; Verneuil, préparateur au Muséum; Le Cadre, médecin du lycée du Havre; Blanc, médecin des écoles normales de Gap; MM. les pharmaciens Bouvet, à Angers; Vaneste, à Dunkerque, et Dufourmantelle, à Amiens.

— Par décret, en date du 27 décembre 1885, M. Duclaux, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris (chaire nouvelle).

— Par arrêté ministériel, en date du 2 janvier 1886, la décoration du Mérite agricole a été conférée à :

MM. les docteurs en médecine, Delbosc, conseiller général du Tarn; Poupon, à Paris; MM. les vétérinaires Brousse, à Mur-de-Barres; Henriet, à Clermont-Ferrand; Korper, aide-vétérinaire militaire; Recordon, à Corbeil.

— M. le docteur Hirtz est nommé médecin suppléant du personnel enseignant des écoles maternelles et primaires communales du département de la Seine (1re circonscription), en remplacement de M. le docteur Henriet, décédé.

— MM. les docteurs Charvet, médecin à Saint-Alban-sous-Sampzon; Prunac et Magne, médecins à Mèze, viennent de recevoir une médaille d'or de première classe, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de septembre 1885.

— M. le docteur Berruyer, médecin de la police municipale à Nantes, vient de recevoir une médaille d'argent de première classe, pour s'être signalé en portant secours dans un violent incendie. Notre confrère était déjà titulaire d'une médaille d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Le Dentu, agrégé.

M. Darier, docteur en médecine, répétiteur à l'École des Hautes-Études, est délégué dans les fonctions de chef de laboratoire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Balzer, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Brunelière, préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie et de pharmacie à ladite Faculté, en remplacement de M. Denigès, appelé à d'autres fonctions.

M. Tourneau, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Brunelière, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Toussaint est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Muchembled, des fonctions d'aide-préparateur d'histologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Rémond (Antoine) est nommé prosecteur, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Bringuier, préparateur de physique, est nommé chef des exercices pratiques de chimie, en remplacement de M. Amat.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Gascard (Louis-Albert), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Barotte, démissionnaire.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 8 mars 1886, à l'École de médecine de Caen.

— Voici la statistique officielle de l'épidémie cholérique en Italie, pendant les années 1884 et 1885 :

En 1884, le choléra a exercé ses ravages dans 44 provinces et 858 communes; il y eut en tout 27030 cas et 14299 décès, soit une mortalité de 52,90 p. 100.

En 1885, l'épidémie s'est manifestée dans 27 provinces et 152 communes; le nombre des cas a été de 6397 et celui des décès de 3409, soit une mortalité de 53,29 p. 100, c'est-à-dire un

peu plus considérable que l'année précédente, 0,39 p. 100. Dans cette même année, l'unique province gravement éprouvée a été celle de Palerme, qui compte à elle seule 5535 cas et 2959 décès, c'est-à-dire une mortalité de 53,46 p. 100.

— Six places de membres correspondants nationaux sont déclarées vacantes à la Société de médecine légale. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes sans retard au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18837.

N° 3. — JEUDI 7 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 7 JANVIER 1886. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

De tout temps il y a eu des modes en médecine; mais ce qui est tout à fait nouveau, c'est l'extrême rapidité avec laquelle elles se succèdent de nos jours. La théorie de Broussais dura un demi-siècle; la théorie de Virchow n'a pas duré quinze ans. Et si, des doctrines générales, on passe aux systèmes dominant dans telle ou telle branche de la science, ou pour mieux dire de la pratique, on constate la même différence.

Combien s'est-il écoulé de temps depuis que nous avons vu éclore dans la chirurgie oculaire, en ce qui touche l'opération de la cataracte, la méthode de Græfe? C'était une méthode étrange, aussi contraire que possible à ce qu'enseignait le bon sens. Transformer en un œil de chat l'œil humain, en coupant une partie de l'iris qui lui donnait une prunelle régulière, ce n'était point là une de ces idées qui viennent tout naturellement, qui « sautent aux yeux », suivant une expression vulgaire. Les avantages, on ne les voit pas bien, sauf le calcul, toujours problématique, des probabilités de chances d'accidents, basé sur des chiffres statistiques et des moyennes plus ou moins discutables. Les inconvénients étaient évidents : c'était d'abord celui de défigurer le visage humain; c'était, chose plus grave, celui de ne plus laisser à la vision un axe régulier, de porter les images des objets extérieurs sur des parties excentriques de la rétine, de déformer ces images elles-mêmes comme on se trouverait les déformer dans une chambre noire, si l'on substituait une fente irrégulière et des contours vagues au trou régulièrement circulaire par lequel elle prend jour sur le dehors. Il y en avait bien d'autres encore, que je passe... Eh bien! tout cela, ce devint des chances de succès. C'était l'attraction de l'étrange, attraction à laquelle, parmi les spécialistes, presque personne ne résista. Aujourd'hui, voilà que le professeur d'ophthalmologie de la Faculté de médecine de Paris, M. Panas, annonce que le retour aux anciennes méthodes, retour qu'a sans doute facilité l'application des procédés antiseptiques qui dominent aujourd'hui, devient, à tous les points de vue, un incontestable progrès. Dieu veuille que demain le progrès ne consiste pas à imaginer quelque étrangeté encore plus grande!

M. Gustave Lagneau est venu aussi parler sur une question tout à fait actuelle. Il s'agit des transformations que l'on propose pour notre armée. On a déjà substitué le service de cinq ans théoriquement, et pratiquement de trois ou quatre ans, à l'ancien service de sept ans. Il s'agirait de diminuer de deux ans cette période. Serait-ce avantageux? M. Lagneau le croit; mais il ne cache pas qu'on peut faire à son opinion des objections graves. La plus grave, c'est que le soldat, à vingt ans, a moins de résistance qu'il n'en aura plus tard, surtout pour les fatigues prolongées de la guerre. L'exemple de l'armée anglaise, où le service, à ce qu'il dit, serait souvent de vingt ans et plus; celui de l'ancienne armée russe, aussi célèbre par sa remarquable solidité, où la moyenne de service aurait été à peu près égale (ajoutons l'exemple de la vieille garde, qui revint de Russie sans être entamée et sut mourir sans reculer quand tout fut perdu), tout cela montre le vieux soldat supportant mieux que les nouvelles recrues la fortune adverse quand elle se présente, tout aussi bien que les fatigues de la victoire quand elle se prolonge. D'ailleurs, sans sortir des chiffres bruts, par des statistiques recueillies à diverses époques et dans divers pays, on sait qu'à vingt ans le conscrit n'a pas toujours acquis toute sa taille et, surtout, est généralement loin d'avoir la capacité pulmonaire, la somme de vitalité qu'il aura plus tard. Ces statistiques, citées oralement par M. Lagneau, nous ont paru fort intéressantes, non pas que nous les interprétions dans tous les cas comme il semble le faire. Par exemple, la statistique recueillie en Suisse et d'après laquelle la moyenne de taille des gens mesurés aux différents âges s'accroîtrait encore après vingt-cinq ans, est susceptible d'une explication qui n'attribuerait pas aux Suisses la faculté de grandir encore à un âge où l'éléphant seul passe pour le faire. Si les Suisses de petite taille vivaient moins longtemps que les autres, le résultat serait identique. Quoi qu'il en soit, M. Lagneau considère comme peu importantes les objections qu'il énumère. Les soldats meurent d'abord surtout de fièvre typhoïde; cela dure deux années; puis c'est la phthisie qui l'emporte. Si le service n'est que de trois ans, on diminuera la phthisie. Quant à la fièvre typhoïde, elle tient sans doute principalement au séjour des soldats au sein des grandes villes, dans des casernes où ils manquent d'air. Il faut supprimer les casernes, et établir les soldats dans des camps. La natalité légitime sera nécessairement accrue dans une certaine proportion si les hommes

se marient plus tôt. Le danger de les marier trop tôt, l'accroissement considérable de mortalité constaté chez ceux qui prennent femme avant l'âge de vingt-cinq ou de vingt-trois ans, n'existera pas puisque le soldat sera gardé sous les drapeaux jusqu'à cet âge. Quant à l'instruction militaire, on pourrait la donner, en très grande partie, dans les écoles ou dans les lycées.

Il est probable qu'une discussion va s'engager sur cette question qui intéresse un peu tout le monde. Elle se serait engagée déjà, s'il y avait eu plus de membres présents à ce moment de la séance; mais nous n'avons plus vu, en dehors du bureau, que l'ancien président M. Bergeron, qui nous a paru avoir envie de prendre la parole.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Pleurésie purulente, thoracentèse puis empyème.

Le malade du nº 17 de la salle Saint-Charles, dont je vais aujourd'hui vous parler, est un exemple remarquable de pleurésie purulente. C'est un homme de trente ans, employé de commerce, vigoureux, toujours bien portant, sans aucun antécédent personnel ni héréditaire, que son genre d'occupations n'expose ni au refroidissement ni à de bien grandes fatigues. Il n'est point alcoolique.

C'est au mois de janvier dernier que sa santé a commencé à s'altérer, qu'il a commencé à tousser, à éprouver de fréquents malaises, quelques accès de fièvre. Il a même dû de temps à autre garder la chambre. Il mange encore assez bien; néanmoins, il a maigri d'une façon assez notable.

Au mois de mai, il est devenu plus souffrant; il s'est plaint de ressentir une douleur dans le côté gauche de la poitrine, douleur qui est allée peu à peu en augmentant. La fièvre du soir s'est accentuée avec frisson, puis chaleur, mais sans le stade de sueur.

Le mois suivant, il est plus mal; la douleur du côté est devenue permanente, l'oppression plus vive, l'appétit a disparu. Enfin, depuis quinze jours, les joues sont enflées, la face est un peu bouffie, la suffocation a augmenté, si bien qu'il s'est enfin décidé à entrer dans nos salles il y a deux jours.

Hier matin, nous avons constaté une véritable dyspnée; les efforts de la respiration sont pénibles, le malade ne peut pas se coucher, il est forcé de rester assis dans son lit; les membres inférieurs sont infiltrés, le gauche principalement, il y a de l'ascite et les parois abdominales sont œdématiées. Les urines renferment une petite quantité d'albumine, mais cette quantité est insuffisante pour expliquer l'œdème. De plus, les lèvres sont violacées et les mains cyanosées.

Si l'on examine le thorax, on remarque une grande dilatation du côté gauche, dont les espaces intercostaux sont élargis et dont les muscles ne fonctionnent plus pour la respiration. Par contre, fait assez particulier, la poitrine n'est œdématiée ni à gauche ni à droite.

A droite, la sonorité est normale; à gauche, elle est remplacée par une matité absolue de haut en bas, une abolition complète du murmure vésiculaire; à peine perçoit-on un soupçon de souffle léger le long de la colonne vertébrale en haut et à gauche, pectoriloquie aphone très légère. En somme, épanchement pleural gauche considérable.

Le pouls donne 104 à 112 et la température 39 degrés matin et soir.

Le cœur bat au niveau du mamelon *droit*, absolument comme s'il existait une véritable transposition de l'organe; ses bruits ne sont nullement altérés. La quantité du liquide épanché dans la plèvre nous explique très bien et la dyspnée et le déplacement du cœur. Mais de quelle nature est cet épanchement? Séro-fibrineux ou purulent?

L'épanchement pleural, de nature purulente, est ordinairement caractérisé par l'existence de phénomènes généraux, la durée de la maladie, la persistance et l'intensité de la fièvre, une sorte d'aspect typhoïde, quelquefois du délire, des sueurs profuses; un abattement général. Les phénomènes physiques sont ceux de tout épanchement séro-fibrineux avec, en plus, l'œdème des parois thoraciques dans les espaces intercostaux et l'absence de pectoriloquie aphone.

Ici, nous n'avons pas cet œdème, et nous avons une légère résonance de la voix parlant bas; mais l'état général est mauvais.

D'autre part, les conditions étiologiques ne sont pas celles de l'épanchement purulent; il n'y a pas eu de ponction antérieure de la poitrine, pas de scarlatine antérieure, etc. Enfin, la suffocation et la cyanose nous ayant donné lieu de redouter quelque syncope léthale subite, nous avons dû intervenir promptement; nous avons donc fait la thoracentèse avec l'appareil de Potain. La ponction a été pratiquée entre la huitième et la neuvième côte, dans la ligne verticale passant au milieu de l'espace axillaire. Immédiatement, nous avons vu s'écouler un liquide blanchâtre parfaitement purulent, ainsi que le microscope l'a démontré. Nous en avons retiré quatre litres et non la totalité de l'épanchement. L'opération n'a été suivie d'aucun accident, aucun accès de toux, aucune syncope. La respiration devenait, au contraire, plus facile à mesure que le liquide s'écoulait, et le cœur revenait peu à peu vers la ligne médiane, si bien qu'à la fin de l'opération il se trouvait au niveau du bord droit du sternum.

Hier soir l'amélioration était en bonne voie, mais ce matin le malade s'est plaint de refroidissement, de nouveaux étouffements, le pouls est redevenu très petit, et les signes physiques reparus me font craindre la reproduction de l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, la pleurésie purulente de notre malade ne se présente pas dans les conditions ordinaires, avec son étiologie normale: cet homme n'a pas eu de fatigue, pas de surmenage, aucune ponction antérieure de la plèvre, il n'a aucun antécédent morbide. Mais ce qu'il faut nous rappeler, c'est qu'il est malade depuis près de six mois, toussant, ayant de temps en temps des malaises, de la fièvre, s'affaiblissant et maigrissant. D'où nous concluons que l'épanchement n'est pas survenu au milieu de la santé; d'où la pensée aussi qu'il pourrait bien s'agir de quelque tuberculose antérieure.

Nous avons constaté, du reste, dans son crachoir la présence de deux ou trois crachats opaques, grisâtres comme ceux des tuberculeux et striés de sang.

Le poumon droit respire très bien; quant au poumon gauche, il est impossible de percevoir le moindre bruit. Cependant, ce matin, il m'a semblé entendre quelques petits craquements, mais si faibles pourtant que je n'oserais pas les affirmer. Nous en restons donc à réserver notre diagnostic de tuberculose, tant que quelque symptôme révélateur ne l'aura pas confirmé.

En tous cas, le pronostic reste très grave, et j'ai tout lieu de craindre quelque terminaison funeste.

Quant au traitement, que faire? De nouvelles ponctions? Non; elles risqueraient fort de l'épuiser promptement. La seule thérapeutique que nous puissions tenter chez lui, c'est celle qui consiste à traiter l'épanchement pleural comme une collection purulente, c'est-à-dire comme un abcès, soit de pratiquer l'empyème et de faire des injections dans la séreuse largement ouverte.

Mais, même en faisant l'empyème, réussirai-je à guérir notre malade? Je ne saurais le dire quant à présent, vu la gravité de son état général profondément altéré. Mais, je l'avoue, je crains bien qu'il ne succombe. En tous cas, si nous ne pouvons pas le guérir, tout au moins parviendrons-nous à obtenir une amélioration importante. Ce que nous devons faire aussi pour aider à ce résultat, c'est de soutenir le plus possible les forces de notre malade avec du quinquina, avec du bouillon, des potages, du café.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

I. Tumeur néoplasique des fosses nasales. — II. Dacryocystite. — III. Tumeur kystique du doigt annulaire.

Nous avons ce matin plusieurs petites opérations à faire pour diverses affections que voici :

I. C'est tout d'abord une tumeur des fosses nasales, un cas très intéressant au point de vue de la chirurgie pratique. Le malade, un homme, est entré hier matin demandant à être débarrassé d'un polype du nez; tel aurait été, du moins, le diagnostic de son médecin. Eh bien, c'est là une de ces erreurs de diagnostic graves, des plus funestes, qui se renouvellent à chaque instant, erreur des plus funestes surtout en ce qu'elle entraîne une erreur aussi de thérapeutique des plus dangereuses pour les malades. En effet, du moment qu'il s'agit d'un polype on intervient chirurgicalement par arrachement. Mais qu'en résulte-t-il? que le prétendu polype étant en réalité une tumeur maligne, récidive à bref délai et amène ainsi promptement une terminaison fatale.

Deux fois, en 1884, tandis que j'étais à la Pitié, j'ai eu à constater pareille erreur de diagnostic commise en ville : la première fois c'était chez une femme à laquelle l'arrachement du soi-disant polype avait été pratiqué cinq ou six fois en six mois, si bien que, repullulant avec une rapidité excessive, il avait pris un développement tel qu'à l'arrivée de la malade à l'hôpital les os propres du nez étaient détruits, qu'il existait des ganglions épithéliomateux, etc. Je l'opérai par le procédé de Chassaignac, par la méthode en auvent; j'enlevai aussi les ganglions. La plaie guérit très rapidement, mais quelques mois plus tard, en janvier 1885, cette femme succombait à une nouvelle récidive par la généralisation de l'épithélioma dans les deux mamelles.

Le second malade de l'année 1884 était un homme, jeune encore, porteur d'une tumeur de même nature dans les fosses nasales d'abord, tumeur qui avait gagné ensuite le pharynx. Elle avait été arrachée deux ou trois fois — toujours sous le prétexte qu'il s'agissait d'un polype naso-pharyngien, — et, chaque fois, l'opération avait donné lieu à de violentes hémorrhagies. La repullulation était considérable; le malade était dans un état extrêmement grave, d'une pâleur exsangue, ayant perdu plus d'un litre de sang; la tumeur des fosses nasales envahissait la cavité buccale, le sinus maxillaire, et s'étendait jusque dans la fosse temporale. Encore une fois, au lieu d'un polype, il s'agissait d'un néoplasme, d'un sarcome. Je dus faire tout d'abord la ligature de la carotide externe, puis l'ablation du maxillaire supérieur malade, etc., enfin ruginer aussi loin que possible la plupart des implantations pharyngiennes. Mais je dus respecter, sous peine d'accidents méningitiques, certains prolongements de la tumeur vers l'ethmoïde. L'opération fut suivie d'une amélioration momentanée, d'un certain degré de survie, c'est-à-dire jusqu'à la fin de mars 1885, époque à laquelle le malade succombait aussi à la généralisation du néoplasme.

En résumé plusieurs points sont importants à considérer de prime abord pour le diagnostic des tumeurs des fosses nasales : 1° le sexe : les polypes naso-pharyngiens sont très rares chez la femme, on n'en compte pas plus de deux ou trois cas dans la science; 2° l'âge : les polypes sont rares après trente ans; 3° le siège de la tumeur; en effet, si celle-ci est située sur la cloison, vous pouvez être à peu près certain qu'il ne s'agit pas d'un polype; celui-ci — je parle bien entendu des polypes muqueux et non des polypes fibro-muqueux — se développe le plus ordinairement sur le cornet inférieur ou sur le cornet moyen.

Or, chez le malade que nous allons opérer aujourd'hui, la tumeur siège sur la cloison, d'où il était possible de se prononcer, par avance pour ainsi dire et sans autre examen, contre l'idée d'un polype. De plus les polypes sont généralement mous, de teinte grisâtre, ils ne saignent pas par eux-mêmes tant qu'on ne cherche pas à les arracher, ils sont hygrométriques, déterminant une gêne plus grande par les temps humides que par les temps secs. Aussi, dans le cas actuel, n'était-il réellement pas permis de commettre une erreur de diagnostic.

Chez notre malade le cas est minime. La tumeur est implantée sur la cloison très près de l'orifice extérieur de la narine, de sorte que, comme opération, je ferai une incision parallèle à l'aile du nez pour avoir un auvent nasal, je circonscrirai la tumeur à un centimètre au delà, disséquant les tissus avec le thermo-cautère. L'opération terminée, je suturerai l'aile du nez avec un fil d'argent, et le malade pourra guérir.

II. Je vais opérer ensuite deux jeunes filles atteintes toutes deux de dacryocystite, affection toujours plus fréquente chez la femme que chez l'homme, plus fréquente aussi du côté gauche que du côté droit, et due à l'étroitesse du canal nasal. Ici elle siège également à gauche chez les deux jeunes filles.

La maladie ne débute pas par l'état aigu, comme on le prétend à tort dans la plupart des livres; elle débute, au contraire, par un état chronique qui aboutit à un moment donné à un abcès, de formation aiguë cette fois. L'affection doit être traitée comme un abcès ordinaire, c'est-à-dire par une incision à l'extérieur au-dessous du tendon de l'orbiculaire, dans le point le plus déclive pour faciliter l'écoulement du pus. On modifie ensuite, par des cautérisations, l'intérieur du sac; après quoi, on procède au cathétérisme, de façon à rendre au canal nasal sa perméabilité nécessaire, ce qui s'obtient généralement assez facilement, le rétrécissement du canal n'étant pas de nature fibreuse, mais ou bien congénital ou résultant de l'épaississement de ses parois. Le cathétérisme répété a pour but d'amener une in-

flammation légère, mais suffisante cependant pour déterminer un certain degré d'extensibilité.

Chez mes deux malades, j'ai déjà pratiqué antérieurement l'incision du sac et des cautérisations avec le nitrate d'argent; il me reste donc aujourd'hui à faire un débridement pour passer un stylet dans le canal, de façon à juger du degré d'étroitesse. Si celle-ci est très prononcée, je serai forcé d'inciser le canal nasal par la méthode de Stilling.

III. Enfin la dernière opération sera celle d'un homme qui est entré mercredi, portant, depuis très longtemps, une tumeur sur les parties latérale et dorsale du quatrième doigt de la main gauche. Cette tumeur était restée, jusqu'à il y a un mois, d'un très médiocre volume; mais depuis lors elle s'est accrue assez rapidement. S'agirait-il d'un fibrome? Je ne le pense pas, elle n'en a pas la consistance. Je croirais bien plus volontiers à quelque tumeur kystique se trouvant en rapport soit avec un tendon, soit avec un diverticulum de la synoviale de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, ce qui rendrait l'opération plus grave à cause de l'ouverture de l'articulation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Aulagnier, qui offre à l'Académie une copie du portrait de son père, mort en 1839, membre de cette savante Compagnie;

2° Une note de M. le docteur Pigeon, intitulée : « Pourquoi la fréquence des épidémies de choléra dans le delta du Gange. »

INSTALLATION DU NOUVEAU BUREAU

M. Bergeron, après avoir rappelé les travaux de l'Académie durant l'année qui vient de finir, invite le nouveau bureau à prendre place.

M. Trélat, en le remplaçant au fauteuil présidentiel, propose de voter des remerciements au bureau sortant. Cette proposition est adoptée par acclamation. M. Trélat annonce alors à l'Académie qu'il a la mission douloureuse de lui faire part de la mort de M. Dechambre, membre associé libre. Dans une improvisation chaleureuse et très applaudie, il fait l'éloge de ce collègue regretté.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Desnos; en deuxième, M. Dumontpallier; en troisième, M. Hayem; en quatrième, M. Hallopeau; en cinquième, M. Ferrand.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42,

M. Hayem obtient.	44 voix
M. Desnos	38 —
M. Dumontpallier.	1 —

En conséquence, M. Hayem, ayant obtenu la majorité, est proclamé membre titulaire.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant étranger.

La commission présente, en première ligne, M. Fayrer (de Londres); en deuxième ligne, M. Pretenderis Tybaldos (d'Athènes); en troisième ligne, M. Betman (de Norwich).

Le nombre des votants étant de 65, majorité 33,

M. Fayrer obtient.	43 suffrages
M. Tybaldos	16 —
M. Betman.	6 —

En conséquence, M. Fayrer, ayant obtenu la majorité, est proclamé correspondant étranger de l'Académie.

LECTURE

Des derniers progrès réalisés dans l'opération de la cataracte par extraction. — M. Panas. L'ophthalmologie, l'une des branches les plus délicates et les plus agissantes de la chirurgie, devait nécessairement profiter de l'introduction de l'antisepsie.

Pour atteindre la terre promise de la sécurité absolue dans les opérations de cataracte, il n'avait manqué jusqu'ici qu'un seul facteur, la hardiesse d'étendre toujours et *partout* le champ de l'antisepsie post-opératoire jusque dans les cavités de l'œil, considérées comme le dernier refuge de l'agent pathogène venu de l'œil, ou introduit par les instruments.

Voici quels sont les principes qui doivent guider l'opérateur :

Faire usage d'un antiseptique sûr dans son action, en même temps que peu irritant. — M. Panas préfère à tout autre le biiodure d'hydrargyre en solution au 20 millième (solution ainsi préparée : eau distillée, 1 litre; biiodure d'hydrargyre, ,5 centigrammes; alcool à 90 degrés, 20 grammes);

Pousser le liquide antiseptique dans tous les recoins du champ opératoire; et pour cela, le lavage intra-oculaire est toujours de rigueur (ce lavage s'effectue dans le service de M. Panas au moyen d'un petit instrument spécial en verre et en caoutchouc, semblable au vulgaire pèse-gouttes);

Tailler un lambeau cornéen, irréprochable comme régularité, forme et grandeur;

Procéder le plus complètement possible à la *toilette* du champ pupillaire. Couches corticales du cristallin, sang, pigment irien, bulles d'air, tout doit sortir, quelle que soit la peine qu'on se donne pour atteindre ce but;

Faire contracter et réduire complètement l'iris avant de fermer l'œil opéré;

User du pansement antiseptique dans toute sa rigueur. — Dès que l'opération est terminée, M. Panas instille dans l'œil quelques gouttes d'ésérine et il introduit dans le cul-de-sac conjonctival de la pommade du même alcaloïde à base de vaseline. Puis il invite l'opéré à fermer doucement les yeux, et il recouvre chacun d'eux d'une rondelle de linge fin graissé avec une pommade au benzoate de mercure (1 gramme 1/2 de benzoate pour 100 grammes de cérat). Des rondelles sèches de coton hydrophile phéniquées sont ensuite superposées couche par couche et maintenues par quelques tours d'une bande légère de coton.

Le même pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, en se gardant bien d'ouvrir l'œil à moins de nécessité, pendant les trois ou quatre premiers jours.

Ainsi appliquée, l'antisepsie, en écartant la crainte de la suppuration de l'œil, a permis d'en revenir à la méthode française, c'est-à-dire à l'opération de kératomie simple, sans iridectomie.

C'est un réel progrès, car l'acuité visuelle des malades ainsi opérés est beaucoup plus parfaite, grâce à la conservation de la rondeur et de la mobilité de la pupille.

Les phénomènes d'obnubilation et les troubles optiques inhérents aux colobomes de l'iris se trouvent par là écartés. La formation d'une cataracte secondaire assez épaisse pour nécessiter une intervention chirurgicale devient une exception rare, et quant à l'enclavement de la capsule, si fréquent après l'opération de Græfe, il demeure à l'état de fait inconnu.

Si l'on ajoute que grâce au manque de réaction tant soit peu vive de l'œil, la guérison s'obtient habituellement dans le cours du premier septenaire qui suit l'opération, on n'aura plus rien à objecter à la méthode. Les traces de l'opération sont extrêmement peu apparentes.

L'astigmatisme post-opératoire mesuré à l'ophthalmomètre de

Javal est lui-même très réduit; et quant à l'acuité visuelle, prise chez un individu dont les deux yeux ont été opérés l'un avec iridectomie et l'autre sans iridectomie, elle est toujours supérieure pour celui qui n'a pas été iridectomisé.

Le temps n'est pas éloigné où les ophthalmologistes réserveront l'adjonction de l'iridectomie pour des cas particuliers, bien spécifiés, et où se fera de partout un retour aux saines doctrines opératoires qui ont précédé l'époque de Græfe et de son école.

COMMUNICATION

Remarques anthropologiques, médicales et démographiques. — M. Lagneau (voir le Premier-Paris).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXII

En 1830, la Société centrale d'agriculture de Paris inséra dans ses *Annales* une notice sur le froid de l'hiver 1829-1830, comparé à ceux de 1819-1820 et de 1788-1789. Dans ce travail, je faisais ressortir particulièrement les effets du froid sur les corps organisés et sur les objets de l'économie domestique. Les hivers précités sont les seuls qui, dans le cours d'un demi-siècle, aient fait époque dans les fastes météorologiques de nos contrées.

L'hiver de 1788-1789, observé très exactement par mon père, et l'hiver de 1829-1830 ont offert des rapports et des différences qu'il importe de signaler. Ces rapports sont :

1° L'époque de la première invasion du froid vers la mi-novembre ; 2° son accroissement progressif dans la dernière semaine de décembre; 3° la continuation du froid pendant la première quinzaine de janvier; 4° les effets généraux sur la végétation. Quant aux différences, les voici :

1° Le plus grand abaissement du thermomètre en 1788 fut —13° R., le 31 décembre; en 1830, —11°,5 R., le 15 janvier; 2° la première semaine de 1830 fut remarquable par un froid de —9°,5 R., tandis que, dans le même mois, en 1789, le mercure ne s'abaissa jamais à zéro; 3° durant l'hiver de 1788-1789, la neige fut très rare, tandis qu'elle fut abondante pendant l'hiver de 1829-1830, surtout lors des fortes gelées de février, ce qui modéra considérablement l'effet de ces gelées sur la végétation. La constitution frigorique en 1819-1820 se caractérisa par son invasion tardive, brusque et de courte durée. Du 9 au 14 janvier, maximum de froid,— 10°,5 R.; le 14 janvier le froid surprit la terre toute nue, c'est-à-dire dépourvue de neige.

Les froids si rigoureux et si prolongés de 1829-1830 furent précédés d'un passage d'oiseaux émigrants en nombre considérable, et dont l'habitat ou la patrie habituelle est vers les régions polaires : la *grande outarde*, Otis tarda, Lin.; la *cigogne noire*, Ardea nigra, Lin.; le *héron à aigrette*, Ardea egretta, Lin.; le *cygne à bec noir*, Anas cycnus, Gmelin, qui n'avait jamais été vu dans ce pays; l'*oie cendrée*, Anser cinereus, en prodigieuse quantité, etc. Ces oiseaux, les palmipèdes surtout, abandonnèrent la contrée avant les grands froids de février et continuèrent leur migration vers le Midi.

En 1830 comme en 1788-1789, notre petit fleuve l'Adour, dont le cours a presque la rapidité d'un torrent, fut assez congelé pour qu'on pût le traverser à pied dans quelques points. L'air glacial s'insinua tellement dans l'intérieur de nos appartements, que beaucoup de provisions de ménage, vin, vinaigre, viande, graisse, œufs, fruits, le pain même, se glacèrent complètement; la *méture*, pain de maïs de nos paysans, acquit une telle dureté par la gelée, qu'il fallait recourir à la hache pour la réduire en morceaux. L'urine elle-même se glaça. J'ai constaté dans mon journal médical de 1830 une mortalité exceptionnelle parmi les vieillards de toutes les conditions; le règne végétal subit l'influence la plus désastreuse du froid excessif.

Trois circonstances particulières méritent d'être signalées : 1° le froid du 18 novembre 1829, 6° R., surprit la végétation à une époque où, dans nos contrées, la sève n'est pas encore en repos ; 2° dans les premiers jours de février 1830, mois où la sève commence à se réveiller, l'abaissement du mercure à — 9°,5 R. dut être plus nuisible aux végétaux que le froid plus intense des jours précédents; 3° une assez grande quantité de neige recouvrait la terre, principalement au moment du froid de février, ce qui atténua incontestablement l'effet de celui-ci. Parmi les arbres qui furent le plus éprouvés, je citerai le *chêne ordinaire*, Quercus racemosa, Lam. Ce roi de nos arbres forestiers subit des éraillements dans les troncs les plus vigoureux; ces fentes longitudinales se produisaient avec un bruit éclatant qui résonnait au loin, accident qui, sans nuire à la croissance de l'arbre, était préjudiciable à la qualité du bois pour les constructions (bois gelé); le *chêne tauzin*, Quercus tozza, Pers., dont la patrie est restreinte au sud-ouest de la France ; il fut atteint par le froid de 1830, et épargné par celui de 1820. Un quinzième environ de ces arbres a péri jusque dans les racines, et cependant le bois de tauzin est plus dur, plus compact, que celui du chêne ordinaire ; le *chêne liège*, Quercus suber, Lam. ; un dixième des troncs précieux de cet arbre a péri en 1830 par — 11°,5 R., mais les racines ont été préservées; le *pin maritime*, Pinus maritima, Lam., qui peuple de ses immenses forêts nos grandes landes, a souffert notablement, puisqu'on a constaté, en 1830, une diminution de moitié de la récolte de résine; le *pin pignon*, Pinus pinea, Lin., a eu comme le précédent ses sommités gelées et ses pignons gâtés malgré leur coque dure et les écailles serrées des cônes; les *figuiers*, Ficus carica, L., furent mortellement atteints en 1830, tandis qu'un degré de moins en 1820 avait suffi pour les préserver. En 1788, ils avaient aussi été atteints, mais alors, comme en 1830, leurs racines repoussèrent; le *laurier ordinaire*, Laurus nobilis, L., dont les plantations en haie serrée sont d'une grande utilité pour protéger les habitations rurales contre le vent d'ouest, a offert la même tolérance pour le froid que le figuier; le *grenadier*, Punica granatum, L., fut atteint jusqu'aux racines; l'*amandier commun*, Amygdala communis, L., a été plus éprouvé sur les terrains forts et argileux que sur le sol léger et sableux de la plaine; le *cyprès*, Cupressus sempervirens, L., a présenté une tolérance variable; les *châtaigniers*, Fagus castanea, L., ont été peu éprouvés.

Parmi les arbustes ou arbrisseaux qui ont plus ou moins souffert du froid en 1830, je citerai la *vigne*, Vitis vitifera, L.; elle fut plus frappée en 1788 qu'en 1830, et à peu près indemne en 1820. En 1830, la récolte du vin fut de moitié moins forte que l'année précédente; le *myrte*, Myrtus communis, L., et le *laurier rose*, Nerion oleander, L., ont péri jusqu'aux racines dans nos jardins en 1830; l'*ajonc d'Europe*, Ulex europæus, fl. fr., *tuie gabarre*, ne résista pas aux — 9°,5 du 4 février 1830, qui l'atteignirent à l'époque habituelle de la floraison ; la *bruyère cendrée*, Erica cinerea, L., jolis sous-arbrisseaux excessivement abondants dans nos terrains incultes, ont, en 1830, péri complètement (tiges et racines) dans toutes les localités où ils garnissaient les crêtes des fossés ; le *rosier du Bengale*, Rosa bengalensis, Pers., et le *rosier multiflore*, Rosa multiflora, Thunb., qui sont très communs dans nos jardins, ont eu leurs tiges frappées en 1830, épargnées en 1820. Parmi les plantes proprement dites, le *lin* a eu ses tiges frappées de mort en 1830 comme en 1820, la récolte manqua presque complètement; le *froment* et le *seigle*, grâce au manteau de neige, n'ont souffert que dans un petit nombre de localités basses et humides. Nos plantes potagères furent pareillement préservées par la neige, tandis qu'en 1820 un degré moindre de froid les ayant surpris à nu suffit pour dévaster nos jardins ; le *yucca*, Yucca gloriosa, L., originaire de l'Amérique septentrionale, n'éprouva aucune atteinte des — 10°,5 de 1820, mesure de sa tolérance frigorifique, tandis qu'un degré

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1205.

de plus en 1830 nous a privés presque partout de ce bel ornement de nos jardins ; le *phormium*, ou lin de la Nouvelle-Zélande, plante textile que le premier j'importai, en 1806, dans ce pays, et qui s'y était multipliée dans divers jardins, après avoir bravé quatorze hivers en pleine terre, périt presque partout en 1820 et subit le même sort en 1830, sa tolérance normale ne pouvant dépasser — 8° à — 9° R. Les fleurs d'agrément, renoncules, anémones, etc., furent moissonnées dans les parterres, en 1830.

Dans cette même année 1830, le 23 mai, vers sept heures du soir, après une journée excessivement chaude avec tension électrique, on entendit le tonnerre à l'ouest de la ville, où des nuages noirs à couche blanche tranchée annonçaient l'approche de la grêle. On apprit bientôt que des grêlons de la grosseur de châtaignes avaient ravagé la campagne surtout dans la plaine de l'Adour, qui depuis cinquante ans n'avait jamais subi un pareil fléau. La saison était malheureusement au moment le plus délicat pour les céréales. Le maïs encore très jeune repoussa seul avec vigueur ; mais le 11 juillet suivant, une trombe avec de la grêle s'abattit dans la même direction et massacra le maïs en plusieurs endroits ; un jeune homme fut tué par la foudre dans la commune d'Aurice.

Le 7 janvier 1831, à huit heures du soir, on aperçut une aurore boréale au nord-ouest de la ville ; la lueur de ce météore igné était si vive, si étendue, que les objets éloignés se distinguaient très nettement. Aussi, beaucoup de personnes crurent à un incendie dans le lointain.

Le 14 juillet de la même année, vers trois heures de l'après-midi, tempête inopinée épouvantable, pluie torrentielle avec rafales tourbillonnantes, sorte de trombe qui, partie du golfe de Gascogne, suit la direction de l'ouest à l'est, dévastant toutes les campagnes de Bayonne, Dax, Saint-Sever, renversant les arbres, les parcs, les toitures, bouleversant les terres ; grêle désastreuse, vignobles complètement mutilés, céréales hachées, dix-huit communes atteintes dans l'arrondissement de Saint-Sever, seize dans celui de Dax.

Le 10 août 1831, je constatai avec toute la population, vers cinq heures du soir, un soleil phénoménal, blanc, rond comme une lune, c'est-à-dire à disque nu sans rayonnement, pouvant être regardé en face sans offense pour la vue. Une sorte de brume, très élevée, couvrait les couches supérieures de l'atmosphère et était sans doute la cause de cet aspect insolite de l'astre du jour. Vers six heures, le soleil était d'un blanc pâle ; on avait constaté une teinte bleuâtre sur tous les objets éclairés par le soleil. Le peuple, sous l'impression de la révolution récente, voyait là un soleil *populaire*, puisque tout le monde pouvait le regarder en face.

L'année 1832 fut remarquable par la continuité de la sécheresse ; depuis le 12 juin, précédé de deux jours de pluie, jusqu'au 4 novembre, il n'y eut de pluie que vers la mi-septembre, pendant quelques instants. Le maïs donna dans cette circonstance la preuve de sa tolérance pour la chaleur, surtout dans les terres fortes, argileuses de la Chalosse ; les vendanges furent abondantes et compensèrent la réduction des céréales ; des arbres, chênes, peupliers, moururent par suite de la sécheresse ; les puits et les citernes furent à sec ; l'ensemencement se fit sur une terre aussi sèche que la cendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 janvier 1886, M. Vigier, pharmacien à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

1. MM. Guillemain, Boulloche, Aviragnet, Parmentier, Legros, Guyon, Rénon, Luzet, Mlle Klumpke, M. de Bayle,

11. Daurios, Faure, Renault, Prost, Duchaine, Noguez, Mantel, Mathieu-Sicaud, Alcindor, Cocu,

21. Arbel, Glover, Cherbulier, Wallich, Arron, Barrié, Lafourcade, Héan, Fournier, Buscarlet,

31. Bonneau, Déhu, Bataille, Baillet, Hautecœur, Dusseaud, Gautier (Henri-Nicolas), Louis, Melchior-Robert, Michaut,

41. Mlle Edwards, MM. Dautigny, Legry, Riocreux, Bouquet, Regnault, Lion, Mariage, Lacavalerie, Chantre,

51. Goupil, Hannion, Lorentz, Ribierre, Boucher, Niclot, Gommier, Dutremblay, Gilis, Gauthier (Jean-Arthur),

61. Nivet, Lambert, Jaworowski, Bataille (Henri), Caussade, Conchon, Danjou, Luyt, Breton, Calbet,

71. Duchaussoy, Durand, Guitton, Lacombe, de Pasquier, Sallé, Triboulet, Weinstein, Meusnier, Pineau,

81. Puech, Rancurel, Robert, Calot, Bataillard, Mosny, Garnier, Ribet, Bardol, Martin (Paul-Aimé),

91. Malapert, Meugy, Turbure, Soutakis, Pécharman, Millet, Camescasse, Béchet, Appert, Lebon,

101. Hauser, Demétriade, Raoult, Bréda, Baumgarten, Willemin, Morin, Pilliet, Roche, Lavocat,

111. Cartier, Benoit, Turbian, Richerolle, Repin, Millard, Martin (Jean-Clément), Martin (Émile), Marage, Lucas,

121. Lesur, Leblond, Iman, Hélary, Ehrhardt, Dariex, Chipault, Cornet, Jacquinot, Gavilan,

131. Charrier, Coffin, Vercoustre, Stcherbertchoff, Soupault, Soudrille, Sabourand, Rossignol, Renaud, Pouloux,

141. Picot, Perinelle, Payrau, Merlin, Mercier, Lauth, Huguenin, Henry, Gaudard, Gasselin,

151. Gache, Digoy, Chaisse, Christen, Chapdelaine, Caryaphillis, Carpentier, Meneault, Laskine, Basset,

161. Dufour, Flaction, Guillot, d'Hotman de Villiers, Joliot, Lesieur, Loysel, Mandroux, Moity, Moussaud,

171. Mouton, Mugnerot, Poussard, Veillon, André, Archambault, Bourgogne, Chauveau, Delabrosse, Duclos,

181. Courtois-Suffit, Sorel, Rosenthal, Giraud, Auscher, Albesco, Chamozzi, Baggio, Pannetier (Louis-Jean-Baptiste), Roques,

191. Perruchet, Laporte, Dauvergne, Andrérey, Dentu, Cornet, Orrillard, Destrez, Clarot, Humblot,

201. Mlle Kirszenstein, MM. d'Hôtel, Furet, Augay de la Dure, Amarescu, Bobinet, Cantin, Martin (Louis), Lévêque, Schmitt,

211. Poirier, Mory, Szczypiorski, Gaumé, Larroussinie, Godivier, Tev-Zakhariantz, Agut, Rendon, Vinaver,

221. Tollemer, Ribel, Prévot, Paillotte, Lefèvre, Jamet, Couvreur, Falcoz, Bernard, Athanassio,

231. Gresset, Fouriaux, Doret, Bloch, Ythier, Targowla, Pannetier (Pierre-Marie), Barbarat, Gottschalk, Linon,

241. Florant, Artus, Pernel, Moralès, Brauman, Parisot, Mosès, Jacob, Ménard, Dacquet,

251. Thérémin, Planton, Oulié, Haralambie (Michel), Greiner, Gisclard, Breteau, Duma, Chesseret, Bourgarel,

261. Leguy, Grunberg, Gazard, Haralambie (Demètre), Maerle, Kocher, Duprat, Mlle Levine, MM. Handjian, Garrigue,

271. Trékaki, Pellissier, Narodetzki, Fontan, Dardel, Hue, Barthélemy, Frœhliger, Salmon, Petit (Henri-Charles),

281. Cagny, Besins, Doger-Speville, Foureur, Larger, Petit (Jean-Baptiste), Boularan.

— *Concours de l'agrégation.* — Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent, aux jours ci-après indiqués, pour la seconde épreuve :

Mercredi 23 décembre 1885, MM. Boinet et Dejérine : Le rein cardiaque ; — jeudi 24, MM. Lober et Weill : Maladie de Basedow ; — mardi 29, MM. Brissaud et Brousse : Complications thoraciques de la fièvre typhoïde ; — mercredi 30, MM. Parisot et Chauffard : Goutte articulaire aiguë ; — lundi 4 janvier 1886, MM. Colin et Balzer : Maladie de Parkinson.

— Dans la séance d'avant-hier lundi 4 janvier, M. le docteur Gosselin, membre de l'Institut, a été élu vice-président de l'Académie des sciences, pour l'année 1886, par 28 suffrages contre 23 donnés à M. Hervé-Mangon et 1 à M. Duchartre, sur 52 votants.

M. l'amiral Jurien de La Gravière, vice-président, a passé au fauteuil de la présidence.

— M. le professeur Vulpian, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de donner sa démission de médecin des hôpitaux de Paris. Il est remplacé provisoirement par M. le docteur Muselier, médecin du Bureau central.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — A la suite d'un brillant concours, ont été nommés : 1° Médecin adjoint, M. Bézy. — 2° Chirurgiens adjoints, MM. Dupin et Cadène.

— M. le docteur Legrand est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la troisième circonscription du XVe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Laisné, démissionnaire.

M. le docteur Destrem est nommé médecin-inspecteur de la cinquième circonscription, en remplacement de M. le docteur Mignot-Danton, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Baptiste Fourrier, de Serrouville (Meurthe-et-Moselle).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18847.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tétanos puerpéral.

Une femme de trente-quatre ans est entrée à l'hôpital de la Pitié dans le service de la clinique, pour un tétanos auquel elle a succombé au bout de cinq jours. Cette femme était bien constituée et de bonne santé habituelle, quoique appartenant à une famille diathésique (son père et sa mère sont morts phthisiques, son mari est mort phthisique, et elle-même s'est mise à tousser à cette époque ; enfin elle a perdu depuis un enfant de méningite tuberculeuse). Voici dans quelles conditions et à la suite de quelles circonstances s'est produite sa maladie :

Il y a trois mois, elle est devenue enceinte pour la quatrième fois. Sa grossesse suivait son cours régulier, sa santé continuait à être irréprochable, lorsque le 29 novembre, à la suite d'une émotion vive, elle fit une fausse couche dont les suites immédiates furent d'ailleurs très simples. Pendant les quatre premiers jours qui suivirent, il ne se passa rien d'anomal. Mais le cinquième jour, qui était le 4 décembre, dans la soirée elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus ouvrir la bouche qu'avec une grande difficulté. Dès le lendemain, ce n'était plus une difficulté seulement qu'elle éprouvait, mais une impossibilité absolue d'ouvrir la bouche. En même temps elle éprouva une certaine raideur dans le dos, et sa respiration exigeait un plus grand effort musculaire que d'habitude.

Entrée à l'hôpital deux jours après, le 6 décembre, on lui administra immédiatement du chloral.

Le lendemain, malgré la médication chloralée, le trismus avait encore augmenté ; il n'y avait pas trace de rigidité des muscles du cou, mais les muscles sacro-lombaires et les muscles droits de l'abdomen étaient fortement contracturés, et ces derniers surtout étaient le siège de douleurs extrêmement violentes. Sa température, qui à son entrée était de 37°,5, monta ce jour-là à 38°,5. La contracture tétanique présentait les caractères suivants : les muscles étaient dans un état de rigidité permanente, uniforme. Mais à cet état venaient s'ajouter par moments des spasmes qui portaient au maximum la contracture et les douleurs, au point qu'on pouvait craindre de voir survenir la rupture des muscles, comme cela a eu lieu quelquefois. Quand ces spasmes surviennent, ils ne produisent pas seulement cette élévation au maximum de la contracture et de la douleur, mais ils provoquent l'extension de la contracture à d'autres muscles qui n'en avaient pas été atteints jusque-là.

Ces caractères de la contracture étaient tellement nets, surtout pendant les périodes de spasmes, qu'il n'y avait pas à hésiter un instant pour le diagnostic du tétanos. Sans cela on aurait peut être pu se demander, vu les antécédents de la famille, si l'on n'avait pas affaire à une méningite tuberculeuse.

On ne constatait rien de particulier, d'ailleurs, dans les viscères, aucun symptôme cérébral, pas de vomissements, rien de notable du côté du cœur.

L'administration du chloral fut continuée par la bouche et en lavement ; elle a été élevée jusqu'à la dose de 13 grammes.

Le jour suivant, 8 décembre, la malade semblait aller un peu mieux ; il y avait un certain degré de détente qui faisait concevoir un peu d'espoir. Le chloral est continué, à doses croissantes.

Mais cette lueur d'espérance ne fut pas de longue durée ; le 9, la température s'éleva de nouveau : de 38 degrés elle monta à 39 ; la contracture tétanique s'étendit aux muscles du tronc et des membres inférieurs. La malade, soulevée, restait rigide dans l'attitude qui lui était imprimée ; cependant le diaphragme fonctionnait encore.

Le 10, elle succomba à quatre heures du matin, cinq jours et demi après le début des accidents.

La première question que soulève ce fait est celle de l'étiologie. Quelle a été ici la cause du tétanos ? M. Jaccoud n'hésite pas à l'attribuer à la plaie utérine qu'a laissée à sa suite la fausse couche. Ce tétanos rentrerait ainsi dans la catégorie des tétanos traumatiques. L'influence des traumatismes des organes génitaux ne lui paraît pas avoir pris en étiologie la place qu'elle mérite. Quand on analyse à ce point de vue les observations nombreuses consignées dans les annales de la science, on voit, en effet, que les lésions des organes génitaux occupent le troisième rang dans l'ordre des influences étiologiques, le premier appartenant aux traumatismes des extrémités, le deuxième aux plaies de la face. Un médecin de Calcutta, pays où le tétanos est très commun, comme on le sait, a observé 121 cas de tétanos traumatiques, dont 29 étaient dus à des suites de couches.

On sait qu'il en a été observé d'assez nombreux cas aussi à la suite d'opérations d'ovariotomie.

Comme symptômes, ce fait n'a rien présenté de particulier. On y retrouve les deux caractères communs du tétanos, la continuité de la contracture des muscles et les crampes paroxystiques produites sous l'influence de la moindre excitation : le léger attouchement, le fait seul de relever les couvertures, l'exposition passagère au froid, un souffle sur un point des téguments, suffisent souvent à provoquer ces spasmes, qui sont rarement spontanés.

La thermométrie a appris, ou plutôt confirmé une chose, c'est que l'hyperthermie est en rapport avec la contraction tonique ; elle est proportionnelle à l'intensité de cette contraction et à la fréquence des spasmes.

La marche la plus ordinaire de la maladie est continue ; elle s'aggrave le plus habituellement d'une manière incessante, sans rémission. Parfois elle enlève les malades en quelques heures. Mais dans certaines circonstances, sa marche est rémittente ; on a observé quelquefois des rémissions durant un jour entier. Dans ces cas, la maladie peut durer deux, trois, quatre et cinq semaines. Le pronostic, dans ces cas-là, est moins grave que lorsque l'affection est continue.

Quant aux lésions anatomiques, le fait dont il vient d'être question ne fait que confirmer les résultats négatifs constatés jusqu'à présent. L'examen le plus minutieux de tout le système nerveux n'a rien fait trouver d'anomal.

M. Jaccoud a saisi cette occasion pour faire connaître une variété de tétanos qui a été signalée dans ces dernières années par Edmond Rose, et qui a été observée plus particulièrement à la suite de plaies de tête légères. Ce tétanos commence comme les autres, par le trismus. Le caractère particulier qui le distingue est une paralysie faciale du côté de la blessure, paralysie qui imite tout à fait la paralysie faciale périphérique. Cette association de la paralysie faciale avec le trismus est une surprise, — on pourrait l'appeler un paradoxe pathologique.

Un autre caractère de cette variété de tétanos est le spasme pharyngien, entraînant l'impossibilité de la déglutition, alors que le trismus des mâchoires ne s'y opposerait pas déjà par lui-même ; — ce qui a fait désigner par Rose cette variété sous le nom de tétanos hydrophobique.

Depuis quatre ou cinq ans que cette variété a été signalée, le nombre des observations connues jusqu'aujourd'hui s'élève à 15. Dans quelques-uns de ces cas, indépendamment de cette paralysie faciale, on a observé une parésie du trijumeau des deux côtes. Mais de ces divers phénomènes, la paralysie faciale est le plus constant.

Il est utile que les médecins soient informés de l'existence de cette variété de tétanos, qui, faute de leur avoir été signalée, pourrait susciter dans leur esprit de grandes difficultés de diagnostic.

— Un mot seulement à propos du traitement. Le chloral donné dès le début et continué pendant toute la durée de la maladie est resté inefficace. Il a réussi cependant quelquefois, et c'est, sans contredit, de tous les agents de la thérapeutique opposés au tétanos, celui qui a eu la plus grande proportion de succès. On se rappellera, sans doute, que dans un rapport sur l'observation de M. Cauchon (de Rouen) d'un cas de tétanos traumatique traité et guéri par le chloral à hautes doses, M. Verneuil constatait cinq cas de succès par l'emploi de ce moyen administré conformément aux trois principes suivants, qui font la base du traitement qu'il a institué : agir vite par le chloral à hautes doses, isoler le malade dans le silence le plus complet et l'obscurité la plus profonde, éviter le moindre attouchement, ne donner que des aliments liquides, envelopper complètement le malade dans la ouate, de façon à avoir une température constante.

Aurait-on eu plus de chances de succès, dans ce cas-ci, avec d'autres moyens prônés à tour de rôle, tels que le chloroforme, la morphine, le curare, le jaborandi ou la pilocarpine? Tous ces moyens ont donné des succès, mais les revers ont toujours été plus nombreux.

Nous nous rappelons avoir obtenu avec le chloroforme en inhalation des rémissions très nettes dans un cas de tétanos spontané, mais, nonobstant l'espérance que ces rémissions nous avaient fait concevoir, l'issue n'en a pas moins fini par être fatale. Le chloroforme a, d'ailleurs, un danger dans ces conditions, c'est d'augmenter la disposition à l'asphyxie, et cette considération a suffi pour le faire écarter dans le cas présent. Wunderlick aurait obtenu, d'après M. Jaccoud, un succès dans un cas de tétanos rhumatismal ou *a frigore* par l'usage de la pilocarpine continuée pendant plusieurs semaines. On sait qu'en général, quels que soient les moyens employés, les succès sont plus faciles et plus nombreux dans les cas de tétanos spontané que dans le tétanos traumatique. On ne peut donc conclure rigoureusement des uns aux autres.

De l'ostéomyélite épiphysaire de l'adolescence.

Dans ces dernières années les maladies d'évolution ont particulièrement fixé l'attention des médecins et surtout celle des chirurgiens. Le professeur Gosselin insistait beaucoup dans ses leçons cliniques de la Charité, comme peuvent s'en souvenir ses anciens élèves, sur l'ostéite épiphysaire aiguë de l'adolescence, qu'il avait signalée et décrite l'un des premiers, dans un mémoire resté célèbre. La *Gazette des hôpitaux* a publié, en 1871, un très remarquable travail du docteur Sézary sur les ostéites de l'adolescence, dont les principaux éléments avaient été puisés dans les services chirurgicaux de MM. Ollier et Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Plusieurs thèses sur ce même sujet datent de cette époque. Enfin tout le monde connaît les belles études de M. Lannelongue sur ce sujet, qui ont donné lieu aux importantes discussions de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie en 1878 et 1879. A mesure que l'observation s'appliquait de plus près sur cet ordre de faits, le champ de la question s'élargissait et embrassait dans une conception commune un plus grand nombre de cas en apparence divers.

C'est ainsi que, pendant que M. Bouilly, dans des mémoires et articles récents, émettait l'opinion qu'il peut y avoir chez les jeunes sujets des fièvres (fièvres de croissance) qui reconnaissent pour cause des poussées congestives au voisinage des articulations, et que ces poussées peuvent aussi être parfois apyrétiques et ne se traduire que par la douleur et l'accroissement de la taille, M. Legroux prenait pour sujet de ses leçons, à l'hôpital Laënnec, les maladies d'évolution. Dans celles-ci il faisait une large place, parmi les maladies préparées par la suractivité fonctionnelle spéciale à l'évolution de tel ou tel système, à celles qui se rapportent au système osseux : douleurs de croissance, tarsalgie, genu valgum, périostite phlegmoneuse diffuse, etc., etc. (Voir

Gazette des hôpitaux des 29 janvier et 2 février 1884.)

Mais revenons à notre sujet. Dans l'un des mémoires que nous venons de mentionner, M. Bouilly a distingué deux ordres de faits procédant de la même influence : les uns dans lesquels l'évolution est rapide, terminée en quelques jours par la mort ou par une nécrose aiguë de l'os (ostéomyélite diffuse, typhus des membres de Chassaignac); les autres, à marche lente et essentiellement chronique, succédant à la chute des phénomènes inflammatoires du début ou s'établissant d'emblée.

Au premier ordre de faits appartient cette ostéomyélite, si complètement décrite par M. Lannelongue, qui, née sous l'influence du travail de développement des os, procédant tantôt avec une sourde lenteur, parcourant d'une manière latente des étapes d'une durée infinie, d'autres fois ayant des allures irrégulières, marchant par poussées inflammatoires saccadées, aboutit à une suppuration généralement circonscrite aux extrémités osseuses, ou bien à des nécroses plus ou moins étendues, avec séquestres invaginés, qui ne se terminent parfois qu'à de très longues distances par l'ostéite condensante ou par la raréfaction du tissu osseux.

C'est au second ordre de faits qu'appartiennent la plupart des observations de M. Gosselin, ainsi que celles qui se sont produites en assez grand nombre depuis deux ou trois ans dans le service de son successeur, le professeur Trélat, qui ne laisse pas échapper non plus l'occasion d'en entretenir ses élèves.

Voici un de ces faits, le plus récent et qui n'est peut-être pas le moins curieux, dont M. Trélat nous a entretenus dans l'une de ses dernières leçons.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, agriculteur, n'ayant aucun antécédent pathologique, ni héréditaire ; bien portant jusque-là; lorsqu'il y a un an, étant venu à Paris, il vit sans aucune cause appréciable, son genou gauche se gonfler, sans y éprouver d'ailleurs la moindre douleur. Ce gonflement du genou fut suivi, très peu de temps après, d'un gonflement semblable, et également sans douleur, du coude du même côté. Les choses restèrent ainsi pendant un an. Au bout de ce temps-là, la cuisse du côté gauche (côté malade) s'était un peu atrophiée, le genou était déformé par un gonflement général globuleux assez uniforme, sans changement de coloration de la peau; on y percevait une fluctuation vague. En cherchant à déterminer la mobilité de la rotule, il semblait qu'il y eût comme un coussin sur lequel elle reposait, il n'y avait point de choc, et la compression, en déplaçant le liquide, produisait une sorte de frémissement, de frou-frou, qui faisait présumer que le liquide épanché n'était point homogène, qu'il était grumeleux.

Les mouvements de la jambe sur la cuisse étaient possibles, mais un peu limités, dans le sens de la flexion surtout. L'exploration ne donnait lieu, d'ailleurs, à aucune douleur.

Dans le bras, tous les mouvements étaient incomplets, gênés. Le coude était un peu gros, déformé, bosselé en avant et en dehors.

Pour M. Trélat, ce malade présente un de ces exemples intéressants d'arthrites multiples ostéogéniques ou épiphysaires, chroniques, indolentes, à marche sourde et lente, sans retentissement aucun sur l'ensemble de l'économie et présentant ce contraste frappant entre la déformation des articulations et la gêne des mouvements d'une part, et, de l'autre, l'absence de toute douleur.

Parmi les faits assez nombreux d'arthrites qui ont été observés dans le service pendant le cours de l'année dernière, deux offraient à peu près les mêmes caractères que ceux que vient de nous présenter ce malade, avec la même marche insidieuse et sous une forme subaiguë.

L'un d'eux était un jeune garçon de seize ans, entré dans les salles pour un gonflement du pied, avec tuméfaction de la partie inférieure de la jambe. Après quelques hésitations pour le diagnostic entre une tumeur kystique, un sarcome ou une ostéomyélite, M. Trélat se prononça pour cette dernière affection. Une incision ayant mis à nu le péroné, donna la justification du diagnostic en montrant que cet os était effectivement le siège d'une ostéomyélite, en même temps qu'elle fournit l'indication de l'opération qui fut exécutée.

Le deuxième malade était un jeune homme de dix-neuf ans, qui, à la suite d'une chute sur l'épaule, s'était aperçu, au bout de quelque temps, que cette articulation se roidissait de plus en plus.

Un premier abcès se forma entre le trapèze et la clavicule, traversant probablement l'articulation ; d'autres abcès survinrent à la suite, dans les parties voisines, laissant après eux des trajets fistuleux persistants en cul-de-sac. Après plusieurs examens, M. Trélat ayant mis à découvert par une incision la tête humérale, siège d'une ostéomyélite, en pratiqua la résection.

Chez ces deux sujets, les lésions osseuses épiphysaires s'accompagnaient d'un certain degré d'atrophie des muscles voisins des articulations malades. Les deux opérés sont sortis de l'hôpital en voie de guérison.

Les cas de ce genre, en général, ne présentent pas une très grande gravité au point de vue du pronostic. Ils finissent presque toujours par guérir, mais en laissant quelques traces des anciennes déformations, et leur guérison exige un temps très long, quatre, cinq, six mois, et plus quelquefois.

Dans le cas actuel, M. Trélat se propose d'attendre du temps et du repos que les accidents inflammatoires soient calmés, après quoi le membre sera immobilisé et placé dans un appareil ouaté et compressif, après, toutefois, qu'on aura donné, s'il y a lieu, issue au liquide contenu dans l'articulation.

Rôle des microbes dans l'ostéomyélite.

Nous avons dit qu'à côté des faits de ce genre venaient se placer comme ayant une origine commune, les faits beaucoup plus graves et le plus souvent mortels d'ostéomyélite infectieuse, ou typhus des membres. C'est pour ces derniers cas qu'on a fait intervenir récemment le rôle de l'influence microbienne.

D'après MM. Cornil et Babès, l'ostéomyélite serait une des affections dont l'origine bactérienne serait des mieux établies. Dans une de ses communications à l'Académie des sciences, M. Pasteur a dit avoir trouvé dans le pus retiré d'un os par M. Lannelongue, chez un de ses petits malades de l'hôpital Trousseau, les micro-organismes isolés ou associés par deux ou en petits amas, qu'il a regardés comme étant les mêmes que ceux du furoncle. Il en a conclu que l'ostéomyélite était une sorte de furonculose osseuse. Cette description a été vérifiée depuis par plusieurs observateurs, notamment par Ogston, qui l'a décrit comme un staphylococcus; par Rosenbach qui, à l'aide de cultures sur des mi-

lieux solides, a vu à peu près constamment se développer le staphylococcus pyogenus aureus.

Les expériences pratiquées chez les animaux avec le pus de l'ostéomyélite ont donné les mêmes résultats qu'avec l'injection d'une culture pure de staphylococcus aureus.

Becker, au rapport des mêmes auteurs, a obtenu des résultats analogues, soit par les cultures, soit par des injections dans différents tissus et organes et dans le sang.

Enfin, M. Peyrond, dans une étude expérimentale sur l'ostéomyélite infectieuse, insérée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* d'octobre 1884, s'est proposé de montrer que le microbe de l'ostéo-myélite était avant tout un générateur d'ostéite.

« Ces travaux, tout à fait concordants sur l'ostéomyélite établissent, disent MM. Cornil et Babès, qu'elle est causée par un micro-organisme constant, facile à obtenir à l'état de pureté, car il est presque constamment le seul microbe contenu dans le pus de l'ostéomyélite au moment où l'on fait l'ouverture de l'abcès sous-périostique ou osseux par la trépanation. Les microbes obtenus par une série de générations, qu'on peut renouveler successivement pendant un an dans des milieux de culture, donnent aux animaux une maladie tout à fait comparable à l'ostéomyélite de l'homme. Il n'y a pas de maladie parasitaire mieux déterminée. » (*Les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses.* Paris, 1885.)

THÉRAPEUTIQUE

De la forme du médicament.

Par M. le docteur Delmis.

De tous les médicaments qui, journellement, sont soumis à notre appréciation, il en est qui nous intéressent surtout par la nouveauté du principe; d'autres ne font que mettre, sous une forme plus ou moins heureuse, à notre disposition une substance connue. Cette forme n'est pas, en effet, chose peu sérieuse à considérer. Tel médicament est accepté ou repoussé par le malade, bien souvent à cause de la forme sous laquelle on le lui présente. On sait la répugnance invincible de certains malades pour les corps gras ou huileux, et sans les subterfuges que nous offre la pharmacie, bien des malades se refuseraient obstinément à prendre, par exemple, l'huile de ricin.

Ces réflexions sur les services que la forme pharmaceutique nous rend chaque jour nous sont inspirées par l'étude d'un produit qu'un honorable pharmacien de Privas, M. Margier, a soumis à notre examen.

Il s'agit d'une préparation au quinquina que son auteur nous présente sous la forme d'un bonbon, et désigne sous le nom de *Quina-Bonbon*.

Peu de substances sont plus employées que le quinquina, et, des diverses formes sous lesquelles on le peut administrer, une des plus vulgaires est certainement le vin de quinquina. Depuis qu'il existe, on sait avec quelle profusion il a été versé aux malades. Mais une petite réaction s'est produite contre lui; on s'est demandé si le quinquina jouait le rôle principal dans ce médicament; si l'alcool ne dominait pas au point de vue de l'action thérapeutique. Partant de là on a recherché s'il était bien prudent de l'administrer habituellement aux enfants et si, par ces temps d'alcoolisme, il n'y avait pas à redouter, pour des enfants, l'accoutumance à l'alcool, même déguisé, même relevé par l'association du quinquina.

Nous avouons que, pour notre part, nous avons vu l'usage trop prolongé du vin de quinquina développer chez l'enfant un goût prématuré pour l'alcool. Le vin de table ordinaire devenait peu à peu trop faible au goût du jeune malade, et cette sensation se traduisait par la quantité d'eau de plus en plus faible qu'il ajoutait à son vin. Sans vouloir l'exagérer, il y a là un avertissement qui ne doit pas échapper au médecin, et nous estimons qu'il faut user avec la plus grande discrétion du vin de quinquina pour les enfants. La forme en était agréable; il la faut remplacer par une autre forme agréable; et c'est alors que nous comprenons le service que peut rendre le Quina-Bonbon de M. Margier.

Sucre et cacao, quinquina jaune et diastase, tels sont les éléments qui entrent dans la composition du bonbon. Les proportions en sont calculées de manière que chaque bonbon représente le petit verre de quinquina traditionnel.

Et maintenant, l'enfant accepte-t-il bien cette forme nouvelle? Avant d'en parler, nous avons voulu en faire l'essai et nous avons vu tous les enfants, soumis à ce traitement, prendre avec le plus grand plaisir le Quina-Bonbon et en tirer tout le bénéfice ordinaire du vin de quinquina.

Nous pensons donc que cette forme nouvelle est à recommander.

Bonne pour le quinquina, la forme bonbon pouvait facilement s'appliquer à bien d'autres substances; M. Margier a déjà donné sous cette forme, et le fer magnétique et un vermifuge. Mais nous avons aujourd'hui voulu attirer simplement l'attention sur le bénéfice que le médecin peut tirer de la forme « bonbon » dans le traitement des enfants malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATION

Polype fibro-muqueux de l'amygdale. — **M. NEPVEU** fait un rapport sur une communication de M. Masse.

Il s'agit d'un polype qui s'insérait par un pédicule à la partie supérieure de l'amygdale gauche. Ce polype descendait jusqu'à l'épiglotte et provoquait des accès de toux par ses oscillations.

M. Masse, après avoir fait gargariser le malade avec une solution à la cocaïne, saisit ce polype avec des pinces et l'extirpa facilement.

L'examen pratiqué par M. Coyne a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse dont la structure ne rappelait en rien la structure adénoïde de l'amygdale et qui probablement s'était développée aux dépens du chorion muqueux de la région.

Des pseudarthroses. — **M. BERGER** présente les pièces relatives à une pseudarthrose ancienne chez un homme de cinquante-sept ans et consécutive à une fracture de jambe à l'âge de neuf mois.

Il existe à son niveau une véritable néarthrose; on trouve à la surface des extrémités osseuses, non un véritable revêtement cartilagineux, mais un bourgeonnement semblable à celui qui s'observe dans certaines variétés d'arthrite sèche et entouré d'un anneau périostique épaissi.

Le fragment supérieur est un peu effilé et entre comme dans une capsule formée par le fragment inférieur.

Les articulations voisines sont intactes, les muscles ont conservé leur volume et leur aspect normal.

Au-devant de la néarthrose, les tendons glissent dans des coulisses synoviales faciles à reconnaître. Du côté des orteils, on observait une sorte d'asphyxie locale, et l'extrémité tout entière était le siège d'un arrêt de développement. Alors que le pied sain mesurait en longueur 24 centimètres, le pied du côté malade ne présentait que 18 centimètres.

D'ailleurs, au-dessus de la fracture on pouvait également observer des différences notables. La rotule du côté malade et le bassin présentaient une atrophie manifeste.

Enfin le sujet offrait une scoliose à convexité tournée du côté atrophié.

M. TRÉLAT, en présence d'une fracture produite à un âge où la consolidation est la règle, se demande si l'on ne pourrait pas invoquer une atrophie spéciale pour expliquer des lésions atrophiques qui semblent hors de proportion avec la non-consolidation.

M. DUPLAY pense en effet qu'il aurait fallu examiner l'état de la moelle.

M. BERGER apportera à la Société le résultat de l'examen de la moelle, mais il fait observer qu'il n'y avait pas de signes de paralysie.

ÉLECTION

M. Kirmisson est élu membre titulaire.

La séance est levée.

Séance du 6 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Laparotomies. — M. BERGER fait un rapport sur une communication de M. Jeannel, relative à quatre observations de laparotomies, dont deux ont été suivies de succès. Voici le résumé de ces quatre observations :

1re Obs. — Femme de trente ans, n'ayant jamais présenté aucun trouble du côté des organes génitaux, ayant vu depuis un an une tumeur volumineuse se développer du côté droit du ventre, tumeur régulière, fluctuante, indépendante de l'utérus, offrant, en un mot, tous les caractères des kystes ovariques. M. Jeannel pratiqua l'ovariotomie. La malade guérit, mais elle présenta immédiatement après l'opération des accidents assez graves, des phénomènes d'obstruction, arrêt des gaz, vomissements, voire même des vomissements fécaloïdes. Puis le cours des matières se rétablit, et, un mois après l'opération, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie.

M. Jeannel attribue ces accidents à ce qu'il appelle du péritonisme.

M. Berger est plus disposé à admettre une obstruction mécanique.

2e Obs. — Femme de quarante-sept ans, atteinte d'une tumeur dans le côté droit du ventre, tumeur volumineuse s'étant développée rapidement. Dans le cours de l'opération, on s'aperçoit que cette tumeur, adhérente au cæcum, s'est développée entre les deux feuillets du ligament large. Il s'agissait, en effet, d'un myôme ayant dédoublé le ligament large. Cette tumeur était énorme et pesait 7 kilogrammes 200 grammes. La malade a très bien guéri.

3e Obs. — Il s'agit ici d'une erreur de diagnostic, extirpation chez une femme de trente-trois ans, d'un énorme carcinome de l'intestin grêle pris pour une tumeur ovarienne, perte de substance de l'intestin, suture de celui-ci à la paroi abdominale, constitution d'un anus artificiel, morte de péritonite généralisée. A l'autopsie, on reconnaît que la tumeur s'était généralisée au foie, à l'épiploon, au péritoine. M. Berger, dans ce cas, aurait préféré recourir à une résection de l'intestin et à l'entérorrhaphie, avec ou sans fistule.

4e Obs. — Femme de cinquante-sept ans, portant depuis deux ans une tumeur volumineuse avec une ascite considérable ; incision exploratrice ; on reconnaît un cancer des ganglions mésentériques, on referme le ventre ; mort en vingt-quatre heures.

Ce fait prouve au moins que les incisions exploratrices peuvent être suivies d'accidents très graves.

M. BOUILLY croit que les accidents constatés à la suite de l'opération dans la première observation de M. Jeannel sont bien des accidents d'obstruction intestinale. Ces complications peuvent survenir très longtemps après certaines opérations de gastrotomie. C'est ainsi qu'une de ses malades qui avait subi une ovariotomie double et qui avait bien guéri en l'espace de quelques jours, fut prise deux ans après de phénomènes d'étranglement interne auxquels elle succomba.

M. TERRIER rappelle qu'on attribue ces accidents d'étranglement à la réduction du pédicule. Mais il n'y a, selon lui, rien de comparable dans l'observation de M. Jeannel ; il s'agit là d'une ovariotomie difficile qui a été suivie de péritonite et non de phénomènes d'obstruction.

M. DUPLAY croit également qu'il y a eu du péritonisme dans le cas de M. Jeannel, mais il y a d'autres cas où l'on constate, et souvent très longtemps après l'opération, de véritables étranglements internes.

M. BERGER rappelle à MM. Terrier et Duplay que la malade de M. Jeannel a eu des vomissements fécaloïdes, ce qui est bien un signe d'obstruction et non de péritonite.

Hystérectomie vaginale. — M. TERRIER communique une troisième observation d'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale pour un épithélioma bien limité au col et suivie de guérison.

M. TILLAUX déclare être moins disposé à pratiquer cette opération depuis qu'il a vu succomber, sept mois après l'opération, la jeune femme de vingt ans dont il a rapporté l'histoire. Cette jeune femme sortit en apparence dans les meilleures conditions possibles, tant en raison de son état général excellent qu'en raison des limites très circonscrites de la lésion. Après six semaines, il y eut une récidive locale dans les lèvres de la plaie vaginale, et peu de temps après elle succombait dans une cachexie épouvantable. Aussi, en pareil cas, M. Tillaux serait-il plutôt disposé à revenir à la section cunéiforme du col, opération infiniment moins grave que l'hystérectomie totale vaginale, et qui pourrait avoir autant de chances de mettre à l'abri des récidives.

M. VERNEUIL partage l'avis de M. Tillaux ; l'ablation partielle est aussi avantageuse quand la lésion est bien limitée au col. Dans les cas qui lui sont personnels, M. Verneuil a obtenu une moyenne de survie de vingt-deux à vingt-trois mois, sans faire courir de risques sérieux aux malades.

M. DESPRÉS dit que les faits de M. Terrier sont des faits exceptionnels, d'autres malades ont succombé ; c'est une opération extrêmement dangereuse, que l'ablation totale de l'utérus par le vagin, et qui ne pourra être jugée que quand il y aura un plus grand nombre de faits. Il faut aussi distinguer les différentes formes de cancers. Quand il s'agit de cancers ayant rongé une partie du col et se propageant à la muqueuse vaginale, il ne faut pas faire l'opération.

M. DUPLAY, qui se propose de pratiquer prochainement une hystérectomie vaginale, aura recours au procédé de Schreder, qui consiste à passer une première anse de fil à la partie inférieure du premier ligament large et à inciser au-dessus, de façon à pouvoir ensuite facilement faire basculer l'utérus.

M. POZZI fait observer que tous les utérus ne peuvent pas facilement basculer, et que le procédé de Schreder ne saurait être appliqué à tous les cas.

M. TERRIER, à propos du cas malheureux de M. Tillaux, fait observer que le cancer récidive généralement bien plus vite chez les jeunes femmes. Aux chirurgiens qui préfèrent les opérations partielles, il répond qu'il ne comprend pas qu'on n'applique pas à l'utérus les préceptes admis par tout le monde pour le sein, à savoir que lorsqu'il s'agit de cancer on n'opère jamais trop largement.

A ceux qui prétendent qu'il ne faut pas pratiquer cette opération, parce qu'il n'y a pas assez de faits, il répond qu'il lui paraît difficile d'avoir des faits autrement qu'en opérant. Enfin il s'agit d'une opération perfectible dont les résultats peuvent être avantageusement modifiés.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

6. M. SOTO. La névralgie utérine, ses dangers, son traitement. — 7. M. BÉAL. Étude sur une complication rare de la trachéotomie (médiastinite antérieure suppurée). — 8. M. CHAMBERT. Conservation des vibrations thoraciques dans les pleurésies avec épanchements. — 9. M. CHEVALLIER (Arthur). Traitement de la pustule maligne par les incisions au thermocautère. — 10. M. COLLIN (Eugène). Contribution à l'étude de la sclérodermie. — 11. M. MERCIER. Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis, et en particulier de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches. — 12. M. DUBRAC. Des températures morbides locales dans la colique hépatique. — 13. M. RIBAIL. Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale. Formes cliniques de l'urémie chronique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 janvier 1886, M. Goblet, député, est nommé ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

— Les obsèques de M. Dechambre ont eu lieu mercredi dernier à midi, comme nous l'avions annoncé. En tête du cortège marchaient le comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire* et une députation de l'Académie de médecine, auxquels s'étaient joints un grand nombre d'autres académiciens; de nombreux confrères et amis ou anciens clients de M. Dechambre suivaient. Les honneurs militaires ont été rendus à l'officier de la Légion d'honneur par une compagnie de ligne.

Au cimetière Montmartre, des discours ont été prononcés par M. J. Béclard, au nom de l'Académie de médecine; par M. Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux; par M. Lereboullet, au nom du comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire;* par un compatriote de M. Dechambre, au nom de ses amis, et par M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

— *Hôpital civil de Versailles.* — MM. les docteurs de Vauréal et Laurent sont nommés membres titulaires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Borel est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Mergier, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de physique.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — Un congé d'inactivité est accordé à M. Dufour, préparateur.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Gourret, docteur ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé maître de conférences de zoologie, en remplacement de M. Charbonnel-Salle, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Moynier, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Bousquet est institué suppléant des chaires de pathologie et de chimie chirurgicales et obstétricales.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Deroye est maintenu dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, jusqu'à la fin du concours ouvert pour pourvoir à cet emploi.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Chédevergne, professeur de clinique externe, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Deschamps, licencié ès sciences physiques, est chargé du cours de physique.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Lamic, pharmacien supérieur de première classe, chargé du cours d'histoire naturelle médicale, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale.

— *École de médecine de Tours.* — M. Danner, professeur de physiologie, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— Le lundi 15 novembre 1886, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, du 1er au 27 février 1885.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 10 janvier 1886, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne.

Il traitera de la folie circulaire.

— M. le docteur A. Després, chirurgien à l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 13 janvier et les continuera les mercredis de chaque semaine, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8° raisin de 1700 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* — Prix : 27 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (tome II), 1884-1885, par S. JACCOUD, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°, avec 36 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Manuel de gynécologie, par les docteurs HART et BARBOUR, ouvrage traduit sur la deuxième édition, par le docteur CROUZAT, avec une préface du docteur P. BUDIN. 1 vol. in-8° avec 400 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 14 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le mécanisme des osselets de l'oreille et de la membrane du tympan, par le professeur HELMHOLTZ, traduit par le docteur RATTEL. In-8° avec 12 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Diabète sucré ou névrose assimilatrice du foie, exposé théorique, traitement alimentaire, physique et moral, par M. le docteur G. ESBACH, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Hygiène pratique du vêtement, choix du vêtement pour éviter les maladies, par le docteur H. DIBOT. — In-8°. — — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Du mal perforant, par le docteur FAUCHON-COURTY. — 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate avec résection de la clavicule dans les cas d'arrachement du membre supérieur, par le docteur Henri TRÉVELOT. In-8° avec figures. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Au Tonkin, par le docteur CHALLAN DE BELVAL. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Biographie de François Stiévenart, chirurgien-oculiste à Mons, par le docteur A. DASTOT, chirurgien honoraire de l'Institut ophthalmologique du Hainaut. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Mons, Hector Manceaux.

Notes et observation sur l'épidémie cholérique à Toulon en 1884, par le docteur F. GENDRON. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18860.

N° 5. — MARDI 12 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 12 JANVIER 1886. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Segond.

Carcinome du sein avec retentissement ganglionnaire dans l'aisselle.

La malade, que je vais avoir à opérer tout à l'heure pour une tumeur du sein, est une femme de soixante et onze ans, qui présente, au point de vue de l'hérédité, les antécédents suivants : son père est mort à quatre-vingts ans, elle ne sait pas trop de quoi, en tous cas il ne semble pas que ce soit d'une tumeur cancéreuse. Sa mère est morte d'une tumeur de l'intestin pour laquelle elle a été traitée pendant onze mois seulement, de sorte qu'il paraît bien *probable,* d'après les renseignements qu'elle nous donne à ce sujet, qu'il s'agissait de quelque cancer de l'intestin. Elle a eu deux frères : l'un est mort d'une affection de poitrine à dix-neuf ans ; passons. L'autre a succombé à un cancer de l'estomac. Soit donc, en somme, deux cancéreux parmi ses plus proches parents : sa mère et l'un de ses frères.

Quant à elle-même, voici son histoire : elle s'est toujours très bien portée, et pour toute maladie elle a eu à l'âge de dix-neuf ans — elle en a, je le répète, aujourd'hui soixante et onze — un abcès du sein, accident, bien entendu, sans aucune relation avec ce qui nous occupe chez elle actuellement. Elle a donné le jour à dix enfants, sur lesquels huit vivent encore et sont bien portants. Voilà pour le passé.

Il y a dix-huit mois, elle a vu apparaître dans le sein droit, tout à fait à sa partie externe, une petite tumeur qui peu à peu s'est développée jusqu'au volume qu'elle présente actuellement. Trois mois plus tard, elle a senti deux petites boules dans l'aisselle. Enfin la tumeur a évolué et la peau a peu à peu changé de couleur.

Aujourd'hui donc, il existe à la partie externe du sein droit une tumeur de la grosseur d'une orange, adhérente à la peau, laquelle n'est pas encore ulcérée, mais seulement le siège d'une vascularité très accentuée. La tumeur est grenue, irrégulière, difficile à délimiter du tissu glandulaire ambiant, dure comme du tissu fibreux très dur, sans aucun point de ramollissement, mobile sur les parties profondes, par conséquent sans connexion *probable* avec les muscles sous-jacents. J'ajoute que cette tumeur n'a jamais donné lieu à aucun écoulement par le mamelon, mais qu'elle s'accompagne de la présence dans l'aisselle de deux ganglions mobiles, durs et volumineux ; l'un d'eux a la grosseur d'une noix.

Je ne discuterai pas ici la question du diagnostic ; dans le cas présent, celui-ci est des plus faciles après la description que je viens de faire de la tumeur : il s'agit bien, en effet, d'un carcinome du sein avec retentissement ganglionnaire.

Les tumeurs que l'on rencontre le plus fréquemment dans le sein sont au nombre de trois : l'adénome, l'épithéliome et le carcinome, ou mieux encore : les tumeurs bénignes, les tumeurs mixtes et les tumeurs malignes.

Les premières sont très exceptionnelles ; je pourrais vous citer cependant l'exemple d'une femme de quatre-vingt-quatre ans porteur, depuis l'âge de dix-huit ans, d'une de ces tumeurs du sein que Lisfranc avait voulu opérer, tandis que Velpeau se refusa sagement à y toucher.

Les tumeurs mixtes sont des tumeurs bien isolées de l'organe mammaire par une capsule fibreuse qui les circonscrit de toutes parts, bénignes pendant un laps de temps plus ou moins considérable, dix, douze, quinze ans et plus même parfois, c'est-à-dire jusqu'au moment où, par suite de leur évolution progressive, cette capsule fibreuse se rompt, le néoplasme envahit le voisinage et la tumeur devient ainsi une tumeur maligne, c'est-à-dire d'une gravité épouvantable. Aussi, dès que vous avez le moindre soupçon de malignité de ces tumeurs, faut-il les enlever aussitôt, sans le moindre retard.

Chez notre malade, le caractère malin est des plus évidents, ainsi que le démontrent l'apparition de très bonne heure des ganglions dans l'aisselle, les modifications survenues dans la peau, etc. Dans ces conditions, que devons-nous faire? Le problème n'est pas aussi facile qu'au premier abord on serait tenté de le croire. Ainsi des chirurgiens de valeur, surtout à l'étranger, déclarent ne pas vouloir intervenir, parce que, disent-ils, une opération est toujours très grave ; parce qu'elle tue 20 fois sur 100, et qu'elle est fatalement suivie, à brève échéance, de récidive ; enfin parce que les guérisons atteignent à peine le chiffre de 6 p. 100, et que les femmes opérées vivent moins longtemps que celles qu'on n'opère pas.

Heureusement, ces dires ne sont pas vrais, ou du moins ils sont fort exagérés, comme l'a prouvé M. Ch. Monod, dans

une de ses excellentes leçons cliniques de l'an dernier, leçon qui est bien plus un mémoire, et fort remarquable, qu'une simple leçon.

M. Monod a relevé 882 observations de tumeurs du sein opérées soit en France, soit à l'étranger, lesquelles ont été suivies de mort 15 fois seulement sur 100, au lieu de 20. Les récidives ont été très fréquentes. Pour ma part, jusqu'à présent, j'ai enlevé une dizaine de ces tumeurs et *une seule* jusqu'ici n'a pas encore récidivé. Je parle, bien entendu, des tumeurs malignes. Le chiffre des guérisons lui-même aussi a été plus élevé qu'on le croit généralement, puisqu'il a éténon pas de 6 p. 100 comme on l'avait prétendu, mais bien de 10 p. 100. Enfin l'opération, loin d'avoir abrégé la durée de la vie des malades, a donné, au contraire, une survie d'un tiers.

En résumé, ce qu'il importe de retenir, c'est que si l'opération est grave, elle peut être aussi suivie de guérison dans un certain nombre de cas, mais aux trois conditions, pour le chirurgien, d'opérer de bonne heure, d'opérer largement et d'être propre.

Il est aussi une question de premier ordre, c'est de bien étudier et d'une façon très précise les indications et les contre-indications. Ces contre-indications sont tirées de trois points : 1° de l'ensemble du malade ; 2° de la nature de la tumeur ; 3° de l'extension de la tumeur.

En effet, pour l'ensemble du malade, il faut analyser chaque cas en particulier, bien établir l'état des viscères, s'assurer qu'aucun d'eux ne présente de lésion sérieuse, étudier l'état général du malade, etc., enfin tenir compte de ses années. Une règle générale est de ne pas toucher aux tumeurs du sein chez des femmes âgées de plus de soixante-cinq à soixante-dix ans. Mais, me direz-vous, pourquoi allez-vous opérer cette femme qui a aujourd'hui soixante et onze ans? Pourquoi ? Parce que cette femme est très bien portante comme état général et que si son acte de naissance lui donne soixante et onze ans, tout son être respire une vieillesse moins avancée, un nombre d'années bien inférieur.

La nature de la tumeur est de la plus haute importance à diagnostiquer. Vous connaissez le squirrhe disséminé de Velpeau, c'est-à-dire caractérisé par une foule de petits grains cancéreux disséminés de telle sorte que vous avez toutes les chances possibles pour que quelques-uns d'entre eux échappent à l'opération. Ces tumeurs squirrheuses, il ne faut jamais les opérer, d'abord en raison même de leur dissémination, et aussi parce qu'elles permettent aux malades de vivre. Je connais ainsi un octogénaire qui vit encore, quoiqu'il présente une vingtaine au moins de ces grains squirrheux disséminés. Il ne faut pas opérer non plus le squirrhe atrophique avec lequel les malades peuvent vivre, tandis que l'opération les tue ; il en est de même du cancer en cuirasse de Nélaton.

Par contre, tous les autres cancers peuvent être opérés, dans certaines conditions bien entendu.

Enfin, j'arrive au troisième point : l'extension du mal. Dans l'extension du cancer du sein M. Verneuil a établi cinq zones : la première où le cancer reste dans la mamelle seulement ; la seconde où il envahit la peau ; la troisième où les ganglions seuls de l'aisselle sont pris ; la quatrième où les autres ganglions sont atteints ; la cinquième, caractérisée par l'envahissement de l'économie, par la métastase. D'où cette conclusion que tant que le cancer n'a pas dépassé les trois premières zones on peut intervenir, mais que dès qu'il a touché la quatrième il faut s'abstenir.

Une contre-indication sur laquelle je crois devoir insister, c'est la présence de ganglions dans le creux sus-claviculaire, ganglions au sujet desquels M. Monod a dit qu'ils étaient *presque* toujours compliqués de métastase dans les viscères, notamment dans le foie et les poumons.

Or, chez notre malade, le néoplasme est arrivé à la troisième zone ; donc, et aussi par les motifs que j'ai invoqués tout à l'heure, cette femme est opérable, mais, je le répète aussi, à la condition d'opérer largement, d'enlever toute la mamelle, de disséquer l'aponévrose du grand pectoral, si cela nous paraît nécessaire, et d'enlever tous les ganglions de l'aisselle, non seulement ceux dont nous constatons l'existence avant toute intervention, mais encore de procéder à un curage complet de la région axillaire, voire même d'en arriver à la résection de la veine humérale si cela est indispensable, sans aller cependant jusqu'à la désarticulation de l'épaule comme le veut Esmarch, lorsque la toilette de l'aisselle est très difficile. C'est là un moyen beaucoup trop radical.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

I. Crises de mutisme chez des hystériques. — II. Coxalgie hystérique.

I. Je désire vous montrer aujourd'hui même un hystérique qui présente des phénomènes curieux ; je le désire d'autant plus que demain ces phénomènes peuvent avoir disparu. C'est un homme de trente-sept ans, dont l'existence a été quelque peu aventureuse. Soldat dans la légion étrangère, il a perdu le bras gauche en 1871 ; depuis il s'est livré à des excès d'absinthe et compte aussi à son actif pas mal d'aventures amoureuses. De plus, c'est un héréditaire : son père est cataleptique, sa mère a été sujette à des crises nerveuses, un de ses oncles maternels est un alcoolique irresponsable, etc., etc. Quant à lui, depuis une dizaine d'années, il a de temps à autre des crises nerveuses qui tout d'abord ont été considérées, en Afrique, comme des accès de méningite, mais qui, depuis cinq ou six ans, se sont transformées en crises léthargiques, crises de sommeil ne durant pas moins de trente-six à quarante-huit heures, suivies, au réveil, d'une hémiplégie gauche persistant pendant deux ou trois mois. Enfin, cet homme reste également muet pendant trois ou quatre mois. En ce moment, l'accès dure depuis près de quatre mois.

Donc, cet homme est encore actuellement muet, c'est-à-dire qu'il a perdu complètement la voix, qu'il ne peut émettre aucun son. Mais il sait très bien expliquer par écrit ce qu'il éprouve : il sent un obstacle au niveau du larynx. Il est aussi privé de l'articulation des mots. Cependant sa langue a conservé sa motilité, tandis que les mouvements des lèvres sont plus difficiles.

Il ne faudrait pas croire pourtant qu'il existe chez lui des troubles profonds. D'abord il n'y a ni surdité ni cécité verbales ; il entend, il comprend très bien et communique parfaitement avec son entourage par une très bonne écriture, voire même par un style élégant, et il écrit très vite. Il a reçu, d'ailleurs, une certaine instruction.

Entre lui et un aphasique, il y a une très grande différence : un aphasique fait encore du bruit avec son larynx ; il peut crier, grogner ; lui, au contraire, a perdu toute voix. Un aphasique ne peut pas articuler, mais il a conservé sou-

vent deux ou trois mots, toujours les mêmes, voire même quelquefois de petites phrases ; lui, rien, absolument rien. Ainsi tous les muets hystériques peuvent, lorsqu'ils sont instruits, écrire rapidement, correctement, sans aucune modification dans leur style, dans leur écriture, non plus que dans leur intelligence. La distinction est donc assez facile à faire entre un aphasique véritable et un muet hystérique.

Notre malade est aussi un hystérique, de par ses stigmates, de par ses plaques d'anesthésie, d'analgésie, sur tout le côté gauche du corps, notamment en leur lieu d'élection, sur lequel une certaine pression détermine un commencement d'aura. Ces plaques se rencontrent en avant comme en arrière.

Cet homme est donc bien un hystérique, il est proche de la fin de sa crise, et demain, après-demain peut-être, va-t-il récupérer la parole à la suite d'une période de transition caractérisée par un certain degré de bégaiement, comme chez la malade suivante.

Celle-ci — c'est une jeune fille — est également une hystérique en proie à un spasme respiratoire très bruyant, et dont le bégaiement a pris sa source dans une crise aussi de mutisme.

Elle a vingt et un ans ; elle est la fille d'un marchand de musique qui, à la suite de mauvaises affaires, a eu son mobilier saisi. L'émotion dans laquelle cette jeune fille, déjà choréique, fut jetée par suite de l'opération judiciaire pratiquée en sa présence, fut telle qu'elle devint subitement muette, et muette complètement sans pouvoir émettre le moindre son. Elle est restée ainsi pendant quinze jours, après quoi elle devint bègue. Depuis lors elle a éprouvé plusieurs crises de mutisme semblable, lesquelles se sont toujours terminées par une période de bégaiement avec un spasme respiratoire bruyant, une sorte de hoquet continu. Chez elle, le côté gauche du corps est anesthésique.

II. Je vais maintenant vous parler de plusieurs malades atteints de coxalgie de nature hystérique.

C'est tout d'abord un homme qui, en travaillant dans un atelier du chemin de fer de l'Est fut, par suite d'un soulèvement brusque du plancher, lancé en l'air et retomba sur le dos. Il se plaignit presque aussitôt de la hanche gauche et se mit à boiter. Aujourd'hui il a tout à fait l'attitude d'un coxalgique à la troisième période, c'est-à-dire caractérisée par un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche. Le bassin est élevé du côté gauche, abaissé du côté opposé ; la fesse gauche est énorme en apparence, tandis que la droite paraît plus petite. Le malade souffre à la fois dans la hanche et dans le genou gauches. Le membre inférieur du même côté est un peu atrophié, mais cela n'a rien d'extraordinaire, le malade ne se servant que peu de ce membre depuis trois ans que les phénomènes persistent. S'agirait-il d'une coxalgie organique, coxalgie bénigne, puisqu'il n'y a jamais eu aucun abcès, coxalgie suivie d'ankylose?

Nullement. Nous avons affaire tout simplement à un hystérique. Et d'ailleurs, comment aurait-il conservé la parfaite santé générale dont il jouit, s'il avait eu une véritable coxalgie organique? De plus, nous constatons un état de contracture générale du membre, qui est aussi plus froid que celui du côté opposé, ce qui n'existe pas et n'a aucune raison d'être dans la coxalgie vraie.

Enfin cet homme nous présente tous les stigmates d'un hystérique : plaques hystériques, anesthésiques du côté gauche, rétrécissement du champ visuel, abolition du goût sur le côté gauche de la langue, etc.

L'hystérie pour moi n'est pas douteuse et sa coxalgie est purement de nature nerveuse. De plus, le malade ayant été chloroformisé, nous avons facilement constaté que l'articulation était libre. Il s'agit donc bien d'une coxalgie hystérique survenue à la suite d'un traumatisme.

Le second malade est une femme de vingt-quatre ans qui a passé la première partie de sa vie, comme enfant trouvé, à l'hospice des Enfants-Assistés. Elle en est sortie pour se placer domestique chez des paysans du département de l'Yonne, où elle eut une dure besogne peu en rapport avec ses forces. (Cette femme est grêle, faible.) Elle perd sa maîtresse, la voit morte, en éprouve une si vive émotion qu'elle est obligée d'entrer peu de temps après, pour des accidents hystériques, à l'hôpital d'Auxerre. Pendant son séjour elle y contracte la fièvre typhoïde. Elle en sort guérie.

Enfin, depuis deux ans elle est sujette à des accès de douleurs articulaires assez vives, surtout dans les hanches, qui rappellent la forme d'un rhumatisme articulaire subaigu. Le dernier accès a été plus intense que les autres, et le mal s'est fixé sur la hanche droite. Depuis lors elle continue à boiter et présente quelques-uns des symptômes d'une coxalgie organique au troisième degré avec *raccourcissement apparent* du membre, quand elle est étendue ; au second degré, au contraire, quand elle se lève, c'est-à-dire avec un *allongement apparent*. Comme chez le précédent malade, le chloroforme a permis de constater qu'il n'y avait rien non plus d'organique ici, mais que la maladie était également d'origine nerveuse, hystérique.

Nous avons encore deux autres femmes hystériques qui présentent des phénomènes de coxalgie très atténués ; mais ici la maladie est purement artificielle et non pas naturelle. A l'une d'elles, nous avons donné une coxalgie artificielle très atténuée, bien entendu, pendant le sommeil hypnotique, en imprimant un très léger mouvement de torsion. Quant à la seconde, qui est une grande hystérique, avec phénomènes d'anesthésie générale, nous l'avons plongée dans le sommeil hypnotique et lui avons suggéré qu'elle avait eu une attaque, qu'elle était tombée sur la hanche, si bien qu'elle s'est mise immédiatement à boiter, déclarant qu'elle souffrait beaucoup de la hanche et du genou, si bien aussi que ces deux régions, complètement anesthésiques quelques instants auparavant, avaient recouvré la sensibilité, de sorte que toute piqûre ou pincement, jusque-là indolores, devenaient très douloureux.

HOPITAL GÉNÉRAL DE VITRY-LE-FRANÇOIS

Sclérose primitive des cordons latéraux de la moelle, ou tabes spasmodique.

Par M. le docteur E. Bompard, médecin en chef.

M. X..., âgé de trente-trois ans, marchand de vins, entre à l'hôpital de Vitry-le-François le 23 octobre 1885.

D'un tempérament nervoso-sanguin, il a toujours joui, jusqu'en 1881, d'une excellente santé. Son père est mort de pneumonie ; sa mère, âgée actuellement de cinquante-cinq ans, est très bien portante ; il a 1 frère et 5 sœurs également d'une très bonne santé ; une autre de ses sœurs est morte à la suite de couches. Il n'y a donc, par conséquent, dans sa famille, aucun antécédent morbide héréditaire.

Au mois d'octobre 1881, M. X... alla faire son service de réserviste au 109e régiment de ligne. Pendant les grandes manœuvres, il coucha une nuit, par une forte pluie, sur la terre nue et sans aucun abri.

Le lendemain, la pluie continua pendant toute la journée, et la nuit il coucha dans une grange.

Quinze jours après, il ressentit des douleurs très vives et fulgurantes dans la région lombaire. Ces douleurs continuèrent pendant plusieurs mois, avec des temps d'arrêt qui laissaient au malade quelquefois une semaine et plus de répit. Peu après la cessation de ces douleurs, il constata un peu d'affaiblissement des fonctions génitales et une sorte de lassitude dans les membres inférieurs.

Au mois d'avril 1882, il remarqua qu'il traînait un peu les pieds, et qu'il *usait ses chaussures à la pointe;* la gêne de la marche n'était, malgré cela, pas trop notable; les douleurs avaient complètement disparu depuis le mois de janvier.

Au mois d'août, voyant que la fatigue et la gêne de la marche augmentaient, il consulta un médecin qui lui fit suivre un traitement qui ne produisit aucun résultat. Au mois d'octobre, il alla faire, pour son commerce, un voyage dans le Midi et se fatigua beaucoup. Il alla alors consulter un autre médecin qui attribua, ou du moins paraît avoir attribué sa maladie à du rhumatisme et lui ordonna des bains thermo-résineux et ensuite des bains sulfureux.

Du mois de novembre 1882 au commencement de janvier 1883, les progrès de la maladie semblent s'arrêter; mais bientôt celle-ci reprend insensiblement sa marche, et, à la fin de janvier, M. X... ne peut plus marcher qu'avec un bâton. Au mois d'avril, il va consulter M. Charcot qui le fait entrer à sa clinique de la Salpêtrière. Voici, au dire du malade, quel a été le traitement institué : application, toutes les semaines, de pointes de feu sur la région lombaire; bains sulfureux; à l'intérieur, ergot de seigle et bromure de potassium. A cette époque, les pieds frottaient par terre pendant la marche et pouvaient à peine s'élever d'un centimètre. Quand le malade marchait les pieds nus, les orteils se repliaient et frottaient sur le sol; les jambes commençaient à devenir raides, bien que le malade pût encore les plier seul. Étant assis, si le pied n'était pas bien d'aplomb, la jambe était aussitôt agitée par une vive trépidation.

M. X... quitta la Salpêtrière le 19 juillet, sans que son état fût aucunement amélioré. Du 15 août au 12 septembre, il va aux eaux, à Bourbonne-les-Bains; à ce moment il ne pouvait plus marcher qu'avec deux bâtons et sur un chemin absolument uni. Au mois de novembre, à la suite d'une vive contrariété, le malade eut une crise de nerfs très violente; quelques jours après, il pouvait à peine se traîner en s'appuyant sur deux chaises, et il constatait de la faiblesse et un peu de raideur dans les deux bras. Il put cependant faire encore sa correspondance jusqu'en janvier 1884, et porter les aliments à sa bouche jusqu'au mois de mars de la même année.

A partir de cette époque, impotence complète des quatre membres.

Il va de nouveau aux eaux de Bourbonne-les-Bains en 1884 et en 1885; mais son état, loin de s'améliorer, va plutôt en s'aggravant, et aujourd'hui le malade présente l'aspect suivant :

Le teint est coloré, pas d'amaigrissement, aucun trouble de la parole; la respiration est un peu courte, et cependant il peut, sans fatigue, soutenir une longue conversation; la coloration de la peau est normale, il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie; les muscles ont conservé leur contractilité électrique; le pouvoir excito-moteur de la moelle est exagéré, ce qui est démontré par les phénomènes réflexes que l'on provoque par l'excitation des tendons; en effet, si l'on percute le tendon rotulien, il se produit une série de mouvements alternatifs de flexion et d'extension très rapides, présentant un caractère convulsif et se propageant à tout le membre. Le même phénomène se manifeste spontanément, le malade étant assis, si le pied ne pose pas à terre absolument d'aplomb. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement; il y a cependant un peu de constipation et un peu d'affaiblissement de la contraction des muscles vésicaux. Dans le décubitus, les jambes sont raides, allongées; le malade peut les fléchir légèrement l'une après l'autre, mais non simultanément. Les bras sont contracturés et rapprochés du tronc; l'avant-bras est fléchi sur le bras à angle droit, et les doigts fléchis dans la paume de la main; il ne peut leur faire exécuter le moindre mouvement. On peut, sans provoquer de douleur, et en déployant une force assez considérable, vaincre la contracture des muscles et étendre le bras; mais le membre reprend aussitôt sa position primitive. Si l'on asseoit le malade, le tronc a besoin d'être maintenu et les jambes restent allongées; on est obligé de les replier sous lui et de placer le pied d'aplomb sur le plancher pour éviter la trépidation dont j'ai parlé plus haut.

Traitement. — Dans le but de faire cesser ou tout au moins de diminuer la contracture des muscles, je prescris 1 demi-milligramme d'hyoscyamine à prendre toutes les demi-heures, jusqu'à ce que le malade accuse de la sécheresse de la gorge. En procédant de cette façon, à doses fractionnées, il peut en absorber 5 milligrammes par jour.

Le 27 octobre, le malade croit remuer les membres inférieurs un peu plus facilement. — Deux grains de santé pour combattre la constipation; le même traitement est continué.

Le 5 novembre, le malade ne pouvant plus supporter l'hyoscyamine, le traitement est suspendu.

Le 7 novembre, application de pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Ces cautérisations seront renouvelées tous les huit jours. Tous les matins à jeun, le malade prendra une cuillerée à soupe de sirop d'écorces d'oranges amères contenant 1 gramme de bromure de potassium et 60 centigrammes d'iodure de potassium. De plus, les trois premiers jours de chaque semaine, il prendra 30 centigrammes d'ergot de seigle. On entretiendra la liberté du ventre, soit à l'aide de lavements, soit à l'aide de laxatifs légers.

Dans le courant de novembre, la contracture des membres inférieurs disparaît peu à peu; ils deviennent absolument flasques et ne peuvent soutenir le poids du corps : œdème des malléoles. Cependant, les organes génitaux paraissent avoir repris un peu de vigueur et le malade accuse des érections assez fréquentes, principalement le matin, ce qui n'était pas arrivé depuis longtemps. La contracture des membres supérieurs n'a pas diminué et on constate un peu de pâleur du visage et un certain degré d'amaigrissement.

Le 20 décembre, le malade demande sa sortie, ne voulant pas, dit-il, mourir à l'hôpital, de crainte qu'on ne fasse son autopsie.

Malgré l'absence du contrôle nécroscopique, nous avons cru devoir publier cette observation, à cause de sa grande rareté. Le diagnostic ne nous semble pas douteux, et l'ensemble des symptômes fournis par notre malade ne nous permet pas de confondre son affection avec aucune autre forme de myélite.

Cette sclérose primitive des cordons latéraux ne paraît avoir été rencontrée que très rarement. Elle a été étudiée surtout par Charcot et Erb (d'Heidelberg). Ce dernier en a tracé une bonne description qu'on pourra lire dans le *Journal d'Hayem* (1876). Ici, l'action du refroidissement comme cause étiologique est bien évidente; bien que marchand de vins, M. X... était sobre, et je ne pense pas que l'alcoolisme puisse être incriminé. Les différents traitements auxquels le malade a été soumis n'ont donné aucun résultat; comme toutes les myélites chroniques, celle-ci a une marche progressive; c'est, d'après Charcot, une sorte de phthisie de la moelle épinière, d'où le nom de *tabes spasmodique* sous lequel il l'a désignée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1886. — Présidence de M. VIDAL.

CORRESPONDANCE

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de la Société de médecine d'Indre-et-Loire, relative à l'ouverture d'une souscription en vue d'élever, à Tours, un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau. (Voir aux Nouvelles.)

COMMUNICATIONS

M. VIDAL, président sortant, et **M. GUYOT**, président pour l'année 1886, remercient la Société.

M. FÉRÉOL, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société médicale des hôpitaux, aux obsèques de M. Dechambre.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraparenchymateuses de bichlorure de mercure. — **M. GOUGUENHEIM** a entrepris une série d'expériences sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraparenchymateuses de bichlorure de mercure. Il pratique ces injections à l'aide de la seringue de Pravaz, dans le premier espace intercostal; il les fait avec une extrême lenteur. Il n'a jamais trouvé, à l'autopsie, le moindre vestige du passage de l'aiguille. Celle-ci est préalablement trempée dans l'huile. Les solutions qu'il emploie sont des solutions de sublimé au deux millième, au millième, rarement au cinq centième. Il n'a jamais dépassé le contenu d'une seringue de Pravaz, ce qui représente 1 à 3 milligrammes de sublimé. Les seringues doivent être souvent renouvelées; elles sont vite mises hors de service. M. Gouguenheim n'a jamais observé de stomatite, ni même de salivation. Dans les cas d'hémoptysies, il faut s'abstenir.

Sous l'influence de ce mode de traitement, M. Gouguenheim a constaté un amendement notable dans les signes de l'auscultation. Sur 33 cas, il a eu 21 fois des résultats favorables; dans 1 cas, il a vu se produire une hémoptysie à la suite de l'injection; dans le reste des cas, il n'a pas obtenu d'amélioration dans l'état des malades. En résumé, il y a là, selon lui, un traitement de la tuberculose pulmonaire qui mérite d'être sérieusement étudié.

M. DIEULAFOY demande à M. Gouguenheim s'il a pratiqué ces injections chez des malades manifestement atteints de cavernes?

M. GOUGUENHEIM répond que c'est chez ses malades le moins gravement atteints qu'il a obtenu les meilleurs résultats.

M. LEGROUX lui demande s'il a trouvé des bacilles dans les crachats des malades qu'il a soumis à ce traitement.

M. GOUGUENHEIM répond qu'il n'a pas eu besoin de rechercher les bacilles, attendu qu'il s'agissait de phthisiques avérés.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 janvier 1886. — Présidence de M. HANOT.

COMMUNICATIONS

Anévrysmes. — **M. FRANCK** fait une communication sur les signes stéthoscopiques des anévrysmes aortiques.

M. LÉPINE demande à M. Franck comment il interprète le souffle extra-aortique.

M. FRANCK croit que le souffle peut s'expliquer de la même façon que les souffles extra-cardiaques, c'est-à-dire par la présence d'une lame de poumon au-devant de la tumeur anévrysmale; il faut qu'elle soit assez mince et que l'affaissement de cette poche soit assez brusque. Ces souffles sont donc fonction du brusque retrait de la poche en rapport avec sa constitution physique.

Des divers éléments de l'urine. — **M. LÉPINE** produit une lésion fonctionnelle expérimentale d'un rein; il place, par exemple, une pince sur l'artère rénale ou sur l'urèthre, pendant plusieurs heures; cela fait, il introduit une canule dans chaque uretère, au voisinage de la vessie, puis recueille l'urine et compare la composition de l'urine du côté lésé avec celle de l'urine du côté sain. Chez un chien, après trois heures, on recueille 35 centimètres cubes du côté sain et 22 centimètres cubes du côté malade. On trouve pour 1000 : matières fixes totales, 81,4 du côté sain, 38 du côté malade; matières organiques, 62,8 (côté sain), 31 (côté malade); sels, 18 (côté sain), 7 (côté malade); chlorure de sodium, 2 (côté sain), 1,3 (côté malade). Donc l'urine est toujours plus chargée du côté sain; les phosphates sont moins bien excrétés, tandis que le chlorure de sodium est mieux excrété du côté malade que du côté sain.

M. ŒSCHNER demande à M. Lépine s'il a trouvé des ptomaïnes dans ces conditions.

M. LÉPINE répond que pour cela les troubles fonctionnels du rein qu'il détermine sont trop légers.

M. ŒSCHNER fait observer qu'on en a trouvé en faible quantité chez certains malades à peu près dans ces conditions.

M. LÉPINE dit que chez les brightiques, les ptomaïnes ne sont pas formées dans le rein, mais qu'elles résultent de l'altération générale de la santé.

M. FRANCK fait observer que le traumatisme d'un seul rein peut suspendre la sécrétion de l'autre rein. Cliniquement, on a vu se produire de l'anurie par défaut de sécrétion, à la suite du traumatisme d'un seul rein. On comprend ainsi le mécanisme de l'anurie dans certaines coliques néphrétiques, alors qu'un seul uretère est obstrué.

M. LÉPINE répond à cela qu'il a trouvé un peu d'albuminurie du côté sain.

Rage humaine. — **M. FÉRÉ** présente une note de M. Dagot (d'Angers) sur un cas de rage humaine suivi de mort après neuf mois d'incubation.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Revillout, rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre excellent Premier-Paris du 7 courant, sur la communication de M. le professeur Panas à l'Académie de médecine, vous vous étonnez, avec beaucoup de raison, que la méthode d'extraction de la cataracte de Græfe, une méthode étrange, aussi contraire que possible à ce qu'enseignait le bon sens, ait pu éclore dans la chirurgie oculaire. Et plus loin, vous dites que « le retour aux anciennes méthodes devient, à tous les points de vue, un incontestable progrès ».

Je suis très heureux de voir que la presse médicale française s'associe à ce changement qui tend à se faire dans le mode opératoire de la cataracte, car, si vous vous rappelez, j'étais le premier à prendre l'initiative de cette innovation, à l'époque où personne n'y avait songé.

C'est, en effet, le 22 novembre 1882 que j'ai fait ma communication à la Société de chirurgie, ayant pour titre : *Sur la nécessité d'abandonner l'excision de l'iris dans l'extraction de la cataracte pour revenir à une extraction simple à lambeau modifié*, où j'ai démontré, par de nombreuses observations, que l'excision de l'iris, contrairement à l'opinion des auteurs allemands, n'a aucune utilité dans l'extraction de la cataracte, et que la seule méthode rationnelle est celle de David, à laquelle on doit revenir. J'ai soutenu cette opinion au Congrès francais d'ophthalmologie de 1885 et au Congrès des chirurgiens français, et aujourd'hui on peut être certain qu'il

ne se passera pas beaucoup de temps avant que cette méthode devienne générale.

Depuis 1882, époque où j'ai commencé de pratiquer l'extraction simple sans excision de l'iris, jusqu'à ces jours, je n'ai eu que 13 fois la suppuration partielle ou totale de la cornée sur 753 opérations de la cataracte. Mais avec le pansement nouveau de la plaie cornéenne au moyen des feuilles de gélatine antiseptique, je ne vois plus de suppuration de la cornée, car sur 107 cataractes opérés depuis le mois de septembre dernier, je n'ai pas eu un seul cas de suppuration.

Ces succès sont évidemment dus à l'occlusion directe et immédiate de la plaie cornéenne avec des carrés de la gélatine qui, en recouvrant la plaie pendant les premières quatorze ou vingt-quatre heures, empêchent la pénétration des microbes et des larmes dans cette dernière, et préviennent par conséquent son infection et sa suppuration.

Avec ces différentes modifications dans le manuel opératoire ainsi que dans le pansement, nous pouvons aujourd'hui considérer l'extraction de la cataracte comme des plus simples et exempte de tout danger.

Qu'il me soit permis de résumer en quelques propositions les conditions principales du succès de l'opération de la cataracte :

1° Il faut que la plaie soit tout entière placée dans la cornée et à une certaine distance de son bord ;

2° Que l'étendue de la plaie soit suffisamment grande pour permettre la sortie du cristallin plus ou moins grand ;

3° On doit éviter avec le plus grand soin de blesser l'iris et ne l'exciser que lorsqu'il a été trop contusionné pendant l'opération, qu'il est adhérent à la capsule, ou que cette dernière est par trop épaisse et se laisse difficilement déchirer ;

4° La plaie cornéenne devra être recouverte immédiatement après l'opération avec une feuille mince de gélatine préparée avec du sublimé ;

5° On n'ouvrira les paupières que quatre ou cinq jours après l'extraction de la cataracte..

Veuillez agréer, etc.

Ce 8 janvier 1886. Dr Galezowski.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société locale de médecine d'Indre-et-Loire a décidé, dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir une souscription en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

Elle a pensé « que toutes les Sociétés savantes de France, que toutes les Facultés et Écoles de médecine, que toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association générale, que tous les anciens élèves de ces illustres maîtres tiendraient à honneur de participer à ce juste tribut offert à la mémoire de savants glorieux qui n'ont pas seulement honoré leur pays natal, la Touraine, mais encore porté au loin le renom de la médecine française ».

Un comité de souscription composé d'anciens élèves de Bretonneau, Velpeau et Trousseau a été constitué à Paris pour faire œuvre de propagande.

Ce comité est ainsi composé :

MM. Peter, président; Blondeau, Bouchard, Damaschino, Després; Dieulafoy, secrétaire; Dumontpallier, Guyon, Ed. Labbé, Martineau, E. Moynier, Vidal.

Les souscripteurs sont priés d'envoyer leur cotisation à l'un des membres du Comité, qui se chargera de la transmettre au Comité de Tours, représenté par M. le professeur L. Thomas, à Tours.

— *Concours de l'agrégation.* — Voici les dernières questions données pour la seconde épreuve (leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation), aux candidats du concours de l'agrégation de médecine :

Mercredi 6 janvier 1886, MM. Moussous et Chuffard : Diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive. — Jeudi 7 janvier, MM. de Beurmann et Lannois : Du rétrécissement mitral.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté n'a pas décerné, pour l'année scolaire 1884-1885, le prix Montyon, mais elle a accordé une récompense de 350 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Séjournet, de Révin (Ardennes), pour son ouvrage intitulé : « De la congestion pulmonaire active et principalement de la fluxion de poitrine comparée à la pneumonie franche. »

Le prix Barbier n'est pas décerné cette année, et sa valeur, soit une somme de 2 000 francs, est attribuée, conformément aux dispositions testamentaires, à la bibliothèque de la Faculté, pour achat de livres.

Le prix Corvisart n'est pas décerné, aucun candidat ne s'étant présenté. La question mise au concours pour l'année scolaire 1885-1886 est : « Causes de la mort dans les maladies infectieuses. »

La Faculté a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine dont les noms suivent pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1884-1885 :

Médailles d'argent. — MM. Bruneau, Charrin, Doyen (Louis), Lejard, Pichon, Pignot, Real-y-Beiro, Tissier, Walter, Wassermann.

Médailles de bronze. — MM. Babinski, Bermonts, Bernard (Antoine), Bonnaire, Bougier, Chevy, Darier, Doyen, Fournel, Gautrez, Gervais, Hulin, Juranville, de Molènes-Mahon, Richardière, Rouillard, Suchard, Tapie, Valude, Viron.

Mentions honorables. — MM. Arduin, Artaud, Barbe, Barbulée dit Bulot, Bernard (Léon), Bonfils, Chpolianski, Cohen, Collin, Cormack, Delon, Deschamps, Duchesne, Durand, Duriau, Fradet, Fouchard, Gosset-Deslonchamps, Hollenfeltz, Inglessis, Jean, Lainey, Lebreton, Ménard, Monnet, Montagne, Œttinger, Pedrono, Pérochaud, Peugniez, Prieur, Ricard, Rifat, Rigolot, Sapelier, Secretan, Sené, Tuffier.

La commission se composait de MM. les professeurs Béclard, Regnault, Hardy, Ball, Panas, Laboulbène, Brouardel, Tarnier et Lannelongue.

— Les consignations pour les examens probatoires de l'année scolaire 1885-1886, dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Pour le deuxième examen de doctorat, première partie, jusqu'au 30 mars inclusivement. — Pour le deuxième examen de doctorat, deuxième partie, jusqu'au mardi 30 avril inclusivement. — Pour le troisième examen de doctorat, première partie, jusqu'au mardi 30 avril inclusivement. — Pour le troisième examen de doctorat, deuxième partie, jusqu'au mardi 25 mai inclusivement. — Pour le quatrième examen de doctorat jusqu'au mardi 8 juin inclusivement. — Pour le cinquième examen de doctorat, première et deuxième parties, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement.

Pour les examens de sages-femmes, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement.

Pour les thèses, jusqu'au mardi 13 juillet inclusivement.

Pour le premier examen d'officiat, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement; — pour le deuxième examen d'officiat, jusqu'au mardi 29 juin inclusivement; — pour le troisième examen d'officiat, jusqu'au mardi 13 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés après le 8 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

— Par suite de la démission de M. Vulpian, les changements suivants ont eu lieu dans les hôpitaux et hospices de Paris :

M. Mesnet passe de Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu; M. Troisier, de Tenon à Saint-Antoine; M. Cuffer, de Bicêtre à Tenon, et M. Moizard, du Bureau central à Bicêtre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillemaut (de Louhans) et Trapenard (de Bellenaves).

— M. J. Hérail soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 15 janvier 1886, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur l'anatomie comparée de la tige des dicotylédones. »

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18869.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On n'a pas oublié les beaux mémoires de M. Armand Gautier sur les ptomaïnes, ces poisons subtils qui se produisent dans le corps humain après la mort, et même, dans certaines conditions, à l'état de traces, pendant la vie.

Le savant professeur à qui on doit les premières analyses exactes de ces singuliers alcaloïdes, dont quelques-uns par leurs propriétés rappellent la nicotine, d'autres la muscarine, l'élément toxique des champignons les plus vénéneux, d'autres le venin des serpents les plus terribles, était bien placé pour faire l'historique de cette question, qui lui appartient plus qu'à tout autre.

C'est ce qu'il a commencé de faire, avec un grand luxe d'érudition, de formules chimiques, de détails sur les procédés de recherche et d'analyse, dans un mémoire, dont malheureusement il n'a pu, faute de temps, achever la lecture, et dont nous donnerons le résumé quand nous le connaîtrons en entier.

En effet, les questions qui préoccupent surtout les praticiens en cette affaire sont plus encore de physiologie que de chimie. On se demande jusqu'à quel point se trouve actuellement résolu le doute qui jusqu'à présent planait sur le mode de production de ces substances, ce doute consistant à savoir si les ptomaïnes sont une sécrétion particulière de certains microbes de fermentation, ou s'ils peuvent se développer dans le sein des tissus, par des actions soit purement chimiques, soit chimico-physiologiques, sans l'intervention de bactéridies ou d'aucun agent étranger.

On se demande si l'on sait enfin ce qu'il faut penser du rôle attribué dans la genèse des maladies à l'accumulation de ces poisons organiques, quelle qu'en soit la cause efficiente.

Peut-être les nouvelles recherches de M. Gautier sont-elles de nature à nous éclairer sur ces points d'une importance capitale.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, et en n'ayant en vue que la chimie, les travaux de M. Gautier sur les ptomaïnes, à eux seuls, suffiraient déjà pour prouver que la chaire de la Faculté de médecine, illustrée par Dumas et Wurtz, reste dignement occupée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë.

Plusieurs fois vous m'avez entendu me demander, au lit de certains typhiques, s'il était bien démontré que nous fussions en face d'une fièvre typhoïde et non pas d'une fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë n'ayant de la fièvre typhoïde que le masque et non la réalité.

C'est ainsi que, du malade du n° 2 de notre salle des hommes, nous vous disions que c'était un faux typhique, dont l'évolution seule des phénomènes morbides nous avait révélé à un moment donné la véritable maladie.

Quand je prononce les mots de fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, je parle seulement de ces cas où l'infection tuberculeuse est répandue avec une telle discrétion que la localisation du mal dans tel ou tel viscère ne s'est manifestée par aucun phénomène extérieur, et où l'autopsie vous révèle, en outre, de l'hypertrophie et du ramollissement de la rate, un certain degré de congestion pulmonaire et d'injection de la muqueuse intestinale, quelques granulations tuberculeuses de-ci de-là; c'est-à-dire un véritable paradoxe entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique.

On considère généralement à la tuberculose trois formes : 1° la tuberculose chronique, avec consomption terminale, qui tue en plusieurs années; 2° la pneumonie tuberculeuse, semblable par ses modalités, mais différente par son évolution, par sa marche rapide, où la mort survient en plusieurs semaines ou en quelques mois; 3° la granulie, très différente des deux autres formes par les lésions anatomo-pathologiques, où l'infiltration, la caséification du poumon, ses cavernes et cavernules sont remplacées par un ensemble de petites granulations tatouant tout le poumon du sommet à la base. Mais l'anatomie pathologique ne diffère pas seule, et l'on trouve aussi de grandes différences, au point de vue clinique, dans les diverses formes que la tuberculose peut revêtir. Ainsi dans la fièvre infectieuse aiguë, le malade est un typhique par son masque, sa prostration, sa rate volumineuse et l'absence de localisation un peu nette pour pouvoir faire un diagnostic certain; les poumons ne disent rien, les centres nerveux peu de chose, si bien que, le ma-

lade succombant, on se demande s'il est mort de granulie ou de fièvre typhoïde, tandis que l'autopsie vient dévoiler les caractères infectieux du mal dans la rate, le poumon, l'intestin, et dans ce dernier, cependant, aucune trace de fièvre typhoïde. Mais, poursuivez avec soin la nécropsie et vous découvrirez au sommet du poumon 3, 4, 5, 6 très fines granulations tuberculeuses indéniables, peut-être aussi dans le rein et dans l'encéphale, et vous reconnaîtrez alors qu'il s'agit d'une certaine forme de granulie avec phénomènes typhiques sans lésions typhoïdiques, c'est-à-dire d'une fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë.

Ces cas ne sont pas exceptionnels et, s'ils ne sont pas aussi répandus dans la science qu'ils devraient l'être, c'est que la signature du mal est petite, partant, le diagnostic difficile. Je pourrais vous en citer de nombreuses observations ; je me bornerai aux suivantes :

Il y a deux ans arrivait dans la salle Sainte-Anne une femme de chambre de vingt-quatre ans, avec l'aspect d'une fièvre continue commençante : subdelirium, prostration, fuliginosités de la bouche, langue sèche, ballonnement abdominal, un peu de diarrhée. Il est vrai qu'on ne trouvait pas la moindre tache rosée lenticulaire, mais le mal en était encore au début. Je ne crus pas devoir me prononcer immédiatement comme diagnostic entre la fièvre typhoïde et la fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. De plus, la température oscillait de 40°,4 le soir à 38° et quelques dixièmes seulement le matin, M. Leudet qui assistait à la visite partageait mes réserves.

Les taches n'apparaissant pas, j'opinais surtout dès le lendemain pour la fièvre tuberculeuse, lorsque deux jours plus tard je constatai une paralysie faciale inférieure gauche. Dès lors le mal s'était localisé sur le cerveau et le pronostic me paraissait fatal. Quarante-huit heures plus tard la malade avait succombé et à l'autopsie nous trouvions trois granulations tuberculeuses sur la sylvienne du côté droit; une rate diffluente; rien du côté de l'intestin ; enfin 3 ou 4 granulations au sommet du poumon droit; donc fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, et mort par infection, par empoisonnement, comme on meurt dans la fièvre puerpérale, dans la scarlatine, etc.

Le second cas que je vous rapporterai est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, entrée avec le diagnostic, porté par un médecin de la ville, de fièvre continue. Les taches rosées firent complètement défaut et, cinq jours après son entrée, la malade succombait aussi. A l'autopsie : rate grosse, un peu d'entérite, pas de lésions typhoïdiques, 5 granulations tuberculeuses au sommet du poumon droit et rien de plus que les caractères d'une infection générale. La malade était morte typhique tuberculeuse et non typhoïdique.

Enfin, comme troisième fait, je vous citerai celui du n° 1 de la salle Saint-Charles, garçon de dix-huit ans, entré avec toutes les apparences du delirium tremens, de sorte qu'on pouvait se demander de prime abord s'il ne s'agissait pas de quelque manifestation de l'alcoolisme, plutôt que de quelque fièvre typhoïde ou de tuberculose aiguë. Examen de la poitrine, rien; examen du ventre, rien; pas de taches rosées ; et le malade mourait six jours plus tard avec tout l'aspect d'un individu atteint de fièvre continue, moins les taches, taches sur lesquelles j'insiste toujours, car elles sont d'une importance de premier ordre. J'ajoute que ce garçon présentait des oscillations thermiques beaucoup plus grandes que celles qu'on observe d'habitude dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde. Ici encore l'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde, mais d'une fièvre infectieuse tuberculeuse, d'une manifestation aiguë de la tuberculose venue s'enter sur un ancien petit foyer caséeux au sommet du poumon droit.

Voilà trois faits parmi beaucoup d'autres ; je le répète, ils ne sont pas exceptionnels et s'ils ne sont pas plus abondants dans la science, c'est non seulement parce qu'ils passent inaperçus, parce qu'on les regarde comme des fièvres typhoïdes anomales, mais aussi parce que quelques-uns sont suivis de guérison tout au moins momentanée.

Notre malade du n° 2 de la salle Saint-Charles, âgé de trente-cinq ans, est entré à l'hôpital avec tout le cortège symptomatologique de la fièvre typhoïde, moins les taches; on le soigne ici pour cette affection. L'évolution est régulière puis la courbe thermique tombe au-dessous de 38 degrés et au bout de quatre semaines on se dispose à l'envoyer en convalescence à Vincennes, lorsque, tout à conp, il se plaint d'un point de côté à gauche; le lendemain la température est remontée à 40 degrés, il y a une pleurésie gauche, l'épanchement prend un tel accroissement que deux thoracentèses sont nécessaires. La fièvre continue ; l'épanchement a disparu cependant aujourd'hui. D'aucuns disent comme diagnostic : fièvre typhoïde, coup de froid dès la convalescence, pleurésie créant une opportunité morbide pour contracter la tuberculose dans les salles. Eh bien ! pour moi, sa pleurésie n'est qu'une manifestation de sa tuberculose ; cet homme n'a pas eu de fièvre typhoïde, mais une fièvre infectieuse tuberculeuse dès le premier jour. Sa maladie est une tuberculose qui a pris le costume de la dothiénentérie, et sa pleurésie n'a été que le cri de la tuberculose.

De pareils faits ne sont pas rares, et on les rencontre surtout en ville, en ce sens qu'il est plus facile de suivre les malades après leur maladie qu'à l'hôpital dont ils peuvent sortir en apparence guéris. Et comme il est de règle de dire : granulie, mort; fièvre typhoïde, guérison possible; on en arrive à raisonner ainsi : puisque cet homme est sorti de l'hôpital guéri, il ne saurait être question de granulie, mais bien de la fièvre typhoïde ; tandis qu'à un moment donné l'évolution de la tuberculose donnerait raison au contraire à celui qui aurait diagnostiqué une fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. Et puis, d'ailleurs, je ne crains pas de le dire, pourquoi une fièvre infectieuse qui ne se résout que par quelques petites granulations ne pourrait-elle pas guérir tout aussi bien que la fièvre puerpérale, la variole, la scarlatine, etc? Pourquoi vouloir maintenir dans tous les cas un pronostic fatal ? Je dis et je soutiens que la fièvre infectieuse tuberculeuse est susceptible de se terminer par guérison.

J'ai vu et observé aussi en ville un certain nombre de faits dans lesquels on voulait considérer la tuberculose comme survenue consécutivement à la fièvre typhoïde et dans lesquels il n'y avait d'autre interprétation rationnelle que de regarder la soi-disant fièvre typhoïde comme une fièvre infectieuse tuberculeuse, fièvre présentant des rémissions plus ou moins prolongées jusqu'au jour où des accidents de même nature se manifestaient de nouveau. Le côté pratique de faits semblables, c'est tout d'abord que le diagnostic doit être réservé, tout en se disant que la granulie n'est pas toujours ce que maints pathologistes pensent; cela conduit aussi à des modifications dans la thérapeutique, de façon à obtenir que le tuberculisé puisse résister à son infection, qu'il lui survive, qu'il puisse purger sa condamnation infectieuse.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE

Par le docteur Ed. Le Bec
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

I

Depuis quelques années, on tend à introduire une méthode nouvelle dans le traitement des fractures de la rotule. Enhardis par les magnifiques résultats des procédés antiseptiques, trouvant la guérison trop imparfaite par les méthodes anciennes, certains chirurgiens ont pris le parti d'ouvrir un genou fraîchement fracturé et de réunir les fragments rotuliens par une suture osseuse. M. Chauvel, dans un remarquable rapport lu à la Société de chirurgie, en novembre 1883, a fait l'historique de la question et réuni une statistique de 49 cas, sur lesquels il compte 14 insuccès, dont 3 morts, et une amputation secondaire de la cuisse. Depuis, M. Lucas-Championnière et M. Pozzi en ont relaté chacun un cas suivi de succès.

Il s'en faut beaucoup que ce soit là un traitement de choix pour les fractures récentes et sans plaie, malgré que Lister ait présenté une série de sept sutures de la rotule faites dans de telles conditions.

On prétend que le résultat ainsi obtenu est bien supérieur au résultat de la méthode usuelle; que l'on obtient bien plus sûrement un cal solide sinon un cal osseux; que les malades ont une marche bien plus parfaite. Toutes ces assertions ne sont pas parfaitement exactes, et par conséquent ne légitiment pas l'abandon d'une méthode innocente, pour une méthode qui a pu déterminer la mort, et dont les résultats éloignés ne sont pas si supérieurs aux résultats de la première. Nous savons parfaitement que les malades peuvent marcher avec un cal fibreux, d'une certaine longueur, mais à la condition que le cal fibreux ait pu se former. Un écartement de 4 ou 5 centimètres n'est pas le principal obstacle; c'est l'atrophie, souvent fort grande, du muscle triceps, qui est l'obstacle véritable, et qu'il faut s'attacher à détruire. C'est là une vérité que M. G. Richelot a bien mise en lumière dans une communication faite au premier Congrès des chirurgiens français, cette année. Ce but est atteint au moyen d'un certain nombre de séances de massage et d'électricité.

Si la fracture est ancienne, qu'il n'y ait pas trace de cal formé, les conditions pour l'avenir ne sont plus les mêmes. Le malade peut être dans l'impossibilité de faire usage de sa jambe, même en se servant d'un appareil coûteux et d'un mécanisme délicat. Dans ce cas, qui laisse une infirmité considérable, le chirurgien est autorisé à proposer l'opération.

Sans être un chaud partisan de cette mesure extrême, nous avons cru devoir la proposer au malade qui fait l'objet de l'observation suivante; et, bien que le succès ne soit pas venu couronner nos espérances, nous pensons que notre conduite n'avait rien d'incorrect, étant données les lésions irrémédiables que nous avons constatées au cours de l'opération.

Fracture de la rotule non consolidée; suture de la rotule au bout de six semaines; mort. — François J..., quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, pour se faire traiter d'une fracture de la rotule droite, qui date de six semaines.

Cet homme est tombé en marchant doucement.

Sa jambe gauche est très affaiblie par une affection ancienne; elle a fléchi brusquement, et le malade est tombé *assis*. La rotule droite s'est rompue. Le genou n'a pas touché le sol; il y a donc eu fracture par cause musculaire. Le malade est resté dans sa chambre sans se soumettre à aucun traitement, se levant tous les jours.

L'accident a eu lieu le 4 février 1885.

Au moment de son entrée, le 12 mars, on constate une large ecchymose de la face externe de la jambe, qui est en grande partie résorbée.

Le genou droit est tuméfié. La rotule est nettement divisée en travers en deux fragments, dont le supérieur est le plus volumineux. Entre eux est un écartement de plus de trois doigts. On ne constate pas la moindre trace de cal fibreux, mais seulement une extrême mobilité.

La flexion est impossible, ainsi que la marche.

Le malade ne peut se tenir debout. Les muscles de la cuisse sont flasques.

Le malade demande une opération qui lui rende l'usage de cette jambe, l'autre étant si mauvaise, qu'avant l'accident il ne pouvait se tenir debout qu'avec une canne. Cet état de faiblesse est dû à une affection chronique qui remonte à 1870. Pendant la guerre, il fut surpris par le froid dans une tranchée, et eut dit-il, les jambes gelées. Pendant deux années, la faiblesse augmenta. On le soumit à un traitement par l'électricité, dont il tira quelque bénéfice. Lasségue lui fit prendre du bromure de potassium, et des pilules dont il ignore le contenu. Quoi qu'il en soit, il ne présente pas les signes de l'ataxie locomotrice, seulement une sorte de faiblesse particulière de la jambe gauche.

La sensibilité est intacte; les urines, normales; pas d'affection viscérale.

24 mars. — Suture de la rotule. Le malade est endormi. On ne place pas la bande d'Esmarch, pour que le sang soit bien arrêté avant l'ouverture de la synoviale. La peau est incisée transversalement au milieu de la face antérieure du genou, et un peu bas sur les parties latérales des condyles, dans le but de placer deux drains. En allant lentement, et couche par couche, on traverse un tissu lardacé, épais de un demi-centimètre, au milieu duquel il est impossible de reconnaître la bourse séreuse pré-rotulienne, qui a disparu à la suite de la fracture. Un dernier coup de bistouri ouvre le foyer de la fracture, duquel s'échappe immédiatement un liquide brun clair.

Avant d'aller plus loin, l'hémostase est faite complètement, en mettant des pinces sur les petits vaisseaux qui donnent du sang. On incise ensuite une lame celluleuse épaisse, et le foyer de la fracture est à découvert.

Les fragments osseux sont séparés l'un de l'autre par un espace de 2 à 3 centimètres. Au milieu se voient des masses lamelleuses formées par des caillots rouges et de la fibrine coagulée. Ces caillots sont faiblement adhérents, et on les retire facilement avec une pince. Ceci ne paraît pas augmenter l'écoulement de sang, et prouve que cette fibrine n'avait pas encore fourni de travail d'organisation.

Le fragment inférieur est le plus petit. Sa surface fracturée est couverte d'un tissu blanc peu vasculaire, ayant l'aspect du tissu fibreux et paraissant se continuer avec la lame celluleuse qui fermait la fracture en avant. En l'avivant avec un bistouri à résection, on enlève très facilement cette capsule fibreuse, épaisse de 2 à 3 millimètres, et qui recouvre l'os complètement.

Le fragment supérieur est beaucoup plus large, tellement que sa surface fracturée paraît le double de celle du fragment inférieur. Cette face est arrondie, bosselée, par points elle a une teinte noirâtre ecchymotique. Elle est revêtue d'une membrane lisse au toucher, ne se continuant pas avec la lame de tissu cellulaire qui ferme la fracture. Pour faire l'avivement, on est obligé de détacher une lame de tissu fibreux de près de 4 millimètres d'épaisseur, au-dessous de laquelle l'os est sain. La surface osseuse avivée a près de 2 centimètres de haut.

Les caillots qui restent au fond sont alors doucement retirés, et l'on voit nettement une mince lame de tissu cellulaire, formant une membrane continue, transparente, qui est étendue au fond du foyer de la fracture et qui voile les condyles du fémur. On ne

saurait mieux la comparer qu'à une membrane synoviale, si une telle membrane pouvait se reformer dans de telles conditions. Cette lame paraît isoler la fracture de la cavité articulaire. Nous disons paraît, car il n'a pas été fait d'exploration plus longue pour s'en assurer, de crainte de la détruire.

Pour faire la suture osseuse, il fut nécessaire de repousser les parties molles en haut et en bas à la surface interne des fragments, et l'on fut frappé de la résistance opposée par le tissu lardacé, qui ne se laisse écarter qu'avec difficulté. Deux fils d'argent sont passés dans le fragment inférieur. Ils pénètrent à 15 millimètres du bord, traversent obliquement et sortent au-dessus de la face cartilagineuse. Ces fils sont passés de la même manière dans le fragment supérieur; mais comme ce fragment est large, on les place divergents. En agissant ainsi, on a eu pour but de respecter la membrane protectrice dont nous avons parlé précédemment.

La plaie est ensuite lavée largement à la solution au sublimé à 1/1000e. Deux drains gros et courts sont placés sur les parties latérales; un aide rapproche avec force les fragments, et les fils sont serrés. La peau est suturée avec des crins de Florence. Pardessus, pansement à la gaze iodoformée, recouverte de gaze au sublimé. La jambe est remise dans la gouttière de plâtre, et pardessus on fait un peu de compression avec de la ouate. A ce moment, un incident fâcheux se produisit. Le malade, qui se réveillait au moment où l'on appliquait la gouttière de plâtre, fit un mouvement de flexion, et l'on entendit un léger craquement. La plaie fut immédiatement examinée; rien ne se voyait à l'extérieur, sauf un léger écoulement sanguin. On plaça une gouttière en fil de fer, et le malade fut porté dans son lit.

25 mars. — Le malade a eu une nuit très agitée, malgré le chloral qu'il a pris. Il a défait sa gouttière, et sa jambe a été de travers toute la nuit.

Craignant les inconvénients du transport, je refais le pansement à l'iodoforme et à la gaze au sublimé dans la salle, où l'on avait secoué, avant mon arrivée, des matelas et des lits, ce qui avait déterminé la formation d'une certaine quantité de poussière. La plaie a bon aspect, mais il est évident que le fragment inférieur est séparé du supérieur.

Le soir, le malade est pris de fièvre. — Température, 39.

26 mars. — Nuit très agitée. Le malade a de la fièvre. — Température, 39. — Pouls, 132.

27 mars. — Le malade a des nausées. — Température, 40. — Pouls, 120. Le pansement est refait. On constate autour de la plaie un petit cercle rouge érysipélateux; mais il n'y a pas de tuméfaction. Traitement : émétique en lavage; aconitine, 1 milligramme en quatre granules. — Température, 40. — Pouls, 120. Potion de Todd.

30 mars. — Pansement. La rougeur s'est étendue sur le genou et la jambe, mais rien sur la cuisse. — Température, 39. — Pouls, 130. Le malade souffre un peu du genou. On continue l'aconitine, 1 milligramme. Pansement à l'iodoforme. Je mets sur la jambe une pommade composée de vaseline et acide borique 2/100e.

31 mars. — Le malade a eu des visites. Il a le soir 40 degrés. Nuit agitée. Douleurs dans le genou.

5 avril. — Un abcès s'est formé sous la peau à la face interne du genou. Il est ouvert et fournit une cuillerée à bouche de pus. L'érysipèle a disparu. Le thermomètre est à 38°,2. Une heure plus tard, il monte à 39°,8, puis à 42 degrés. On donne 1 gramme d'antipyrine. Au bout d'une heure, la température tombe à 39°,2. Le soir, un second gramme d'antipyrine; le thermomètre descend à 38 degrés.

6 avril. — Le malade va mieux. Toute la rougeur a disparu. Le genou est peu sensible. Les drains n'ont pas été retirés, de crainte d'arthrite purulente; il y en a deux courts latéraux, qui vont dans le foyer de la fracture et qui fonctionnent bien, et un troisième dans l'abcès péri-articulaire.

Les fils d'argent de la suture ne tiennent manifestement qu'au fragment inférieur; je les retire. — Température, 38°,2; soir, 39°,2.

Malheureusement le malade a un état général mauvais. Les idées délirantes qu'il avait autrefois ont reparu.

8 avril. — Même état; nuit mauvaise. Le malade a de la diarrhée. Sa plaie est indolente, et il est remarquable que la sécrétion est séreuse et presque insignifiante.

9 avril. — Hier soir, le malade a prétendu qu'il devait se lever, il a défait sa gouttière et ployé sa jambe. Il en est résulté une rupture de la cicatrice. Le matin, je trouve la plaie béante remplie de bourgeons charnus, les uns vivaces, les autres pâles. Au niveau des fragments sont des masses blanches épaisses, mais peu résistantes. La plaie a peu saigné. Pansement ouvert à l'iodoforme et à la gaze au sublimé.

Le malade ne mange pas. Il a un peu de fièvre tous les soirs et s'affaiblit visiblement.

14 avril. — Le malade se plaint de son genou droit qui est tuméfié et rouge. En le pressant un peu, je fais sortir du pus par la plaie. Je place un drain qui va jusque dans l'articulation qui contient le pus.

Le malade n'accuse que de faibles douleurs, mais il est très faible; il a des râles muqueux dans les deux poumons.

20 avril. — Le malade a continué à s'affaiblir, et il laisse échapper des matières et les urines involontairement.

Le genou, qui est lavé à la solution de sublimé à 1/1000e et pansé à l'iodoforme, ne suppure que fort peu.

25 avril. — Le malade, qui s'est affaibli progressivement, meurt avec un délire tranquille.

Jamais il n'a rien présenté ni dans les poumons, ni dans les autres articulations, qui rappelât l'infection purulente.

L'autopsie n'a pas été permise. Le genou a été enlevé. Les fragments étaient écartés de 4 centimètres. Entre eux était une masse gélatineuse, très dense, surtout au contact de la rotule. Cette masse pâle, peu vivante, ne paraissait avoir aucune tendance à la réparation. La jointure ne contenait qu'une quantité de pus insignifiante, et elle était tapissée de fausses membranes épaisses. Le reste du cadavre n'a pu être examiné que superficiellement, mais ne présentait rien de remarquable. Les articulations n'étaient nulle part tuméfiées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Nocard, Trasbot et Pierre Meynier qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

2° Une *Étude sur le choléra infantile*, par M. Pigeon;

3° Une *Note sur la crème*, par M. Charles Husson.

M. le Président rend compte de la visite faite par le bureau de l'Académie à M. le ministre de l'instruction publique.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Dechambre.

DISCUSSION SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

M. Maurice Perrin rappelle qu'en 1873, M. Panas était encore partisan du procédé de Græfe, auquel il a complètement renoncé depuis. Or, dès cette même époque, M. Maurice Perrin avait renoncé lui-même au procédé de Græfe, irrationnel en théorie et peu satisfaisant en pratique. Il en était revenu à la méthode française de Daniel, légèrement modifiée, à petit lambeau supérieur, tout en conservant une iridectomie partielle, limitée à la portion de l'iris qui débordait la plaie cornéenne. Cette iridectomie est utile quand les fibres du sphincter sont affaiblies, lorsque, surtout, la cataracte est dure, volumineuse et trop brusquement expulsée, lorsque l'œil est atteint d'un léger degré de myopie, et l'iris temporairement frappé d'inertie. On a fort peu à espérer alors, s'il

est tombé en procidence, qu'il se redresse de lui-même, et le mieux est de le réséquer immédiatement. Quelquefois l'inertie de l'iris s'accentue encore dans les jours qui suivent l'opération et peut aboutir à une synéchie de l'iris. M. Perrin en cite un exemple. Ainsi l'excision de l'iris, justement abandonnée comme temps régulier de la cataracte, paraît devoir être conservée dans tous les cas où l'iris a été violenté, contusé, déplacé pendant l'opération.

La seconde remarque que M. Perrin s'est proposé de faire est relative à l'antisepsie en chirurgie oculaire.

L'utilité des lavages intra-oculaires avec un liquide antiseptique ne lui paraît pas démontrée. Il attribuerait plutôt les résultats obtenus par M. Panas dans le cours des dernières années à son habileté bien connue.

Somme toute, la suppuration de la cornée et de l'iris amenant la perte de l'œil après l'opération de la cataracte, est devenue, même en dehors de toute antisepsie, un accident rare. M. Perrin ne l'a observée que 3 fois en douze ans; et, dans 2 de ces cas, il s'agissait de diabétiques; la troisième fois, la douleur excessive accusée durant l'opération prouvait que l'innervation de cet œil ne se faisait pas dans des conditions tout à fait normales. Le lavage de l'œil a l'inconvénient d'augmenter la durée de l'opération sans avantage bien appréciable.

En terminant, M. Maurice Perrin préconise un petit instrument qu'il a inventé, sous le nom de *greffe capsulaire*, pour récliner la plus grande partie de la cristalloïde, au lieu de se borner à l'inciser linéairement, et pour faire disparaître ainsi une des causes les plus fréquentes des cataractes secondaires.

LECTURE

Sur les alcaloïdes dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux. — M. GAUTIER lit sur ce sujet la première partie d'un mémoire que l'heure avancée ne lui permet pas d'achever dans cette séance.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXIII

Glace à la mi-avril.

En 1835, dans la nuit du 16 au 17 avril, après une série de températures élevées qui avaient donné une grande impulsion à la végétation, le thermomètre descendit à — 3° R. Cette glace frappa de mort presque tous les bourgeons de la vigne et les jeunes pousses des arbres fruitiers.

Chute d'un pont en pierre sur l'Adour.

Le 31 mai de la même année, par un très beau ciel, l'Adour prit un accroissement progressif très considérable attribué à la fonte des neiges dans la région pyrénéenne. Le 1er juin, à cinq heures du matin, le pont du Balm, sur la route départementale, fut renversé de fond en comble, toute la chaussée entre les deux ponts fut envahie par les eaux. Ce pont en pierre, de construction récente, avait coûté 30000 francs; son arche unique n'était pas assez large.

Éclipse de lune.

Le 20 avril 1837, à sept heures du soir, j'allai, avec beaucoup de curieux, sur la promenade de Morlane, pour être témoin de l'éclipse de lune annoncée par les journaux. Le coucher du soleil était remarquable par une teinte rouge orangée de l'éclat le plus pur; à l'horizon oriental, l'éclipse lunaire commençait à l'heure indiquée; le segment de son disque, d'abord lumineux, se ternit graduellement jusqu'à huit heures un quart, puis le disque disparut entièrement; c'était l'heure où cet astre passait au plein. L'obscurité fut complète jusqu'à neuf heures un quart; un segment du disque reparut peu à peu, mais sans éclat; à dix heures et demie, le disque était complètement découvert, le clair de lune très argenté; ciel serein, avec une légère brise du nord.

Grêle du 19 juin 1839.

Par un temps superbe, entre cinq et six heures du soir, une grêle terrible fondit sur notre riche campagne qui fut ravagée en quelques minutes; les vieillards n'en avaient jamais vu de semblable. Les céréales, qui promettaient la plus belle moisson, les vignes qui donnaient les meilleures espérances, tout fut dévasté dans les champs; les arbres, les haies, les maisons, subirent d'horribles mutilations; l'aspect de la campagne rappelait la saison de Noël. Dans les avenues de la ville, le sol était jonché de branches arrachées des arbres; les murailles étaient criblées de trous creusés par les grêlons qui frappaient comme des balles de calibre; les chaumes du blé disparaissaient enfouis dans le sol; nos malheureux laboureurs venaient, les larmes aux yeux, annoncer les désastres survenus dans les métairies. Le préfet du département, M. Curel, qui n'avait jamais vu pareil fléau, se rendit dans notre ville le lendemain du sinistre. En parcourant avec moi les environs de la cité, il avait peine à comprendre l'étendue et la rapidité du désastre. Les champs étaient parsemés d'oiseaux, de lièvres, de perdrix, de volailles massacrés par les projectiles aériens. Nous reçûmes à l'hospice un homme criblé de contusions pour être resté quelques secondes exposé aux atteintes des grêlons; la plupart de ceux-ci avaient la grosseur d'une noix avec son brou, presque tous sphériques, du diamètre de 20 lignes. Les pertes, pour la commune de Saint-Sever, furent évaluées à 500000 francs. Plus de 40 communes de l'arrondissement furent saccagées par ce fléau qui sévit pendant un quart d'heure.

Éclipse de soleil du 8 juillet 1842.

Après avoir observé cette éclipse, j'écrivis à l'illustre Arago la lettre suivante :

« Monsieur et illustre collègue,

Quoique plus familiarisé avec les plus minimes productions de la terre qu'avec les phénomènes célestes, j'ai, comme tant d'autres, obéi aujourd'hui à votre savante impulsion, et, avec mon verre enfumé, je suis allé sur un point culminant assister au lever du soleil. Vers quatre heures trois quarts, par un temps calme et beau, après des températures quotidiennes de 29 degrés à l'ombre, je vis une légère mais sensible échancrure à la partie supérieure et latérale du disque solaire; de proche en proche, cette échancrure a envahi tout ce côté de l'astre et a dégénéré en un véritable croissant à cornes aiguës dont la concavité regardait le midi et la convexité le nord. La lueur du soleil était alors pâle et blafarde. Vers cinq heures et demie, le croissant avait la concavité tournée vers l'ouest et la convexité vers l'est. Dans ce moment, l'éclat de la lumière était très diminué et sa teinte d'une pâleur remarquable; chacun a prononcé le nom de crépuscule pour exprimer cet état. On a constaté aussi une sensation de fraîcheur dans l'atmosphère. Les moineaux chantaient comme pour leur coucher. Après cette phase crépusculaire, la concavité du croissant alla en diminuant et se tournait vers le nord. A cinq heures trois quarts, le soleil avait repris son éclat ordinaire. La ville de Saint-Sever, ma résidence, se trouvant placée à l'extrémité opposée de la latitude de Montpellier où, d'après les journaux, l'éclipse a dû être plus complète, j'ai cru de mon devoir, Monsieur, comme correspondant de l'Académie, de vous transmettre sans nulle prétention ce que j'ai vu. »

Sécheresse prolongée en 1861.

A la fin de mai 1861, notre région n'avait pas eu de pluie depuis cinquante jours; cette sécheresse continue à cette époque de l'année fut très nuisible non seulement aux prairies, mais aussi aux céréales; elle retarda la semaison du maïs. Dans la pre-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 21.

mière semaine du même mois, j'observai deux gelées qui, malgré la sécheresse, frappèrent de mort beaucoup de bourgeons de la vigne. Le 30, à la suite d'un orage, des averses répétées vinrent consoler la terre et ses habitants.

QUELQUE CHOSE SUR L'HISTOIRE DE LA POLITIQUE A SAINT-SEVER ET SUR DES FAITS DIVERS DE MA VIE PRIVÉE.

1815-1863

En mars 1815, l'évasion de Napoléon de l'île d'Elbe, son débarquement à Cannes, sa marche rapide vers Paris, jetèrent l'épouvante parmi nos autorités locales. L'adjoint au maire proclama lui-même dans les murs de la cité la mise à prix de la tête de Napoléon et l'ordre de courir sus pour le livrer mort ou vif. Trois jours après, on apprend la nouvelle officielle de l'arrivée de Napoléon à Paris sans coup férir et de la fuite précipitée de Louis XVIII à Gand. Cette brusque révolution nous remit à un règne impérial qui dura cent jours. Les administrateurs royalistes furent remplacés. Un jeune homme sorti des coulisses d'un théâtre de Paris, M. Harel, devint préfet des Landes; il était lié avec mon ami Bory de Saint-Vincent dont il me remit une lettre, et crut devoir me nommer conseiller général du département. Je pris part à une session extraordinaire avec M. Dufau père; mais, à l'occasion d'une réquisition par trop arbitraire, nous refusâmes au préfet notre adhésion.

M. de T..., qui avait les sympathies de la population, fut installé comme sous préfet, M. D..., à la mairie. Le colonel Dubalan (de Saint-Sever), qui était à Lyon lors du passage de l'empereur, fut le seul officier supérieur resté fidèle au serment pour la famille royale; mais, après quelques semaines, il ne résista pas à l'entraînement général des troupes, il redemanda du service; il fut tué sur le champ de bataille de Waterloo. Notre brave général Durrieu suivit aussi l'empereur et fut grièvement blessé dans cette mémorable journée.

Le général Lamarque fut chargé de la mission délicate et difficile de pacifier l'insurrection royaliste de la Vendée. Après cette campagne honorablement terminée et le désastre de Waterloo, le général se retira dans ses foyers, à Saint-Sever, pour y attendre sa proscription; il y fut l'objet d'une surveillance policière très ombrageuse. Un jour de course de taureaux, l'animal ayant franchi les barrières de la place, les teneurs de corde, soit accidentellement, soit à bon escient, le suivirent dans la rue où le général avait son domicile. Le sous-préfet, vicomte de Ch., mécontent de l'honneur rendu au général, courait à toutes jambes vers les teneurs de corde, plus agiles que lui. Peu de temps après, Lamarque reçut l'ordre de se rendre à Libourne, d'où il fut exilé en Belgique avec les trente-huit proscrits politiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé hier soir mardi 12 janvier 1886.

Ont été nommés :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Vignard, Nicolle, Vignalon, Jacquinot, Hudelo, Springer, Drouet, Chevalier, Léon, Daubigny,

11. Regnault, De Fleury, Legueu, Jondeau, Legry, Mouls, Cazals, Coffin, Tissier, Jonnesos,

21. Rollin, Prioleau, Reboul, Wickham, Janet, Thierry (Paul), Grandhomme, Parmentier, Gautier (Henri), Deroche,

31. Pinel-Maisonneuve, Temoin, Cousin, Caussade, Bouisson, Delagénière, Bruhl, Legrand, Baudouin, Mantel,

41. Maurin, Laskine.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Lyon, Isch-Wall, Conzette, Hautecœur, Thouvenet, Pallier, Despaigne, Iscovescou, Cohen, Sardou,

11. M. Mathieu-Sicaud, Mlle Klumpke, MM. Bataille, Boulay, de Grandmaison, Dupré, Reblaud, Pfender, Bellanger, Le Noir,

21. Dagron, Mauny, Bourges, Roussan, Melchior-Robert, Macry, Gommier, Sollier, Charier, Thierry,

31. Lefebvre, Gauthier, Wassilief, Thomas, Thibault, Laffitte, de Lostalot-Bachoué, Bezançon, Bouchut, Garnier,

41. Raoult, Thierry (Frédéric), Couder, Evrain, Mauclaire, Arnould, Mosny, Bernhein, Alexandre, Souplet,

51. Aubert, Courtois-Suffit, Baumgarten, Pilliet, Oustaniol et Dussaud.

— *Concours de l'agrégation.* — A la suite de la seconde épreuve, le jury a décidé que seuls seraient admis à subir la troisième épreuve (leçon orale après vingt-quatre heures de préparation), les vingt et un candidats dont les noms suivent :

Ce sont, classés dans l'ordre dans lequel ils devront subir cette épreuve : MM. les docteurs Lemoine, Letulle, Barth, Déjérine, Gaucher, Brousse, Sardat, Weill, Lobert, Ballet, Brissaud, Chuffard, Chauffard, Grenier, Simon, Dubreuilh, Lannois, Moussous, Parizot, Boinet et de Beurmann.

Le jour où l'épreuve commencera n'est pas encore fixé.

— Par application de la décision ministérielle du 11 février 1885, réglant les conditions de stage à l'École d'application du service de santé militaire, les élèves dudit service reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de stagiaire, pour prendre rang aux dates ci-après indiquées, savoir :

Docteurs en médecine. — MM. Gury, de la Charité, à Lyon (rang du 1er novembre 1885). — Rioblanc, du Gros-Caillou (5 novembre 1885). — Pettier, de Rennes, et Courcenet, de Saint-Martin (6 novembre 1885). — Feuillade, de Saint-Martin; Guibal, de Nancy; Forestier, de la Charité, à Lyon, et Labitte, de Nancy (1er novembre 1885). — Descubes, de Bordeaux (16 novembre 1885). — Delom-Sorbé, de Bordeaux (18 décembre 1885). — Jobert, de la Charité, à Lyon (20 novembre 1885). — Dieu, du Gros-Caillou (17 décembre 1885). — Thirion, de Nancy; Colle, de Saint-Martin; Douillet, de la Charité, à Lyon; Notin, de Saint-Martin, et Bergasse, de Montpellier (1er novembre 1885). — Aubin, de Bordeaux (14 décembre 1885). — Gilbert, de Saint-Martin (17 décembre 1885). — Rouffignac, de Saint-Martin (5 novembre 1885).

MM. Alvernhe, de Montpellier; Dalphin, de la Charité, à Lyon; Herr, de Saint-Martin, et Villiers, de Nancy (1er novembre 1885). — Chevalier, de la Charité, à Lyon (4 novembre 1885). — Cot, de Montpellier, et Creton, de Bordeaux (1er novembre 1885). — Lairac, de Saint-Martin (3 décembre 1885). — Dicquemare, de Montpellier (23 décembre 1885). — Lorin, de Nancy; Manoha, de Montpellier; Marlier, de Nancy; Delarocheaulion, de Saint-Martin; Puig, de la Charité, à Lyon, et Cherpitel, de Nancy (1er novembre 1885). — Routier, de Bordeaux (22 décembre 1885). — Monphous, de Bordeaux (16 décembre 1885).

Pharmaciens de première classe. — MM. Fleury, de Saint-Martin (15 décembre 1885). — Cuminet, de Nancy (7 novembre 1885). — Rouffilange, du Gros-Caillou (1er novembre 1885). — Charaux, de Nancy (7 novembre 1885). — Dion, du Gros-Caillou; Lafrogne, de Nancy; Berthod, de Saint-Martin; Starck, de Nancy, et Chirouse, de la Charité, à Lyon (1er novembre 1885).

— Par décret, en date du 11 janvier 1886, M. Leconte, médecin de deuxième classe de la marine, démisssionnaire, a éte nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— L'administration de l'Assistance publique, à Paris, a décidé que les deux services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière seraient très prochainement dédoublés pour la création : 1° d'un troisième service exclusivement réservé aux hommes; 2° d'un service spécial d'ophthalmologie avec traitement externe.

— M. le docteur Delaporte est nommé médecin de la Préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Worms, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite; M. Delaporte, est désigné pour remplir les fonctions de médecin en chef de l'octroi de Paris.

— MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 27 janvier 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin, par le docteur Ch. VIRY. 1 vol. in-18, avec 42 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18877.

N° 7. — SAMEDI 16 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 16 JANVIER 1886. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cirrhoses hépatiques alcooliques. — Étiologie.

M. Lancereaux a choisi pour premier sujet des leçons cliniques qu'il fait en ce moment à l'hôpital de la Pitié les cirrhoses hépatiques; il a commencé par l'histoire de la cirrhose alcoolique, se proposant d'en étudier successivement les causes, les lésions, les symptômes, l'évolution, les formes ou variétés, le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique. Sa première leçon a été uniquement consacrée à l'étiologie de la cirrhose alcoolique. Bien que ces mots : « causes » de la cirrhose « alcoolique » semblent impliquer un pléonasme, le qualificatif de la maladie indiquant assez par lui-même sa cause, nous croyons devoir les maintenir ici, parce que, comme on va le voir par les développements qui suivent, c'est moins l'alcoolisme proprement dit, comme on l'entend généralement, c'est-à-dire l'intoxication par l'abus de l'eau-de-vie et des liqueurs spiritueuses, qui est en cause, que l'abus ou l'usage excessif du vin. C'est, du moins, ce qui ressort des observations et de l'étude spéciale sur ce sujet de M. Lancereaux, que nous allons laisser parler maintenant.

La cirrhose alcoolique, dit M. Lancereaux, est, à Paris même, la plus répandue des affections de ce genre; mais il y a lieu de faire remarquer que, loin de suivre les progrès de l'alcoolisme, cette cirrhose tend plutôt à diminuer de fréquence depuis que l'abus des alcools de grains est venu se substituer à celui du vin proprement dit.

Le vin serait, en effet, à ses yeux, la cause la plus ordinaire et peut-être unique de la cirrhose du buveur. Les preuves qu'il en donne sont les suivantes :

1° La fréquence relative de la cirrhose dans certains pays vignobles;

2° La constance pour ainsi dire des excès de vin chez les cirrhotiques en question.

L'observation apprend, en effet, que dans les pays vignobles où l'on s'adonne à des excès de vin, la cirrhose est d'une fréquence relativement grande et digne de remarque; c'est plutôt encore dans les lieux où l'on consomme le vin blanc, que dans ceux qui ne produisent que du vin rouge, que cette fréquence est le plus manifeste. Ainsi, les vignerons des bords du lac de Genève, et notamment ceux des environs de Lausanne qui récoltent un vin blanc recherché, et généralement connu sous le nom de vin d'Ivorne, sont très sujets à la cirrhose.

D'un autre côté, il est facile de reconnaître qu'en dehors des pays vignobles, dans les petites localités ou dans les grandes villes comme Paris, les personnes qui se livrent de préférence aux excès de vin sont celles chez lesquelles la cirrhose est le plus souvent constatée. Les premières observations de M. Lancereaux, qui remontent à vingt ans, comme celles d'aujourd'hui concordent à cet égard.

Sur un total de 92 faits de cirrhose alcoolique qu'il a relevés depuis vingt-cinq ans avec le plus grand soin, les simples excès de vin sont notés 22 fois; les excès de vin et d'eau-de-vie, 62 fois; les excès de bière et de vin, 1 fois; les excès de cidre et de vin, 1 fois; les excès d'eau-de-vie, cognac, rhum ou absinthe, 6 fois. M. Lancereaux conclut de ce relevé, et cela semble en ressortir manifestement, que le vin est la cause efficiente de la cirrhose, puisque l'abus de cette boisson est signalé 86 fois sur 92, et dans les cas où il n'est question que d'excès de liqueurs, il est tenté de croire que les malades n'auront pas été interrogés sur l'abus qu'ils pouvaient faire du vin.

Quant à la quantité de vin des vingt-quatre heures, elle variait, d'après l'aveu même des malades, de 2 à 6 litres.

La qualité du vin était également variable; il s'agissait, le plus souvent, du vin que vendent à Paris les marchands de vin à raison de 0,80 centimes le litre, mais parfois aussi, 15 à 16 fois sur 92, les malades ont convenu qu'ils buvaient chaque matin, à jeun, un demi-litre environ de vin blanc. Le vin, par conséquent, est, à n'en pas douter, la cause efficiente principale, sinon absolue, de la cirrhose, et toujours il paraît être plus dangereux pris à jeun que pris aux repas.

Recherchant quel est dans le vin le principe qui irrite le foie et produit la cirrhose, M. Lancereaux est arrivé à reconnaître que ce n'est pas tant l'alcool que les acides et les autres substances du vin qui sont ici en cause, puisque les personnes ne faisant abus que de spiritueux ne deviennent pas cirrhotiques.

La cirrhose du buveur ne se rencontre ni dans le jeune

âge où l'on n'a pu encore faire les excès qui l'engendrent, ni dans un âge avancé auquel parviennent difficilement les personnes qui font abus des boissons spiritueuses. Les observations très explicites à cet égard donnent les résultats qui suivent :

De vingt à trente ans, 5 cas ; de trente à quarante ans, 22 cas ; de quarante à cinquante ans, 35 cas ; de cinquante à soixante ans, 20 cas ; de soixante à soixante-dix ans, 10 cas.

Ces résultats, intéressants à plusieurs points de vue, montrent entre autres choses que la cirrhose du buveur est une affection toujours acquise, et qu'elle n'est pas engendrée uniquement par l'alcool, car les individus qui font abus des eaux-de-vie du commerce ne dépassent guère cinquante-cinq à soixante ans.

L'analyse de ces mêmes observations, au point de vue du sexe, donne 18 femmes pour 74 hommes, c'est-à-dire un peu moins du cinquième des cas. Les habitudes de celles-ci ne diffèrent pas de celles des hommes, et si la fréquence de la cirrhose est plus grande chez ces derniers, c'est uniquement parce qu'ils font plus facilement des excès de vin. Il y a lieu de remarquer toutefois que la cirrhose graisseuse est pour elles, à l'inverse de ce qui existe chez l'homme, la forme cirrhotique la plus commune, ce qui tient sans doute à leurs habitudes ordinairement sédentaires.

Les professions de cette catégorie de malades étaient très variables ; les femmes, pour la plupart, étaient des blanchisseuses, des cuisinières ou encore des couturières, mais on sait que cette profession sert quelquefois à en cacher d'autres. Les hommes exerçaient généralement le métier de charretier, de camionneur ou de cocher, de marchand ambulant, de commissionnaire, de porteur aux halles, de cuisinier, de tailleur et de cordonnier.

Le lieu de naissance variait également ; toutefois l'Ile-de-France tenait le premier rang, 32 fois sur 92 ; venait ensuite la Normandie, 10 cas ; la Lorraine, la Savoie, la Champagne, l'Auvergne et la Bourgogne, avec chacun 4 ; la Bretagne, l'Orléanais et la Touraine, chacun 3 ; la Picardie, l'Alsace, la Franche-Comté et le Limousin, chacun 3 ; le Poitou, la Flandre, la Guyenne et la Gascogne, chacun 2 ; enfin la Belgique, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne étaient représentées chacune par 1 malade.

Cette statistique, où les pays vignobles se trouvent représentés, tandis qu'ils ne l'étaient pas dans les précédentes, en montrant que la cirrhose des buveurs n'a pas la même distribution géographique que l'alcoolisme proprement dit, vient à l'appui de la manière de voir de M. Lancereaux, touchant l'étiologie de l'affection en question.

Prolapsus vaginal simple. — Résection de larges lambeaux de la muqueuse vaginale. — Élytro-périnéorrhaphie.

Un cas assez rare s'est présenté tout récemment dans le service de M. Trélat, à la clinique de la Charité : c'est un cas de prolapsus de la muqueuse vaginale, simulant au premier abord un abaissement utérin ou un polype. Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans, bien constituée, bien portante d'ailleurs, qui s'est aperçue, à la suite de son dernier accouchement, que chaque fois qu'elle faisait un effort, elle sentait comme un corps tendant à faire issue au dehors des parties génitales. Cette tendance s'étant accrue de plus en plus, elle est devenue telle aujourd'hui, que chaque effort est effectivement accompagné de l'issue à travers la vulve d'un corps volumineux, régulièrement arrondi, sans aucun orifice, ce dont on s'assure aisément en l'attirant au dehors, ayant l'aspect de la tunique vaginale et en présentant les plicatures exagérées. Lorsque l'on contourne cette tumeur avec le doigt, on reconnaît qu'elle se continue en arrière avec la muqueuse vaginale jusqu'aux culs-de-sac, en donnant toutefois au doigt la sensation d'inégalités. Si l'on cherche à atteindre l'utérus, on n'y parvient que très difficilement ; il est, en effet, très élevé, il paraît parfaitement normal, d'ailleurs.

En passant de la paroi postérieure à la paroi antérieure de cette tumeur, on y constate l'existence des mêmes grands replis vaginaux qu'en arrière. Rien d'anomal à l'orifice vulvaire qui n'est pas sensiblement déformé, à peine un peu délabré et point démesurément ouvert. Le ventre ne présente point non plus de déformation appréciable. Enfin, en introduisant le spéculum, qu'il faut pousser très loin, on ne voit que les grands replis du vagin, sans autre altération, et au fond le col utérin, dans les conditions normales. Ainsi entre une vulve presque normale, un plancher périnéal régulier et un utérus tout à fait normal, se trouve une muqueuse vaginale hypertrophiée, beaucoup trop longue, et faisant prolapsus.

Nous n'avons pas à faire ici le diagnostic différentiel de cet état insolite, avec les divers degrés d'abaissement, de chute ou de déviation, antéversion ou rétroversion de l'utérus, dont on connaît très bien le mécanisme et les causes. Rien de semblable ici. Les choses sont on ne peut plus simples : prolapsus du vagin par excès de longueur, sans aucune participation de l'utérus, qui conserve sa situation et ses rapports réguliers.

En présence de cet état, y avait-il lieu d'intervenir chirurgicalement ? et de quelle manière pouvait-on intervenir ? Voyant cette femme d'ailleurs bien portante et n'accusant que cette infirmité, qui n'était même pas pour elle l'occasion de véritables souffrances, M. Trélat eut d'abord la pensée de s'abstenir. Mais une plus mûre réflexion l'a déterminé à agir. En voici les motifs.

Ce prolapsus déjà ancien, qui s'est graduellement accru et tend toujours à s'accroître de plus en plus, si on le livre à lui-même, ne peut manquer, à un moment donné et qui peut être prochain, de faire céder par ses pressions répétées la résistance du plancher périnéal, resté jusqu'ici intacte. A partir de ce moment, nul doute que l'infirmité ne s'accroisse rapidement et n'acquière des proportions qui finiraient par constituer une infirmité des plus gênantes et même grave.

En considération de ces prévisions, M. Trélat s'est arrêté à l'idée d'une opération, dont voici le plan.

Rien à faire ici à l'utérus, qui est, comme on l'a vu, dans des conditions normales, comme texture, comme situation et rapports. C'était sur le vagin trop long et procidant, que devait porter d'abord et principalement l'opération. Elle était tout naturellement indiquée ; elle devait consister à réséquer partiellement les plis exubérants de la muqueuse vaginale et à en suturer les bords de section. Mais on a vu que la vulve, bien que n'étant pas précisément déformée, était cependant le siège d'une petite déchirure qui devait nécessairement en diminuer la résistance. Il fallait donc faire une opération complexe ou composite, consistant : 1° à réséquer les parties exubérantes du vagin, et à pratiquer ensuite une élytrorrhaphie ; 2° à faire une périnéorrhaphie partielle, ou, en d'autres termes, et pour désigner cette

opération composite par un seul mot, il s'agissait de faire ce que les chirurgiens allemands ont appelé la colpo-périnéorrhagie.

Cette opération devait être faite ainsi : faire écarter les grandes lèvres, tailler et enlever de la paroi postérieure du vagin un large lambeau de muqueuse jusqu'à la vulve, en prenant les plus minutieuses précautions pour ne point atteindre le rectum ; puis aviver la portion correspondante de la vulve qui devra être accolée ensuite à la section inférieure du vagin. On aura ainsi en arrière et en bas du conduit vaginal un triple rang de suture ; et du même coup on obtiendra un rétrécissement de la vulve.

Telle est l'opération que M. Trélat a pratiquée séance tenante et dont nous ferons connaître plus tard les résultats.

Les quelques recherches que nous avons faites pour retrouver dans les annales de la gynécologie des cas analogues à celui que nous venons de rapporter ne nous ont donné qu'une assez médiocre récolte. Bien que les auteurs classiques décrivent comme prolapsus simple du vagin l'élongation et la mobilisation de la muqueuse vaginale, formant des replis soit antérieurs, soit postérieurs et faisant saillie en dehors de l'anneau vulvaire, on n'en trouve, en réalité, qu'un assez petit nombre d'exemples cliniquement constatés, tels que le fait de Widmann, où il s'agit d'une tumeur pyriforme, simulant une chute de matrice, et que la dissection démontra n'être formée que par la membrane muqueuse vaginale, et celui de Noël, rapporté de deuxième ou troisième main, et peut-être à cause de cela un peu suspect, où il est dit que la membrane vaginale descendait jusqu'aux genoux. La plupart des autres faits rapportés ont trait à des prolapsus vaginaux, compliquant, soit des cystocèles, soit des rectocèles, des procidences utérines ou des hypertrophies du col utérin.

L'histologie. — Quelques-unes de ses applications immédiates à la pratique médicale.

La curiosité et l'intérêt naturel qui s'attachent aux débuts d'un professeur qui aborde la chaire, précédé d'une légitime réputation de savoir et de talent, nous ont fait dévier de notre direction habituelle pour aller entendre le nouveau professeur d'histologie, M. Mathias Duval. Nous en avons été récompensé par le plaisir que nous a procuré une exposition méthodique, claire, facile, de l'objet même du cours, des origines et de l'histoire de cette branche nouvelle de la science, issue de l'anatomie générale, dont elle n'est qu'un prolongement. Toute jeune qu'elle soit encore, elle compte déjà dans son court passé, par les services qu'elle rend journellement et qu'elle est à même de rendre de plus en plus à la médecine clinique et à la pratique générale de la médecine. A la médecine clinique, en éclairant des points obscurs et difficiles de diagnostic ou en révélant les lésions élémentaires ou primordiales d'où procèdent les principaux phénomènes morbides ; et à la pratique générale de la médecine, dans ses diverses divisions et dépendances, par les applications utiles qui peuvent en être faites soit en thérapeutique, soit en médecine légale, soit en hygiène.

C'est surtout cette partie du programme du nouveau professeur qui nous a paru plus particulièrement intéressante, en nous montrant par des exemples topiques que l'histologie n'est point seulement cette science pure, qui a reculé les limites de nos connaissances anatomiques en substituant à la notion des tissus celle de leurs éléments primordiaux irréductibles, mais une science applicable et susceptible d'éclairer et de diriger dans maintes circonstances l'esprit et la main du praticien. Lorsqu'on fait de la physiologie, disait Cl. Bernard, on cherche soit par l'observation, soit par l'expérimentation, à saisir sur le fait l'action fonctionnelle des divers organes, mais on ne s'adresse pas à leurs éléments. Et M. Mathias Duval de citer cette comparaison du maître avec l'individu qui croirait connaître une ville après en avoir parcouru les rues, alors que ce n'est qu'en pénétrant dans les maisons et dans l'intérieur même des familles qu'on acquiert des notions réelles et utiles sur les populations. C'est ainsi qu'en étudiant la circulation, il est arrivé à reconnaître que c'est le globule rouge du sang qui s'empare de l'oxygène. Ce sont les études histologiques qui nous ont appris également l'affinité des globules rouges pour l'oxyde de carbone. En médecine, comme en chirurgie, on ne comprendrait que très imparfaitement les lésions du système osseux, si l'on ne pénétrait dans ses éléments constitutifs. Lorsque le chirurgien fait une ligature d'artère, il ne suffit pas qu'il connaisse l'ordre de superposition des diverses tuniques qui la constituent, il faut qu'il en connaisse également la composition élémentaire.

En pathologie, quand on a cherché, par exemple, à se rendre compte de la paralysie infantile, on est arrivé à reconnaître l'élément de la moelle sur lequel porte la lésion.

En toxicologie, on ne se borne plus à constater l'action de chaque poison sur tel ou tel animal, tel ou tel individu, mais on s'attache à déterminer sur quel tissu et sur quel élément de ce tissu se porte cette action. De même pour l'étude de la manière d'agir des médicaments, qui ne sont autres, pour la plupart, que des poisons.

Enfin, la médecine légale utilise tous les jours l'examen microscopique pour déterminer la composition ou la nature d'une tache sanguine ou d'une tache spermatique. Il serait presque banal de rappeler les services que rend également, à chaque instant, l'examen microscopique des crachats ou des urines.

Ce court et très substantiel préambule, dont nous ne faisons qu'esquisser ici les principaux linéaments, a conduit M. Mathias Duval à s'engager dans l'étude de l'élément anatomique le plus important, la cellule.

Des applaudissements unanimes, partis de tous les points du grand amphithéâtre de l'École, ont salué les débuts du nouveau professeur.

GROSSESSE ET TUBERCULOSE

Par M. le docteur E. Martel,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

L'influence fâcheuse du mariage et de la grossesse sur la marche de la tuberculose pulmonaire est chose connue, presque banale, grâce à la difficulté que nous rencontrons à convaincre les intéressés des dangers auxquels ils s'exposent.

L'observation suivante me semble présenter quelque intérêt par la netteté et la rapidité des résultats de l'infraction aux lois de l'hygiène morbide.

Mlle X..., jeune fille grande et mince, mais se considérant comme très bien portante, éprouva, deux années de suite, à la fin de l'hiver, des atteintes de bronchite sans gravité apparente et qui furent considérées par l'entourage comme de simples rhumes,

malgré mes affirmations que la guérison n'était pas complète et qu'une ou même plusieurs saisons thermales seraient nécessaires pour l'assurer. En effet, bien qu'à la suite de chaque atteinte la toux cessât presque complètement, et que l'embonpoint se rétablit, au moins d'une façon relative, il restait toujours sous les clavicules, surtout à droite, un foyer de craquements humides, avec submatité en ce dernier point.

En somme, les deux dernières années s'étaient bien passées, quoiqu'il fût constant que, malgré sa limitation, la lésion du parenchyme persistait.

Toujours est-il qu'on crut pouvoir marier la jeune fille, sans que je fusse mis à même d'exprimer mon opinion sur ce sujet.

Quelques semaines après l'événement, au retour d'un voyage qui l'avait fatiguée, je revis Mme X..., qui ne se plaignait que de catarrhe pharyngien. Mais déjà l'affection pulmonaire était *repartie.*

Le mois suivant, je constatai les progrès rapides de l'infiltration et de la bronchite concomitante. L'état général s'altéra.

Des symptômes gastriques attribués d'abord à des indigestions sans causes suffisantes éveillèrent mes doutes. Je sus alors que les règles n'avaient pas reparu, et que la grossesse pouvait strictement être admise. Bientôt quelques signes du côté du ventre et des seins rendirent toute méprise impossible.

Alors tous les accidents s'accentuent avec une effroyable rapidité. La chambre, puis le lit, ne peuvent être quittés. La diarrhée devient incoercible; je n'ai pas besoin de dire que le traitement avait suivi dans tous leurs détails les nouvelles indications, mais sans aucune efficacité.

Un matin enfin, survient brusquement une oppression violente, sans douleur d'abord, puis plus tard accompagnée de sensations bizarres et pénibles dans le côté gauche. Malgré tous les secours, la mort a lieu le soir du même jour. Je l'attribue à un pneumothorax qu'on ne peut constater, tout mouvement de la malade étant impossible.

C'était le soixante-quinzième jour précis de l'imprégnation.

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants.

Par le docteur Achenné.

S'il est vrai, comme l'enseignent les auteurs les plus autorisés, West notamment, que les organes digestifs de l'enfant acquièrent l'aptitude à digérer les substances amylacées, plusieurs mois seulement après la naissance; s'il est vrai que la salive si abondante qui s'écoule de la bouche du nourrisson en travail de dentition, est dépourvue de diastase et impropre, par conséquent, à modifier la fécule ou amidon, l'alimentation prématurée au moyen de bouillies, de panades, de soupes, etc., est condamnée scientifiquement, au nom de l'anatomie et de la physiologie.

Mais cette démonstration était vraiment superflue. La clinique ne l'a que trop souvent fournie aussi probante que peuvent la demander les plus sceptiques et les moins clairvoyants. Pour le médecin, la question est vidée et la discussion oiseuse.

Nous admettons tous, avec unanimité, comme premier principe d'alimentation dans la première enfance, que le lait seul doit constituer l'aliment exclusif jusqu'au sixième mois, et quelquefois jusque vers la fin de la première année.

Mais quand vient l'époque de transition et de sevrage, où il convient d'adjoindre au lait ou de lui substituer des aliments solides, nous sommes partagés et indécis. En conséquence de cette incertitude, le médecin s'en remet à l'ordinaire, pour la deuxième alimentation, aux données de l'empirisme et, pour tout dire, aux soins des bonnes gens ou plutôt des bonnes femmes.

Est-il donc impossible d'établir des lois et des principes pour se conduire dans cette seconde phase de la vie végétative?

D'une part, les physiologistes nous apprennent que le rapport des substances azotées aux matériaux hydrocarbonés doit être, dans un aliment complet, de 1 des premières à 5 des seconds; et l'expérience montre que, si ce rapport s'élève et devient 1 à 7 ou même 1 à 6, ou s'abaisse et descend à 1 à 4, il survient des troubles de la nutrition, et un état morbide apparaît.

D'autre part, si nous consultons le tableau d'analyse chimique qui nous donne la composition des principales graminées alimentaires, tel que Payen l'a dressé, nous y trouvons qu'une seule de ces semences remplit parfaitement les conditions exigées par les règles scientifiques et les données de l'expérience. C'est l'analyse de la farine d'avoine qui présente ce rapport reconnu nécessaire. En effet, sa composition élémentaire donne exactement 14,39 de matières azotées et 75,34 d'hydrocarbures p. 100. Ce n'est pas tout : dans ces 75,34 de substances carbonées, on distingue 9,25 parties de dextrine, c'est-à-dire d'amidon déjà modifié et presque assimilable; et 5,50 de matières grasses, proportion double de celle que fournissent les blés les plus nutritifs.

Ce dernier point n'est pas indifférent, puisque nous savons que l'enfant dépense, toutes proportions gardées, plus de chaleur que l'adulte, et que les corps gras sont les générateurs de calorique les plus puissants. Ici donc la substance calorigène se trouve condensée heureusement sous un petit volume.

Quant aux substances minérales, c'est-à-dire le phosphate de chaux et de magnésie, les sels de potasse et de soude, le fer et la silice, elles représentent 3,25 p. 100, coefficient le plus élevé de toute la série des céréales usitées.

Si donc on compare la farine d'avoine à celle des autres graminées, on voit, en résumé, qu'elle est caractérisée :

1° Par le rapport parfait qui s'y trouve entre les substances azotées et les composés ternaires;

2° Par le chiffre supérieur des substances minérales, éléments du squelette et du sang;

3° Par la forte proportion des matières grasses, moyen d'engraissement et combustible condensé.

C'est pourquoi, dit Payen, on s'explique que « l'avoine, débarrassée de ses écailles ou enveloppes, et réduite en gruau, soit employée avec succès dans l'alimentation des hommes en Irlande et en Écosse, et plus particulièrement introduite dans le régime alimentaire des enfants, sous forme de potages, en Angleterre ». Mais, ajoute le savant chimiste « le gruau d'avoine est l'objet de véritables falsifications; sur 30 échantillons pris dans différentes boutiques, 16 se sont trouvés falsifiés ».

C'est en connaissance de ces rares propriétés, et pour sauvegarder la pureté de ce produit, que des chimistes français ont formé l'heureuse entreprise de spécialiser une farine de gruau d'avoine, préparée suivant les procédés perfectionnés que l'industrie possède aujourd'hui.

C'est là l'origine de la *farine Morton*, au gruau d'avoine, recommandée par les sommités scientifiques et à laquelle un médecin renommé des hôpitaux d'enfants, le professeur Bouchut, a consacré un travail élogieux.

Si, comme j'ai essayé d'en donner la raison scientifique, la farine d'avoine mérite d'être adoptée comme second aliment dans le bas âge, c'est la *farine Morton* qu'il faut prescrire, pour offrir aux nourrissons toutes les garanties que nous avons le devoir d'exiger pour eux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Fracture du crâne. — M. NEPVEU fait un rapport sur une communication de M. Guerlain (de Boulogne-sur-Mer), relative à un cas de fracture du crâne. Le sujet de cette observation, après une chute sur la tête, présenta une perte de connaissance avec résolution et insensibilité complètes; on constatait une plaie de

la région frontale droite; il y avait de l'exophthalmie et une dilatation pupillaire, surtout à droite. La mort fut rapide. A l'autopsie, on trouva deux fêlures du crâne, un épanchement sanguin énorme; un fragment du frontal était enfoncé dans les sinus sphénoïdaux.

Lipome du mésentère. — M. TERRILLON communique l'observation du malade auquel il a enlevé un énorme lipome du mésentère, qu'il a présenté à l'Académie de médecine (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 925). Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, journalier, se plaignant de douleurs assez vives depuis deux ans, en même temps que son ventre augmentait de volume et qu'il maigrissait. Il entra ainsi, en mai, à l'hôpital de Nonancourt; on lui fit deux ponctions sans résultats. M. Terrillon le voit pour la première fois en juillet, très affaibli. Il était d'une maigreur extrême. Le ventre mesure 126 centimètres; il est sans bosselures, uniforme. Il y a de la fluctuation avec tremblotement; la sensation de flot est peu distincte. Une ponction faite avec l'appareil de Potain ne donne rien. Le malade reprend des forces. Le 30 septembre, M. Terrillon fait la laparotomie. Il trouve une tumeur recouverte par un feuillet du mésentère avec quelques légères adhérences; il incise et se trouve en présence d'un lipome à gros lobules qu'il décortique en le séparant du mésentère. Après bien des difficultés, M. Terrillon parvient à dégager cette tumeur et à l'enlever en une seule masse. Il restait une vaste poche à surface sanguinolente, formée par les débris du mésentère. Tous ces débris sont réséqués; on fait une vingtaine de ligatures au catgut, lavage de cette cavité avec la solution phéniquée forte, suture, compression. Le malade reste affaibli, sans réaction. Cependant il s'alimente un peu, mais il a une diarrhée fétide. Pendant quinze jours il va assez bien, mais en s'affaiblissant. La diarrhée reparaît, il se fait des eschares au sacrum, il tombe dans un état cachectitique et meurt le trente-deuxième jour après l'opération.

A l'autopsie, on constate que la plaie abdominale est réunie; on trouve de l'ascite claire. Les intestins affaissés remplissent mal la cavité abdominale. On constate l'existence d'une péritonite chronique non purulente mais adhésive. Il y a aussi une insuffisance mitrale avec hypertrophie du cœur gauche. La tumeur, ainsi que l'a montré l'examen histologique, est un lipome myxomateux.

M. Terrillon rapproche de ce fait tous les cas analogues qui ont été publiés; ils sont au nombre de 15. Le volume de ces tumeurs devient généralement considérable dans l'espace de deux ou trois ans. Il y a souvent des adhérences avec les intestins; quelquefois le gros intestin est en avant; l'ascite a été observée cette seule fois, dans le cas de M. Terrillon. La cachexie est le résultat de la compression d'organes importants. La fausse fluctuation est totale ou partielle. Chez les femmes, ces tumeurs sont souvent prises pour des kystes de l'ovaire. Jamais le diagnostic n'a été porté avant l'opération. Celle-ci a toujours été laborieuse et difficile. Dans tous les cas il y a eu des déchirures étendues des vaisseaux du mésentère. On se trouve ensuite en présence d'une surface cruentée énorme dont il faut réséquer et lier la plus grande partie. Le drainage a été pratiqué sans succès. La péritonite, le choc, sont les causes habituelles de la mort. On trouve souvent des lésions intestinales chroniques. Dans l'avenir, un diagnostic plus précis permettra sans doute de faire des opérations plus précoces et plus favorables.

De l'extension continue dans le traitement de la coxalgie. — M. LANNELONGUE, après avoir rappelé les travaux qui ont été faits sur ce sujet, les expériences qui ont été pratiquées sur le cadavre, etc., communique l'observation suivante, dans laquelle il lui a été permis de faire une expérience unique et bien démonstrative, relativement à l'influence de l'extension continue sur l'état respectif des surfaces articulaires malades. Il s'agit d'un enfant de quatre ans, atteint de coxalgie au début, qui a été soumis à ce traitement du 16 octobre au 10 décembre 1885 et qui a été pris du croup, auquel il a succombé.

Cet enfant, né de parents bien portants, a toujours été délicat; il a eu plusieurs bronchites. En janvier 1885, il entre à l'hôpital Trousseau pour un abcès tuberculeux du gros orteil; en mars, il est pris d'une rougeole, à la suite de laquelle apparaissent les premiers symptômes d'une coxalgie. Il est soumis à l'extension continue, avec un poids de 3 kilogrammes, puis de 4 kilogrammes, du 22 octobre au 4 décembre, époque à laquelle il contracte le croup; on cesse l'extension, on pratique la trachéotomie; l'enfant meurt le 10 décembre. A l'autopsie on trouve dans l'articulation coxo-fémorale un foyer tuberculeux et toutes les altérations de la coxalgie. Le membre a été soumis pendant quarante-cinq jours à l'extension continue. Le bassin est cloué sur une planche; la hanche est libre et l'on pratique de nouveau l'extension telle qu'elle était pratiquée sur le vivant. L'expérience commencée à dix heures et demie du matin est prolongée jusqu'à sept heures du soir; on produit la congélation du membre, et, le lendemain, on fait la coupe de ce membre ainsi congelé; on constate que les surfaces articulaires ne sont pas en contact; il y a au centre 2 centimètres d'écart; il y a contact en bas seulement. La tête fémorale est donc descendue et séparée, dans une certaine étendue, de la partie supérieure de la cavité cotyloïde. L'extension est donc un fait réel, anatomiquement démontré par cette expérience.

M. MARC SÉE demande si la tête fémorale était altérée, et par quoi était occupé le vide.

M. LANNELONGUE répond que la tête fémorale n'était pas altérée, et que le vide était occupé par des fongosités, mais qu'il n'y avait pas de liquide dans l'article.

M. DESPRÉS dit qu'un fait important résulte de l'expérience de M. Lannelongue, c'est que, les surfaces articulaires s'écartant, si l'on recherche l'ankylose, la traction continue ne devra être appliquée que pendant un certain temps.

M. VERNEUIL reconnaît que l'extension est un très bon moyen, qui fait cesser la douleur; mais elle n'est pas toujours facile à appliquer.

En examinant un dessin présenté par M. Lannelongue, M. Verneuil constate que le col du fémur est à angle droit avec le corps. Ce fait a une grande importance. Récemment encore, en présence d'un coxalgique atteint d'abcès et présentant 3 centimètres de raccourcissement, M. Verneuil diagnostiqua une subluxation de la tête du fémur, et expliqua ainsi l'ascension du fémur.

En présence de l'abcès, il propose la résection et il est très étonné de trouver la tête dans sa cavité. Cette articulation présentait exactement la même disposition que celle qui est représentée sur le dessin de M. Lannelongue. A une certaine période de la coxalgie, il se fait donc une déformation de la tête, telle que le col du fémur se met à angle droit avec le corps. Cette déformation simule absolument une subluxation.

M. TRÉLAT rappelle avoir signalé ce fait et y avoir insisté, dans une discussion qui a eu lieu sur la coxalgie, il y a quelques années, en faisant précisément observer qu'on était exposé à confondre cette déformation avec une luxation de la tête fémorale. Il considérait cette disposition comme un résultat tardif de l'ostéite tuberculeuse. Elle n'est pas incompatible avec la guérison. M. Trélat était appuyé dans cette opinion par M. Ollier.

M. LANNELONGUE ne croit pas qu'on puisse rapporter à la coxalgie ce changement d'axe du col par rapport au corps du fémur.

Hématocèle rétro-utérine. — M. POZZI présente une femme qu'il a opérée, par la laparotomie, d'une énorme hématocèle rétro-utérine. Il a fait une incision dans la région iliaque, est arrivé sur la poche péritonéale qu'il a incisée; elle contenait 500 grammes de liquide et d'énormes caillots qu'il fallut enlever avec une cuillère. Il fit un drainage abdomino-vaginal. La malade est complètement guérie cinq mois après l'opération.

La Société se forme en comité secret.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

I

Paris, le 12 janvier 1886.

RÉUNION EXTRAORDINAIRE du 18 mars 1886.

QUESTIONS A Y TRAITER

A Messieurs les Présidents et Secrétaires des Sociétés locales agrégées à l'Association générale.

Très honoré et cher Confrère,

Nous avons l'honneur de vous adresser, ci-jointe, une circulaire relative à l'élection du président de l'Association générale. Cette élection, vous le savez, doit se renouveler tous les cinq ans. La précédente date du 20 mars 1881; le conseil général a décidé que la prochaine aurait lieu le 18 mars 1886.

Toutes les Sociétés locales devront donc se réunir à cette date.

Afin de leur permettre d'utiliser le mieux possible cette réunion extraordinaire, nous aurons soin de vous faire parvenir, quelques jours à l'avance, les deux rapports préparés par les commissions spéciales auxquelles a été renvoyée l'étude des vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1885, et qui ont pour objet, l'un le projet de création d'un Ordre du médecin, l'autre la question des déclarations de décès dans ses rapports avec le secret médical. Chaque Société aura ainsi le loisir d'étudier complètement ces deux rapports avant la prochaine Assemblée générale, qui aura lieu à Paris le 2 et le 3 mai 1886.

Nous devons encore appeler votre attention sur une question d'une grande importance.

A la suite de la confirmation, par la Cour de cassation, du jugement du tribunal de Domfront et de l'arrêt de la Cour de Caen, relatifs aux syndicats médicaux, plusieurs Sociétés locales ont exprimé le vœu que l'Association générale des médecins de France s'adressât au Parlement en vue d'obtenir que le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels, fût étendu aux membres des différentes professions libérales et notamment aux membres du corps médical.

Une demande d'intervention, dans le même sens, a été adressée au Conseil général par M. le président de l'Union des syndicats médicaux de France.

Au lieu d'agir par lui-même, le conseil a pensé que c'était à la prochaine Assemblée générale de l'Association qu'il appartenait de se prononcer sur la conduite à tenir dans cette circonstance.

Il convient donc que chaque Société locale se prépare à faire connaître son opinion à cet égard, par le ou les délégués qui seront chargés de la représenter dans les séances des 2 et 3 mai 1886.

Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le Président,
H. Roger.

Le Secrétaire général,
A. Foville.

II

Paris, le 12 janvier 1886.

ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE

A Messieurs les Présidents et Secrétaires des Sociétés locales agrégées à l'Association générale.

Très honoré et cher Confrère,

La seconde période quinquennale de la présidence de M. le docteur Roger va expirer le 20 mars de l'année courante, et, vers cette date, il devra être procédé à une nouvelle élection présidentielle.

Nous avons l'honneur de remettre sous vos yeux la partie de l'article 9 de nos statuts, qui règle la procédure de cette élection. Elle est ainsi conçue :

« Le président est élu tous les cinq ans, par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de toutes les Sociétés agrégées.

Les membres qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance pourront prendre part au vote, en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au président de leur Société locale.

L'élection a lieu à la majorité relative des voix exprimées. »

Afin d'assurer l'exécution de cet article, le conseil général a décidé que l'élection du président serait fixée au jeudi 18 mars prochain.

En portant cette décision à votre connaissance, nous vous prions, Monsieur et très honoré Confrère, de vouloir bien vous concerter avec les autres membres du bureau de votre Société locale, pour veiller à ce que l'élection ait lieu à la date indiquée et pour en assurer la régularité. Le dépouillement des votes sera fait par les soins d'une commission spéciale que le conseil général a nommée dans sa séance du 8 courant et qui se compose de MM. Bergeron, Boutin et Martineau.

C'est au secrétaire de cette commission, M. le docteur Martineau, rue Cambon, n° 24, à Paris, que devront être adressés, le plus tôt possible, les procès-verbaux des élections de chacune des Sociétés locales composant l'Association. Chaque procès-verbal devra indiquer le total des votants et le nombre de voix obtenues par les différents candidats.

Nous terminons en vous rappelant que, d'après l'article 10 des statuts, le président en fonctions est toujours rééligible.

Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Au nom du conseil général,

Les Vice-Présidents de l'Association,
Cazeneuve, Bon Larrey, Ricord, Bouchacourt.

Le Secrétaire général,
A. Foville.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 janvier 1886, M. Nourry, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1886, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Marseille est déclarée vacante.

— *Concours de l'agrégation en médecine.* — Voici les sujets de thèses donnés aux candidats et tirés au sort dans l'ordre suivant :

1. M. Lemoine : Antisepsie médicale. — 2. M. Moussous : De la mort chez les phthisiques. — 3. M. Parisot : Pathogénie des atrophies musculaires. — 4. M. Sardat : Des migraines. — 5. M. Simon : Des fractures spontanées. — 6. M. Weill : Des vertiges. — 7. M. Dubreuilh : Des immunités morbides. — 8. M. Brousse : De l'involution sénile. — 9. M. Chuffard : Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané. — 10. M. Ballet : Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie.

11. M. Barth : Le sommeil non naturel, ses diverses formes. — 12. M. de Beurmann : De la médication abortive. — 13. M. Brissaud : Paralysies toxiques. — 14. M. Chauffard : Des crises dans les maladies. — 15. M. Déjerine : De l'hérédité dans les maladies du système nerveux. — 16. M. Gaucher : Pathogénie des néphrites. — 17. M. Letulle : Pyrexies abortives. — 18. M. Boinet : Parentés morbides. — 19. M. Grenier : Localisations dans les maladies nerveuses. — 20. M. Lober : Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique. — 20. M. Lannois : Nosographie des chorées.

Conformément au règlement, les thèses devront être déposées

au secrétariat après un délai de douze jours francs à partir de la clôture des épreuves qui précèdent la thèse. Le nombre des exemplaires à déposer est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de celui qu'exige le service de l'administration supérieure qui est de 165. Les exemplaires déposés seront distribués trois jours francs avant l'argumentation.

— La première épreuve définitive (leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) a commencé mercredi soir; les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent : 1. M. Lemoine : De l'hémoglobinurie; — 2. M. Letulle : De la compression lente de la moelle épinière; — 3. M. Barth : De l'hyperesthésie; — 4. M. Déjerine : Des endocardites infectieuses.

— M. le professeur Bernheim (de Nancy) a donné sa démission de membre du jury du concours de l'agrégation de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18878.

66

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

12

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

431

RHUMATISMES, GOUTTE, GRAVELLE

PRISES DOSÉES A 50 CENTIGRAMMES

SALICYLATE DE SOUDE CRISTALLISÉ

SCHLUMBERGER ET CERCKEL

26, rue Bergère, Paris.

Seuls concessionnaires du brevet Kolbe *pour l'acide salicylique et ses dérivés.*

La prise est la seule forme qui permet de constater la pureté et la qualité du salicylate, qui se présente sous l'aspect de paillettes ou cristaux nacrés.

La division en paquets de 50 centigrammes facilite l'administration du médicament que l'on peut varier suivant le goût du malade qui le prendra dans de l'eau gazeuse, de l'eau rougie ou légèrement alcoolisée, limonade, thé, tisane, etc., à volonté. (Boite, **3** francs.)

Le SALICYLATE DE LITHINE en pilules dosées à 10 centigr., particulièrement efficace contre la goutte et la gravelle (fl. de 60 pilules, **5** francs), 4 ou 5 par jour.

Exiger la marque et cachet Schlumberger et Cerckel comme garantie de pureté. — Dépôt, A. Chevrier, pharmacien de 1re classe, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris et toutes phies.

66

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

57

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent.; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment*. Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(Vingt-cinq centigrammes de sel pur.)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un **emploi** plus **commode** et **agréable**. — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. (*Se défier des contrefaçons.*). Paris, Phie Boutigny-Duhamel, 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Très facile et très agréable à prendre.

Ne contient aucun drastique.

Phie Grillon, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* no 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie Limousin ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

30

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

15

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 8. — MARDI 19 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 19 JANVIER 1886. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Le rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale et la goutte cérébrale.

TROUBLES INTELLECTUELS CHEZ LES RHUMATISANTS ET LES GOUTTEUX.

I

Au fur et à mesure que nous progressons dans l'étude de l'aliénation mentale, que nous pénétrons mieux, de jour en jour, le pourquoi et le comment des troubles psychiques qui la constituent, nous arrivons à nous convaincre davantage que les désordres de l'intelligence se rattachent, non moins directement que les troubles de la circulation ou de la respiration, par exemple, aux maladies générales qui sévissent sur l'organisme. Tout se tient étroitement dans notre économie ; et ce serait s'abuser étrangement que de considérer la folie comme une sorte d'entité morbide à part, sans relation avec les affections qu'on étudie en médecine générale. Il semble cependant qu'on ait eu jusqu'à ce jour quelque tendance à l'envisager ainsi. Cette tendance s'explique d'ailleurs lorsqu'on réfléchit d'une part aux nécessités matérielles qui exigent la séparation des aliénés du commun des malades, d'autre part à l'obligation où se sont jusqu'à présent trouvés les aliénistes de constituer la séméiologie des troubles psychiques et d'assigner à ces derniers une personnalité clinique, avant de rechercher leur étiologie et leurs affinités pathologiques.

Mais, à notre époque, nous devons apporter dans l'étude de la folie une tournure d'esprit un peu différente. Il faut nous efforcer, en suivant la voie féconde qui a été surtout indiquée par Morel, de relier les troubles intellectuels aux désordres plus généraux de l'organisme, aux vices de nutrition, aux maladies diathésiques, infectieuses ou toxiques, desquelles ils relèvent d'une façon plus ou moins directe. Je me suis attaché à le faire chaque fois que l'occasion s'en est présentée. En plus d'une circonstance notamment, j'ai eu à faire ressortir et à mettre en relief la part qui revient dans l'étiologie de certaines formes d'aliénation, d'un côté à la susceptibilité héréditaire du système nerveux, de l'autre aux causes quelconques d'ordre pathologique, anémie, congestion, intoxication, etc., venant mettre en jeu cette susceptibilité.

Je voudrais aujourd'hui, restant fidèle à la même direction d'esprit, vous entretenir de l'influence que le rhumatisme peut avoir dans la genèse de la folie. Le rhumatisme mérite d'autant mieux d'arrêter notre attention qu'il va nous fournir toute la gamme des accidents cérébraux qu'une maladie diathésique est susceptible de produire, depuis les accidents suraigus à marche foudroyante jusqu'à la folie chronique. Dans la pathogénie de ces désordres, son action sera tantôt directe, tantôt indirecte. Ou bien il interviendra en vertu de son génie propre, en localisant ses poussées fluxionnaires sur l'encéphale, comme il les localise d'autres fois et plus habituellement sur les jointures, sur le péricarde, sur l'endocarde ; ou bien il n'agira que médiatement : il aura déterminé au préalable des lésions valvulaires du cœur, et ce sont les lésions cardiaques qui, en amenant soit l'anémie, soit la congestion habituelle du cerveau, provoqueront des perturbations psychiques. Nous étudierons donc tout d'abord les troubles cérébraux qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu et qu'on désigne communément sous le nom de *rhumatisme cérébral*, puis je vous parlerai de ceux qu'on observe chez les cardiaques. Je n'oublie pas que les cardiopathies ne reconnaissent pas pour seule et unique cause le rhumatisme, et que, par suite, c'est peut-être étendre outre mesure le domaine de cette diathèse que de lui attribuer tous les troubles psychiques qui relèvent des lésions chroniques du cœur. Mais comme, en somme, ces lésions sont, dans le plus grand nombre des cas, d'origine rhumatismale, comme, d'autre part, il y a utilité, pour donner plus d'unité à la description, de rapprocher les unes des autres toutes les formes de délire que le rhumatisme entraîne directement ou indirectement à sa suite, j'étudierai dans cette leçon, l'une après l'autre, la folie rhumatismale et la folie cardiaque. Ce n'est pas tout. Il y a, vous le savez, de grandes analogies, peut-être une parenté réelle, entre le rhumatisme et la goutte. Cette analogie apparaît surtout lorsqu'on compare les manifestations cérébrales de la première de ces maladies à celles de la seconde. Aussi, chemin faisant, aurai-je l'occasion d'appeler votre attention sur certains des troubles psychiques que présentent les goutteux.

I. *Des troubles intellectuels observés au cours ou à la suite du rhumatisme articulaire aigu.* (*Rhumatisme cérébral.— Folie rhumatismale.*) — Il y a quarante ans à peine que l'attention a

été décidément attirée du côté des troubles psychiques provoqués par le rhumatisme. Quelques observations éparses dans les recueils, et où ces troubles étaient indiqués avec trop peu de précision, étaient passées presque inaperçues. C'est en 1845 que Hervez de Chégoin réunit dans un mémoire publié par la *Gazette des hôpitaux*, sous le titre alors nouveau de « Rhumatisme cérébral », trois cas intéressants qui constituent les premiers documents importants de l'histoire de cette affection. Le travail d'Hervez de Chégoin ne fut pas tout d'abord remarqué comme il méritait de l'être. Mais, cinq années plus tard, en 1850, Gosset, interne à la Maison municipale de santé, communiquait à la Société médicale des hôpitaux un fait curieux de « méningite rhumatismale avec autopsie ». Ce fait fut l'occasion d'un remarquable mémoire d'Hippolyte Bourdon, qui constitue une date dans l'histoire des manifestations cérébrales du rhumatisme.

A partir de cette époque, les travaux se succèdent nombreux. Vigla, en 1853, publie notamment de nouvelles observations et essaye une classification des formes du rhumatisme cérébral. Mesnet en 1856, Archambault, et, un peu plus tard, Griesinger, en Allemagne, décrivent les troubles psychiques prolongés et à lente allure, qu'on a plus spécialement désignés sous le nom de « folie rhumatismale ».

Avant d'aborder l'étude détaillée des divers symptômes qui constituent le rhumatisme cérébral, il me paraît utile de vous rappeler les aspects divers que revêtent, au cours d'une attaque rhumatismale, les manifestations articulaires. C'est que les troubles suraigus, aigus ou chroniques, qu'on observe du côté du cerveau, empruntent, ce me semble, trait pour trait, la physionomie et les allures de ceux qu'on rencontre du côté des jointures. Les méninges, en effet, se comportent comme les séreuses articulaires, et, sauf ce fait qu'elles sont fort heureusement moins souvent touchées que ces dernières, elles sont lésées par le rhumatisme de la même façon.

Lorsqu'une articulation se prend, celle du genou, par exemple, la douleur et le gonflement peuvent atteindre en quelques heures un degré très prononcé ; le malade éprouve de vives souffrances, les tissus périarticulaires sont rapidement envahis par une sorte d'œdème congestif, et la séreuse elle-même sécrète en peu de temps une assez grande quantité de liquide : il s'agit là de la forme suraiguë de la fluxion articulaire.

D'autres fois (et c'est le cas le plus habituel), le gonflement s'établit plus lentement ; la douleur, légère d'abord, devient progressivement plus accusée : c'est la forme aiguë du rhumatisme.

Enfin, il est des cas dans lesquels la fluxion revêt d'emblée des allures sourdes et lentes ; la jointure est douloureuse, sans doute, mais à un faible degré, elle ne contient pas ou très peu de liquide, et les choses restent en l'état pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. En somme, vous le voyez, les manifestations articulaires peuvent revêtir trois types, suraigu, aigu, subaigu ou chronique. Eh bien! la fluxion méningée, de laquelle résulte le rhumatisme cérébral (au moins deux des formes du rhumatisme cérébral — vous saisirez plus loin la raison de cette restriction), la fluxion méningée peut, elle aussi, affecter l'une ou l'autre de ces allures. Vous allez vous en convaincre.

Je dis fluxion méningée : c'est qu'en effet, après de longues discussions relatives à la nature du rhumatisme cérébral, après avoir mis en cause tour à tour l'anémie et la congestion, l'hyperthermie, les cardiopathies, etc., on est d'accord aujourd'hui, depuis les belles recherches de MM. Ollivier et Ranvier, pour reconnaître que le rhumatisme cérébral résulte d'une poussée fluxionnaire vers la pie-mère, identique à celle qu'on rencontre sur la synoviale du genou, du coude ou de la hanche. La lésion est la même, le processus est le même. L'analogie de tissu explique suffisamment la localisation de la maladie sur l'une et l'autre ou plutôt sur l'une ou l'autre des séreuses, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir ici des explications plus ou moins hypothétiques.

Mais ce n'est pas au hasard et sans raison que le rhumatisme se détermine vers les méninges. Il est des conditions qui prédisposent à cette détermination et la favorisent. On a depuis longtemps remarqué que le gonflement douloureux, au cours d'une attaque, envahit de préférence et tout d'abord les jointures qui se fatiguent le plus. Gubler insistait volontiers sur ce fait, que chez les gens qui marchent beaucoup ou travaillent debout, les articulations des membres inférieurs se prennent avant celles des membres supérieurs. Or, il en est du cerveau comme des articulations. Tous les rhumatisants ne sont pas également exposés aux manifestations cérébrales. Le rhumatisme des méninges est le rhumatisme des gens chez lesquels, pour une raison ou pour une autre, le système nerveux est affaibli ou a perdu son équilibre.

Il n'est pas douteux que les *héréditaires*, descendants d'aliénés ou de *cérébraux*, tous les gens, en un mot, qui sont prédisposés par leurs antécédents de famille aux troubles psychiques, sont plus que d'autres exposés à ce que le rhumatisme, s'il se déclare, se traduise chez eux par les accidents dont nous nous occupons. Toutefois, je dois remarquer que, par un singulier privilège, les hystériques et les épileptiques font exception à la loi précédente.

Il n'en est pas de même des alcooliques. Si le delirium tremens, qui apparaît si aisément au cours de la plupart des affections fébriles, de la pneumonie, de l'érysipèle, par exemple, est rare chez les rhumatisants, l'encéphalopathie rhumatismale trouve au contraire dans l'alcoolisme chronique un terrain favorable à son éclosion. « On ne peut nier que les grands buveurs de vin (Trousseau), d'alcool ou d'absinthe (Oulié), soient, à un certain degré, prédisposés à l'encéphalopathie. » (Homolle.)

Mais cette prédisposition au rhumatisme cérébral ne résulte pas seulement d'une hérédité défectueuse ou de l'intoxication chronique par l'alcool. Elle peut être en quelque sorte créée de toutes pièces par le surmènement accidentel, quelle qu'en soit la cause, du système nerveux. On a depuis longtemps remarqué que la MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ est celui de tous les hôpitaux de Paris où l'on observe le plus grand nombre de cas de rhumatisme cérébral. « C'est, comme on l'a dit, la terre classique du rhumatisme cérébral. » Or, la Maison de santé, vous le savez, est un établissement dont la clientèle se recrute dans une classe relativement élevée de la société.

Et c'est dans la classe moyenne surtout, beaucoup plus que dans les classes inférieures, que l'activité cérébrale est intense, et qu'a lieu ce surmènement de l'intelligence dont je vous parlais tout à l'heure. Les statistiques sont décisives pour mettre en relief l'influence pernicieuse des fatigues cérébrales dans la genèse de l'encéphalopathie rhumatismale. Elles établissent que l'affection se rencontre surtout chez les individus qui se sont livrés à des travaux intellectuels excessifs, à la laborieuse préparation de concours ou

d'examens difficiles, ou bien encore chez ceux que les mécomptes de la vie, les insuccès, les pertes d'argent, les revers de fortune, sont venus tourmenter et affliger. Il me serait facile de vous rapporter bon nombre d'exemples qui démontrent la vérité de cette opinion! J'en rappellerai seulement un ou deux au hasard.

Aran, médecin des hôpitaux, connu par les belles découvertes en pathologie que vous savez, travailleur infatigable et esprit d'élite, est atteint de rhumatisme et succombe à des accidents cérébraux. Herpin, interne à l'hôpital du Midi, est pris de douleurs des jointures, au lendemain du concours de l'internat, où il vient de réussir, et est emporté en quelques heures par une encéphalopathie rhumatismale suraiguë.

M. Ball rapporte un fait qui met bien en relief l'influence prédisposante des chagrins et des émotions morales. Il a vu succomber au rhumatisme cérébral une concierge qui, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, avait couru le risque d'être arrêtée et conduite en prison.

Vous concevez aisément, par ce qui précède, que les hommes soient plus fréquemment atteints que les femmes, les adultes (de vingt à trente ans) plus souvent que les enfants et les vieillards, car ce sont les hommes adultes qui s'adonnent le plus volontiers aux travaux excessifs de l'intelligence, et qui sont le plus exposés par leur situation et leur rôle social aux soucis de toute sorte, aux chagrins, aux grandes préoccupations dont vous savez maintenant la fâcheuse et pernicieuse influence.

Mais à côté des conditions prédisposantes héréditaires ou acquises qui préparent le terrain et mettent en quelque sorte les malades en état d'opportunité morbide, il y a des éléments étiologiques accessoires qui paraissent jouer aussi un rôle dans la localisation du rhumatisme sur les méninges. Certaines formes de rhumatismes ont incontestablement plus de tendance que d'autres à se déterminer vers le cerveau. Au premier rang de celles-ci, il faut placer le rhumatisme qui s'accompagne d'une haute élévation de température, et qu'on a, pour cette raison, appelé *hyperpyrétique*. Le rôle de l'hyperpyrexie a été très bien mis en relief par les travaux de V. Fox, de S. Ringer, en Angleterre ; de M. Raynaud, de M. Féréol, de M. Blachez, en France.

Il convient, en outre, de faire la part des médications employées. On les a accusées un peu toutes. On a incriminé le sulfate de quinine, plus récemment le salicylate de soude. A vrai dire, il est bien difficile de dégager, des observations un peu confuses et surtout complexes, le degré de responsabilité qui incombe à ces agents. Ce qui est vraisemblable toutefois, c'est qu'il en est, à certains égards, du rhumatisme comme de la goutte; ce n'est pas impunément, vous le savez, que par une médication inopportune on provoque, chez un goutteux, la rétrocession d'une fluxion articulaire. Trousseau a rapporté des faits suffisamment significatifs pour entraîner sur ce point toutes les convictions.

Or, s'il y a de grands inconvénients, plus que cela, un réel danger à empêcher une fluxion goutteuse d'accomplir son évolution naturelle, il semble qu'il puisse en être parfois de même des fluxions rhumatismales. Il n'est pas impossible (beaucoup d'auteurs le pensent du moins) que l'usage intempestif des médicaments qui, comme le salicylate de soude, agissent d'une façon si active sur les douleurs des jointures, favorise la *métastase* vers le cerveau. C'est là un sujet qui exige de nouvelles recherches, mais que je devais signaler à votre attention.

Mais c'est assez insister sur les causes du rhumatisme cérébral, il est temps d'aborder l'étude des symptômes par lesquels il se traduit.

Je vous ai fait pressentir que l'affection était susceptible d'affecter une marche différente suivant les cas. On doit en effet distinguer un rhumatisme cérébral *suraigu*, un rhumatisme *aigu*, et un rhumatisme *subaigu* ou *chronique*. Cette division, fondée sur la rapidité d'évolution plus ou moins grande des accidents, me paraît exprimer assez bien la réalité clinique. Dans tous les cas, elle me semble préférable aux divisions plus compliquées, fondées surtout sur la nature des symptômes, et qu'ont proposées divers auteurs, notamment Trousseau. C'est à la forme subaiguë ou chronique qu'on donne communément, depuis les travaux de Mesnet et de Griesinger, le nom de *folie rhumatismale*. C'est cette forme qui nous préoccupera surtout, car elle rentre plus complètement dans le cadre de nos études habituelles. Mais il est nécessaire qu'au préalable je vous décrive brièvement les deux autres formes, bien qu'on n'ait jamais l'occasion, à moins de circonstances exceptionnelles, de les observer dans nos services spéciaux d'aliénés.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE (1)

Par le docteur Ed. LE BEC

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

II

Les récentes discussions qui se sont élevées à propos de la suture de la rotule donnent à cette observation un caractère d'actualité ; c'est ce qui nous a déterminé à la publier. Nous avions longuement examiné l'état nerveux de ce malade, état fort mal défini, il faut le dire. Or comme nous ne trouvions rien de net, qui pût se poser en contre-indication, nous avons cru pouvoir passer outre. L'opération n'a pas présenté de grandes difficultés, et comme la fracture était placée au milieu de la rotule, les fragments étaient volumineux; c'est ce qui a permis de passer les fils au travers de l'os, sans les faire passer au milieu de l'article, car cela paraît être une meilleure condition pour le résultat. Malheureusement, un moment d'inattention des aides a permis au malade de faire un mouvement de flexion, qui a détruit tout le travail produit.

Il est certain que l'érysipèle est dû aux poussières impures qui voltigeaient dans l'atmosphère de la salle, et si le malade avait été pansé, comme nous avons l'habitude de le faire, dans le cabinet à opérations, la contagion eût été évitée. Quelle est la véritable cause de la mort? Ce n'est pas l'infection purulente. Le malade n'en a jamais présenté les signes. A la suite de l'érysipèle, il a eu un petit abcès sous-cutané, et rien dans la jointure. Ce n'est que plus tard, après une longue période d'affaissement, que la synoviale s'est mis à suppurer. Le malade s'est rapidement affaissé dès les premiers jours, et il a succombé à un choc trop violent pour un système nerveux déjà malade.

Une chose des plus remarquables est l'état dans lequel a été trouvée l'articulation au moment de l'opération. La rotule était divisée en deux fragments volumineux. La surface de rupture était encroûtée par une masse fibreuse qui se

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 43.

prolongeait sous forme d'une lame mince pour le fragment inférieur; et qui, au contraire, formait une capsule parfaitement isolée pour le supérieur. Il est évident que dans de telles conditions, la formation d'un point fibreux entre les fragments était absolument impossible. C'est ce qui légitime la suture faite.

Nous appelons l'attention sur le voile celluleux qui s'était formé sous la rotule et qui isolait complètement le champ de la fracture de la synoviale. Il est probable que c'était le résultat de la résorption de l'épanchement sanguin primitif. Sa présence avait pour effet de ne pas permettre à la synovie de venir baigner les fragments, entre lesquels se trouvaient seulement des caillots fibrineux. C'est donc une raison de plus de faire justice de l'ancienne théorie qui dit que « la synoviale qui vient baigner les fragments est la cause de la non-formation du cal ».

La seconde observation que nous rapportons est le contrepied absolu de la méthode de la suture primitive, et vient donner une confirmation complète de l'ancienne méthode, améliorée par le massage et le traitement faradique du muscle triceps sural.

Fracture double de la rotule par cause musculaire; cal de 1 centimètre; retour complet des mouvements. — Fl... Charles, cinquante-quatre ans, maçon, d'une bonne santé habituelle, s'est fracturé la rotule droite il y a quinze ans, en tombant de côté; le genou n'avait pas frappé le sol. Il fut traité à l'hôpital Necker, par l'application d'un simple bandage roulé. On le tint au lit quarante-sept jours, et quand on lui permit de se lever, les fragments avaient l'écartement que nous voyons actuellement. Il marcha pendant *huit* mois avec des béquilles.

État actuel. La rotule droite est divisée en deux fragments, presque du même volume. Ils sont écartés de 4 centimètres au repos et très mobiles. Entre eux, on ne sent pas de traces de cal fibreux. Le doigt enfoncé entre les deux fragments sent très nettement l'échancrure inter-condylienne. Dans la flexion, l'écartement n'augmente que fort peu, il se creuse alors une dépression profonde de 15 millimètres, qui correspond au milieu de l'échancrure, et le fragment inférieur fait une forte saillie sous la peau et se fixe fortement contre le tibia.

La jambe étant dans l'extension, on sent que le triceps se contracte énergiquement et la maintient étendue, malgré les efforts pour la fléchir. On ne voit pas de mouvements d'extension du fragment supérieur. On peut admettre qu'en l'absence de cal fibreux appréciable, l'extension du tibia doit se faire par l'intermédiaire des ailerons latéraux de la rotule. Le malade est maçon, il monte facilement à l'échelle, en portant des poids de 30, 40 kilogrammes, et ne sent qu'une différence de force avec l'autre côté.

Le 26 septembre 1884, il fait un faux pas et tombe renversé en arrière sans que le genou gauche ait touché le sol. Comme il est dans l'impossibilité de se relever, on l'apporte sur une planche à l'hôpital Saint-Joseph. Une heure après l'accident, le genou n'est pas gonflé; on constate une fracture transversale, en deux fragments égaux, de la rotule gauche. Le doigt se place facilement entre eux, on produit nettement la crépitation; toutes ces manœuvres sont indolores. Quinze heures plus tard, le gonflement est considérable, très fluctuant, soulève les fragments et cause de vives douleurs. Il s'est fait une hémoarthrose avec un épanchement probablement très séreux.

La jambe est placée dans une gouttière avec une compression légère.

Trois jours plus tard, le gonflement a diminué, l'articulation est moins tendue, on ne constate pas de crépitation sanguine annonçant la présence d'un caillot. Une ecchymose commence à se faire au niveau du mollet. On applique un vésicatoire.

1er octobre. — L'épanchement a diminué notablement. Les deux fragments sont faciles à isoler et ne présentent qu'un écartement insignifiant. On met un second vésicatoire.

12 octobre. — L'épanchement est à peine apparent. Les fragments ne sont plus si mobiles, ils sont parfaitement au contact, et il est évident qu'un commencement de cal est en train de se faire. Continuation du bandage compressif du genou, la jambe dans une gouttière.

29 octobre. — Bandage silicaté; le malade se lève avec des béquilles.

10 novembre. — L'appareil silicaté est retiré. On sent entre les fragments un écartement de quelques millimètres. On commence à plier très doucement la jambe. Comme la cuisse est très atrophiée, on fait tous les jours des séances de massage et d'électricité.

Ce traitement est fait très régulièrement; les contractions, d'abord très faibles, se réveillent bientôt dans tout le muscle triceps.

21 novembre. — La jambe se plie facilement et spontanément au delà de l'angle droit. Le mouvement d'extension prend de la force.

15 décembre. — Exeat. État du genou à la sortie, le volume est le même qu'avant l'accident, et la rotule est reformée. En pliant la jambe, on constate un petit écartement de 1 centimètre au plus, qui s'accuse par une petite dépression transversale de la peau. Quand la jambe est fléchie, on constate que les fragments sont obscurément mobiles en sens inverse l'un de l'autre. Il existe donc un petit cal fibreux très solide et très court. Les muscles de la cuisse sont revenus à leur volume, le malade marche et monte facilement les escaliers.

1885 (avril). — Huit mois après l'accident, le malade vient nous voir. Le col fibreux s'est notablement durci, il semble qu'il se calcifie. Il ne s'est pas allongé, les fragments ne sont plus mobiles en sens inverse, quand la jambe est fléchie; le sillon transversal inter-fragmentaire s'est effacé.

Juin. — Dix mois après la fracture, le cal est solide, le malade marche facilement, sans gêne. La cuisse a grossi, et le malade la sent plus forte que du côté mal guéri il y a quinze ans.

Cette observation est un exemple bien net de double fracture de la rotule par cause musculaire. Mais cela ne suffit pas : il faut connaître la raison de cette fragilité particulière du squelette, puisque dans aucun des deux cas la rotule n'a touché le sol ni aucun corps dur. Nous avons vainement cherché cette cause. Le malade n'est pas tabétique, il n'a pas de traces de syphilis ni d'alcoolisme. On voit seulement quelques traces d'arthritisme, sous forme de rhumatisme chronique des mains, qui sont déjetées sur le côté cubital.

Mais les autres jointures n'ont rien, le malade n'est porteur ni de varices, ni d'aucune affection cutanée. Il n'a pas de craquements articulaires, et ses olécrânes n'ont pas de déformations. En désespoir de cause, et ne trouvant rien, on a voulu faire de l'arthritisme une raison de la fragilité du squelette. Il faut avouer qu'ici cette diathèse est bien peu marquée, puisque les mains seules sont un peu déjetées. Mais à défaut d'autre cause on peut admettre celle-là.

Ce cas nous présente encore d'autres particularités importantes. La rapidité de la disparition de l'épanchement articulaire, sous l'influence des vésicatoires et de la compression forte mais méthodique. Or la sécheresse de l'article et le défaut d'empâtement consécutif nous autorisent à penser que c'était du liquide séreux plutôt que du sang pur. Du reste, ce qui nous fait incliner à le croire, c'est la manière dont il s'est fait.

Pendant les premières heures, le genou était vide; ce n'est que pendant la nuit qu'il s'est rempli. Or si l'épanche-

ment avait été surtout du sang, il se serait fait plus vite ; il s'est fait lentement, c'était du liquide inflammatoire versé par la synoviale enflammée, du liquide séreux, complètement résorbable.

Une autre chose est encore intéressante, c'est la vigueur du genou mal consolidé. Ce malade pouvait monter à l'échelle avec des charges de 40 kilogrammes et plus. Comme il n'a pas de cal, toute la suppléance doit se faire par l'intermédiaire des enveloppes fibreuses du genou.

Or ce fait est connu depuis longtemps, et il est un puissant argument entre les mains des ennemis de la suture osseuse. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est là une terminaison défectueuse qu'il est possible d'éviter, et que notre malade sent parfaitement une différence très appréciable dans la solidité de ses deux jambes. C'est là une comparaison qu'il lui est facile de faire tous les jours.

Enfin, ce fait nous permet de faire ressortir une chose, c'est que le traitement de l'atrophie du triceps est une chose capitale. La suture osseuse ne le supprime pas; elle ne fait qu'à peine diminuer le temps d'immobilisation indispensable de la jambe, et cela au prix d'un danger très grand pour le malade. C'est là une chose que les défenseurs ardents de la méthode sanglante n'ont pas suffisamment mise en lumière.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 janvier 1886. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Expérience de Galvani. — M. CH. RICHET a répété l'expérience de Galvani dans des conditions particulières. On sait que de cette expérience, pratiquée en 1781, est née cette immense découverte que le contact de deux métaux détermine un courant électrique. M. Ch. Richet, en reproduisant cette expérience, a constaté l'extrême sensibilité de la grenouille aux courants électriques, même les plus faibles, puisque le simple contact d'une aiguille de platine avec le mercure, ce qui constitue une force électromotrice extrêmement faible, détermine une secousse musculaire chez la grenouille.

Cause de la première inspiration chez le fœtus. — M. DUPUY rappelle qu'à ce sujet deux opinions sont en présence : l'une qui admet que c'est l'impression sur la peau du fœtus qui détermine la première inspiration, l'autre qui explique cette première inspiration par ce fait que l'enfant naît dans un état d'apnée. M. Dupuy a fait une série d'expériences ayant pour but d'éclaircir ce point de physiologie. Ayant mis, sur des chiennes pleines, l'utérus à nu, de façon à voir les fœtus par transparence, et ayant amené chez la mère un état d'asphyxie, il a constaté qu'alors les mouvements respiratoires des fœtus devenaient très précipités. Quand, au contraire, on faisait parvenir de l'air dans la trachée de la mère, les petits cessaient de faire des mouvements respiratoires.

M. DÉJERINE rappelle une expérience analogue dans laquelle on constate, après avoir tué la mère, que les petits font des efforts d'inspiration aussitôt après la mort de celle-ci.

M. CH. RICHET fait observer que l'excitation cutanée, si elle n'est pas seule en jeu, peut aussi exercer une certaine influence sur la première inspiration du nouveau-né.

Relation entre l'importance des phénomènes nerveux et l'intensité des courants électriques. — M. DUPUY coupe, sur un chien, un des pédoncules cérébraux en l'attaquant par la base, après avoir réséqué le maxillaire inférieur, sans produire d'hémorrhagie. Il excite, par un courant électrique, la portion du cerveau placée au-dessus du pédoncule coupé, et il se produit du côté opposé les mêmes phénomènes que lorsque le pédoncule est intact. Il y a une relation complète entre l'intensité du courant électrique et l'intensité des phénomènes nerveux.

Persistance, après l'ablation de la tête, de troubles résultant de lésions cérébrales. — M. DUBOIS a fait les expériences suivantes sur des canards : il pratique, sur un de ces animaux, la trachéotomie, lie les vaisseaux au-dessus et enlève l'hémisphère du côté gauche. L'animal présente une sorte de claudication et il exécute un mouvement de manège en fuyant sa lésion. Il n'y a pas de paralysie; il y a simplement de la parésie. Peu de temps après, M. Dubois coupe la tête de l'animal et le jette à l'eau. L'animal nage en tournant dans le même sens et toujours en fuyant sa lésion.

Signes physiques des anévrysmes. — M. FRANCK passe en revue les différents phénomènes qui caractérisent la présence des anévrysmes dans une région, et en particulier les signes physiques des ectasies anévrysmales de la crosse aortique et des gros troncs du thorax et du cou.

Sur les anévrysmes de l'aorte faisant saillie à l'extérieur, M. Franck a constaté les caractères de pulsation artérielle, décrits par MM. Chauveau et Marey, sur l'aorte des grands mammifères (cheval, bœuf, etc.).

A la palpation, ces anévrysmes donnent lieu à un *double battement*, dont les deux temps sont quelquefois assez rapprochés pour que le doigt explorateur n'en perçoive qu'un ; mais l'appareil enregistreur les signale toujours; il existe même quelquefois un triple battement, un triple soulèvement de la poche. Les deux premiers coïncident avec la systole ventriculaire; ils sont dus à une expansion en deux temps du sac anévrysmal. Le troisième fait partie de la période de descente ; il coïncide avec l'abaissement des sigmoïdes aortiques; il démontre même leur clôture parfaite. En cas d'insuffisance aortique concomitante, il disparaît.

Il ne faut pas faire du double battement un signe spécial des anévrysmes de l'aorte; celui-ci se rencontre encore sur les tumeurs anévrysmales des gros troncs qui émanent de la crosse.

On constate sur les poches un *retard de l'expansion* sur la systole cardiaque, qui est en rapport avec l'éloignement du cœur ; ce retard subit, du reste, des modifications, suivant l'état de l'orifice aortique ; il est augmenté en cas de rétrécissement, diminué en cas d'insuffisance.

Le *second souffle*, que l'on constate à l'auscultation des poches artérielles, reconnaît plusieurs causes : quelquefois il est simplement dû à un renforcement de pénétration du sang dans le sac : il semble que celui-ci se remplisse en deux temps ; quelquefois, au contraire, il apparaît pendant la période d'affaissement du sac (ligne de descente), et dans ce cas peut reconnaître trois origines différentes : ou bien il provient du retour d'une partie du sang dans l'artère, ou bien il doit être attribué à une insuffisance aortique concomitante ; ou bien, enfin, il est produit par le déplacement d'air contenu dans une lame du poumon voisin de la tumeur.

La *diminution d'amplitude du pouls périphérique* n'a rien de spécial aux anévrysmes aortiques : on la rencontre dans le rétrécissement de l'aorte, dans la compression de cette artère par une tumeur. Quelquefois même, l'amplitude du pouls est exagérée : ce phénomène paradoxal doit être attribué à une paralysie vasculaire par compression du sympathique dans la région médiastine.

L'*exagération du retard du pouls des artères périphériques* est un phénomène constant, général, s'il s'agit d'un anévrysme de l'aorte, limité, au contraire, au segment du membre correspondant dans le cas d'anévrysme régional. Cette exagération est proportionnelle au volume du sac et surtout à son extensibilité. Cela est si vrai, que le retard diminue si, par la compression sur la poche, on lutte contre son pouvoir d'extensibilité.

La *tension artérielle*, dans les cas d'anévrysme de l'aorte, se

modifie suivant l'état de la respiration. A chaque inspiration, le sang est retenu dans l'intérieur de la poche ; aussi, la courbe radiale descend-elle manifestement pour s'élever ensuite dans l'expiration ; sur la tumeur, on enregistre des phénomènes absolument différents, c'est-à-dire que la tension s'élève pendant l'inspiration et s'abaisse pendant l'expiration; ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas là d'une augmentation propre du volume du sac, mais bien qu'il suit la paroi thoracique pendant qu'elle se dilate au moment de l'inspiration.

M. Franck termine par une interprétation du *pouls paradoxal*, qu'on a eu tort de considérer avec Kussmaul comme un signe pathognomique des symphyses cardiaques, puisqu'il existe encore, dans les anévrysmes de l'aorte, la persistance du canal artériel, etc.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1885.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	10	17	3	30
2e	19	23	3	45
3e	27	37	11	75
4e	27	48	15	90
5e	27	33	9	69
6e	9	21	3	33
7e	17	31	3	51
8e	9	6	3	18
9e	12	19	2	33
10e	30	41	8	79
11e	53	98	30	181
12e	23	36	18	77
13e	35	81	16	132
14e	29	44	14	87
15e	45	65	18	128
16e	15	13	6	34
17e	38	71	16	125
18e	40	83	19	142
19e	39	59	9	107
20e	50	88	26	164
	554	914	232	1 700

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites. 115
Croup 45
Coqueluche 4
Otite. 1

B. Asthme. 44
Affections du cœur 54
Bronchites aiguës et chroniques 85
Pleuro-pneumonie 41
Congestion pulmonaire. . . 18

C. Affections et troubles gastro-intestinaux 108
Cholérine 27
Dyssenterie 2
Athrepsie. 16
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . 57
Hernie étranglée 25
Rétention d'urine. 16
Orchite. 3
Chute du rectum 1

D. Métrite, métro-péritonite. 34
Métrorrhagie 44
Fausse couche 51
Accouchement, délivrance. 221
Accouchements non terminés. 34

E. Affections cérébrales, paralysies. 66
Convulsions, éclampsie. . . 57
Névralgie 43
Névroses 78
Épilepsie 24
Aliénation mentale 9
Alcoolisme, delirium tremens 24
Catalepsie. 2
Rage. 1

F. Rhumatisme 20
Affections éruptives. 36
Fièvre intermittente. 3
Fièvre typhoïde. 31
Hémorrhagies de causes internes et externes. 84

G. Plaies, contusions. . . . 84
Fractures, luxations, entorses. 29
Brûlures. 5
Empoisonnements. 8
Asphyxie par le charbon. . 4
— submersion. . 1
Suicide 4

H. — Mort à l'arrivée du médecin. 48

Total. . . . 1 700

La moyenne des visites par nuit est de 18,47. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 28,30.

Visites du quatrième trimestre de 1884 . . . . 2 604
Visites du quatrième trimestre de 1885 . . . . 1 700
Différence en moins 904

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100;
Les femmes — — 54 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 16 —

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1884.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL
1er trimestre . . .	670	1073	345	2 088
2e trimestre . . .	590	916	293	1 799
3e trimestre . . .	627	992	288	1 907
4e trimestre . . .	554	914	232	1 700
	2 441	3 895	1 158	7 494

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année. . . . . 3 616 visites de nuit.
1877, deuxième année. . . . . 3 312 —
1878, troisième année. . . . . 3 571 —
1879, quatrième année. . . . . 5 282 —
1880, cinquième année. . . . . 6 341 —
1881, sixième année. . . . . 6 521 —
1882, septième année. . . . . 6 891 —
1883, huitième année. . . . . 6 895 —
1884, neuvième année. . . . . 8 712 —
1885, dixième année. . . . . 7 494 —

Le service a été assuré par 608 médecins et 356 sages-femmes. Le service fonctionne de dix heures du soir à sept heures du matin, depuis le 1er octobre jusqu'au 31 mars et de onze heures du soir à six heures du matin depuis le 1er avril jusqu'au 30 septembre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 janvier 1886, M. Ballay, ancien médecin de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 14 janvier 1886, sont désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Klée, pour le 11e d'artillerie ; Thomas, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; Plaisant, pour le 1er d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Oger, pour le 19e d'infanterie; Belleau, pour être attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre; Dorange, pour le 5e bataillon d'artillerie de forteresse.

— MM. les élèves en médecine et en pharmacie de l'École de Marseille ont offert aux hospices de cette ville une somme de 19455 fr. 55 c., produit net des bals de charité qu'ils ont donnés ces dernières années, en exprimant le désir que l'administration fasse édifier un bâtiment d'isolement pour le traitement des enfants atteints de maladies contagieuses ou épidémiques.

Accédant aux vœux de ces généreux donateurs, la commission administrative des hospices a fait dresser le devis de la construction demandée, qui va combler une lacune regrettable, depuis longtemps signalée. Les travaux seront entrepris incessamment.

— Le ministre de la marine a décidé que le prix de médecine navale pour l'année 1885 serait décerné au médecin de marine de première classe, M. le docteur Bellamy, du port de Brest, pour un remarquable rapport sur le service médical du Haut-Sénégal.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nadaud (d'Angoulême), et de M. le docteur Petitbien (Louis-Eugène), médecin aide-major à l'Hôpital militaire de Marseille.

— M. le docteur H. Picard commencera son cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires, à sa clinique, 13, rue Suger, le mardi 19 janvier, à cinq heures, et le continuera les samedis, et mardis suivants, à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18890.

8

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium................		
Matières organiques................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris. CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

416

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au **Convallaria Maïalis** (*muguet de mai*).

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

25

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel Reboulleau

97

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac ; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis,* rue Bleue.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

10

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Pour la **GUÉRISON** radicale de la **HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.**

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu de Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle.	(no 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle. . . .	(no 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(no 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supér.	(no 4)	pr adultes :	15c 1/2

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

72

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies. Exiger la signature. A. Sabourdy

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur,* diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

42

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

32

GOITRES, GLANDES, SCROFULES

Diminuent dès les premières applications et guérissent par l'emploi du véritable **Sirop de Bochet Iodé** et la **Pommade Résolutive de Bertrand aîné.** Les attestations de guérison reçues sont la meilleure preuve de l'efficacité de ces deux remèdes. — Phie Bertrand aîné, Hantzer successeur, 21, place Bellecour, à Lyon.

77

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✱, 2 *bis,* r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

69

DYSPEPSIE, GASTRALGIE, ANÉMIE.

VIN ROBIN AU PEPTONATE DE FER

(Un verre à liqueur par repas).

Gros : TROUETTE-PERRET, 165, r. St-Antoine, Paris.

N° 9. — JEUDI 21 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 21 JANVIER 1886. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La seconde partie du discours de M. le professeur Armand Gautier a été ce que nous espérions : un exposé très lucide de l'état de la question des alcaloïdes qui se forment dans le corps humain après la mort ou durant la vie, et des problèmes que soulèvent les expériences déjà faites, les résultats déjà acquis.

Ces problèmes sont considérables, puisqu'ils tendent à substituer à la médecine d'à présent une « médecine de l'avenir », suivant l'expression de M. Gautier. Nous allons voir sans doute encore, comme cela s'est produit si souvent dans l'histoire de notre science, au solidisme succéder l'humorisme, et, cette fois, à la pathologie cellulaire, à celle des microbes, la pathologie des leucomaïnes, ptomaïnes et autres produits azotés toxiques, alcalins ou neutres.

Au moment présent, la théorie qui introduit cette *chimiatrie* nouvelle ne paraît pas inconciliable, tout au contraire, avec les doctrines qu'a fini par faire prévaloir notre illustre Pasteur. La genèse des ptomaïnes se rattache par un de ses côtés à l'existence de bactéries : ce sont des produits d'une action anaérobie, comme celle qui s'exerce dans la putréfaction. Mais cette action indépendante de l'oxygène, les bactéries n'en auraient pas le monopole ; les cellules organisées en tissus vivants et faisant partie intégrante, par exemple, du corps humain, auraient aussi la faculté de l'exercer d'une manière continuelle ; ce serait là une de leurs fonctions, inséparable de leur activité, du renouvellement de leurs molécules ; elles feraient des alcaloïdes et des produits toxiques neutres, en même temps et pour ainsi dire au même titre que leurs produits spéciaux. De telle sorte que si, durant un peu de temps, cette *autoinfection*, pour nous servir du terme créé par le savant académicien, était laissée à elle-même sans que les divers agents toxiques fussent détruits par l'oxygène ou éliminés par les émonctoires, l'homme se trouverait atteint par là dans les sources mêmes de la vie, comme s'il eût été mordu par le serpent le plus venimeux. Sans arriver jusqu'à ce point, un grand nombre de maladies devraient la plupart de leurs symptômes à la présence, dans le sang, de ces nouveaux agents toxiques.

Bien entendu, ce ne sont encore là que des inductions demandant des vérifications multiples. Tout ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que l'Académie a fait très bon accueil à ces idées originales et a chaudement applaudi la lecture de M. Gautier.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses.

L'ablation totale de l'utérus, par la voie vaginale, qui avait donné des résultats peu avantageux, entre décidément aujourd'hui dans la pratique courante. Elle avait été abandonnée en France à la suite des insuccès de Récamier ; nous sommes parvenu le premier, dans ces dernières années, à la pratiquer avec succès dans notre pays, et depuis cette époque nous avons vu cette opération donner des résultats heureux entre les mains de plusieurs chirurgiens français.

Ces résultats heureux doivent être attribués à l'anesthésie, qui a permis de faire cette opération, nécessairement longue, sans faire souffrir les malades ; au pincement temporaire et définitif des vaisseaux que nous avons imaginé pour économiser le sang ; enfin aux moyens antiseptiques qui avaient été méconnus par un grand nombre de chirurgiens.

Nous avons décrit, il y a quelque temps, le procédé dont nous nous servons pour faire l'ablation totale de l'utérus dans les cas où la tumeur est relativement petite et peut être extraite en masse, sans trop de difficultés, en même temps que l'utérus lui-même. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, pp. 387, 403, 474.) Nous ne reviendrons pas sur ce sujet. Nous voulons seulement parler aujourd'hui de quelques modifications que nous avons apportées à ce mode opératoire pour les tumeurs qui, en raison de leur volume ou de leur friabilité, ne peuvent être que difficilement extraites, et nous prendrons pour types certaines variétés de fibromes et de cancers.

Les fibromes qui nécessitent l'ablation totale de l'utérus sont ceux qui donnent lieu à des hémorrhagies menaçantes, qui sont placés dans l'épaisseur de cet organe, et plus spécialement dans son tiers supérieur. S'ils sont petits, ils ne présentent pas un grand obstacle à l'extirpation de l'organe

dans l'épaisseur duquel ils sont logés. Mais pour peu qu'ils soient gros, qu'ils atteignent le volume d'une tête de fœtus à terme, par exemple, surtout si les malades ont un vagin étroit, profond, résistant, ils ne peuvent être extraits en masse par cette voie. En pareil cas il faut avoir recours au morcellement que nous avons imaginé et décrit ici-même (*Gazette des hôpitaux*, 1873, pp. 787, 802, 811) pour l'ablation de toutes les tumeurs qui sont côtoyées par des organes importants.

En ce qui concerne les fibromes, voici comment nous pratiquons ce morcellement :

Le vagin étant bien lavé à l'aide de liquides antiseptiques, ses parois maintenues rétractées par des aides, nous commençons par détacher le col de l'utérus dans toute sa hauteur, puis nous le coupons latéralement ; nous saisissons chacune de ses moitiés avec des crochets ou des pinces de Museux et nous l'attirons le plus près possible de la vulve.

Grâce aux pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux, ce temps de l'opération se fait sans perte de sang. Arrivé au corps de l'utérus, nous trouvons dans la dissection une certaine résistance, due à l'augmentation en longueur et en largeur de l'organe. Nous redoublons alors de précautions pour disséquer l'utérus à sa face externe et nous cherchons, en lui imprimant des mouvements dans divers sens, à pénétrer le plus tôt possible en avant et en arrière dans les culs-de-sac péritonéaux. Si, latéralement, quelque artère utérine donne un jet, il est également vite arrêté par le pincement. Cette dissection facilite évidemment la mobilité de l'organe utérin ; mais comme la tumeur logée dans son épaisseur l'empêche de s'abaisser, nous n'hésitons pas à la couper elle-même, dès que nous l'apercevons, au moyen du bistouri et des ciseaux. Ce morcellement est poursuivi jusqu'à ce que l'utérus soit assez réduit de volume pour pouvoir être entraîné du côté du vagin. Il ne nous reste plus qu'à détacher la portion restante des ligaments larges, à lier ou à pincer les vaisseaux contenus dans leur épaisseur, et, dès que l'organe est complètement détaché, à l'extraire.

On pourrait être tenté de croire que le morcellement de semblables tumeurs est dangereux, surtout à cause de la possibilité d'hémorrhagies, d'autant plus à redouter que les malades sont plus anémiques. Il n'en est rien, et il suffit d'être bien exercé à la manœuvre de nos pinces hémostatiques pour n'avoir rien à redouter de semblable et pour pouvoir conduire l'opération à bonne fin sans perdre de sang.

C'est ce qui nous est arrivé en juillet dernier, chez une malade vierge, âgée de cinquante-cinq ans, dont la santé avait été très éprouvée par une paraplégie de cause vertébrale qui l'avait retenue au lit pendant plusieurs années et qui était épuisée par des hémorrhagies inquiétantes, qu'aucun médecin n'avait pu conjurer. La cause de ces hémorrhagies était un fibrome qui faisait saillie au-dessus du pubis. Bien qu'il fût déjà volumineux, nous ne pouvions songer à l'extraire par la voie hypogastrique, à cause de la largeur de son implantation et de la trop grande faiblesse de la malade. Nous prîmes le parti de l'endormir, d'inciser l'hymen et de faire la division du vagin à l'aide de notre dilatateur à trois valves. Les jours suivants nous fîmes des injections antiseptiques. Dix jours après que la vulve et le vagin avaient été ainsi dilatés, nous procédâmes à la dissection de l'utérus et au morcellement de la tumeur, qui avait 15 centimètres de hauteur et 12 centimètres de largeur, et qui était implantée à la fois dans les deux faces et dans le fond du corps de l'utérus. En procédant avec patience, nous finîmes par le morceler et par en enlever les trois quarts avec de fortes pinces de Museux et des ciseaux courbes, puis nous parvînmes à extraire le reste en même temps que l'utérus. Ceci fait, nous attirons les ovaires et les trompes en même temps que les ligaments larges, nous les excisons et, après avoir fait des ligatures sur les principaux vaisseaux, nous fermons la plaie à l'aide de points de suture métalliques, à anses séparées, conduits avec notre chasse-fil. Comme une artère utéro-ovarique très dilatée saignait et était très difficile à arrêter, je la saisis avec une longue pince hémostatique que je laissai à demeure jusqu'au lendemain, comme je l'avais fait déjà plusieurs fois dans des cas semblables. L'opération avait présenté des difficultés très grandes, pour les divers motifs que nous venons d'expliquer ; aussi avait-elle duré quatre heures. Mais pendant ce temps, la malade n'avait pas perdu de sang. La guérison fut prompte.

Les tumeurs cancéreuses qui sont passibles de l'ablation totale de l'utérus sont relativement rares, les malades consultant presque toujours le chirurgien à l'époque où le col et le corps sont en grande partie détruits ou infiltrés par le tissu morbide.

Lorsque le cancer est limité au col ou à la muqueuse du corps, l'ablation totale de l'utérus ne présente pas de difficultés spéciales. Malheureusement, le diagnostic n'est pas toujours facile, et maintes fois il arrive que le chirurgien se croit en présence d'une affection de ce genre, alors que déjà les tuniques musculaires sont épaissies et rendues friables par les dépôts néoplasiques. En pareil cas lorsque le chirurgien entreprend la dissection, il se trouve surpris au cours de l'opération, d'une part, par la friabilité de l'organe qui se déchire sous la traction des pinces et, d'autre part, par le volume de l'organe qui est quelquefois trop considérable pour pouvoir être extrait d'une seule pièce. Dans ces cas difficiles, c'est encore le morcellement qui seul peut permettre de conduire à bonne fin l'opération. Pour pratiquer ce morcellement, nous avons recours soit à l'instrument tranchant, soit au cautère actuel à extrémité terminale en cuiller et à bords tranchants que nous avons fait construire, il y a plus de vingt ans, dans ce but, par Mathieu père.

Le morcellement avec le bistouri et les ciseaux présente de véritables difficultés, en raison de la facilité avec laquelle le col et le corps de l'utérus se rompent sous les pinces, et, en pareil cas, l'opération ne pourrait pas être terminée si l'on ne se servait pas des longues pinces hémostatiques que nous avons fait construire à cet effet. Il ne faut pas craindre de multiplier ces pinces ; car, en pareil cas, il n'est pas rare de voir le tissu morbide déborder la tunique musculaire et pénétrer dans la base des ligaments larges. Or, comme l'utérus dans ces cas est volumineux, et comme il importe de dépasser les limites du mal dans tous les sens, la perte de sang gênerait la manœuvre et serait menaçante si l'on n'avait pas recours à l'hémostasie temporaire et définitive. C'est dans ces sortes de cas que le morcellement par le cautère tranchant nous a rendu les plus grands services, et nous ne saurions trop en conseiller l'emploi toutes les fois que l'opérateur, après avoir disséqué le col, reconnaîtra que le reste de l'utérus est trop friable, trop volumineux, pour pouvoir être extrait sans être considérablement gêné par le sang provenant des vaisseaux ou par la propagation du cancer au tissu cellulaire voisin.

Le chirurgien doit alors être muni de deux cautères pour pouvoir aisément les porter successivement au rouge blanc et pratiquer, sans interruption, le morcellement. Grâce à la forme des cuillers, il enlève par fragments la totalité du tissu morbide, du col et du corps de l'utérus, jusqu'au péritoine, sans avoir d'hémorrhagies. Arrivé aux culs-de-sac, il ne doit pas craindre de les ouvrir, surtout le postérieur ; saisissant alors le reste de la coque utérine avec des pinces de Museux, et écartant convenablement avec des rétracteurs coudés les parois du vagin et la cavité artificielle qui les surmonte, il attire le fond de l'utérus et l'enlève par dissection après avoir mis des pinces hémostatiques sur la portion des ligaments larges dont les vaisseaux n'auraient pas été suffisamment détruits par le cautère. La cavité intermédiaire au vagin et au péritoine est nécessairement beaucoup plus large dans ces sortes de cas que si elle avait été créée par le bistouri, parce que le chirurgien craint moins de détruire latéralement avec le cautère le tissu morbide. On ne peut non plus songer à la fermer au moyen de points de suture, de telle sorte que la cavité péritonéale reste plus ouverte.

Mais l'observation nous a démontré, depuis longues années, que le péritoine supporte très bien le voisinage des tissus détruits par le cautère actuel et le contact des pinces hémostatiques laissées à demeure pour faire le pincement définitif des vaisseaux. Aussi n'est-il pas sans intérêt de savoir que ce procédé d'ablation totale de l'utérus, appliqué au cancer, est bien autrement inoffensif que celle qui est faite avec le bistouri. Pour ces motifs, nous ne saurions donc trop le recommander.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

La fièvre typhoïde chez les enfants.

I

Un cas de fièvre typhoïde actuellement dans mes salles va me fournir l'occasion de vous parler de cette affection chez l'enfant et des différences qu'elle présente chez l'adulte.

La fièvre typhoïde bien qu'assez fréquente chez les enfants, l'est cependant moins que chez les adultes. Chez les premiers on la rencontre le plus souvent de huit à quatorze ans ; par contre, elle est rare au-dessous de cinq ans. Cependant j'en ai observé quelques cas à deux ans et demi et à trois ans.

L'anatomie pathologique est moins accentuée chez les enfants où les plaques de Peyer sont seulement enflammées, ramollies, très rarement ulcérées, et dans ce cas les ulcérations sont limitées. Tandis que, chez l'adulte, on trouve des plaques dures avec masse indurée typhique due à l'hypertrophie de cellules lymphatiques, chez l'enfant, les plaques sont molles, et s'il existe des altérations typhiques caractérisées par l'hypertrophie des cellules lymphatiques, elles ne sont pas, toutefois, assez accusées pour être visibles ou tangibles.

Il y a donc rarement ulcération, c'est-à-dire la mort de la plaque dure, ou la cessation de la vitalité de la plaque molle très anémiée au-dessous. Donc, pas de cicatrisation non plus, et, si elle existe, elle est si limitée qu'elle a pu échapper maintes fois aux anatomo-pathologistes, lesquels ont dit que la muqueuse tout entière se reconstituait. Il y a donc chez l'enfant une période inflammatoire avec parfois de petites ulcérations, mais moins nombreuses, moins prononcées et moins étendues ; de là, moins de douleurs dans la fosse iliaque, moins d'hémorrhagies, et une diarrhée moins fréquente, moins continue.

L'inflammation porte encore sur les follicules isolés, bien qu'ils soient très exceptionnellement atteints par la matière typhique. Très souvent aussi, les follicules du gros intestin sont ramollis ; la muqueuse intestinale est rouge et ramollie aussi ; et toutes ces lésions sont plus prononcées vers le cæcum. Souvent aussi on constate la présence de vers lombricoïdes.

Les autres lésions de la fièvre typhoïde chez l'enfant sont analogues à celles que l'on observe chez l'adulte. Les ganglions mésentériques sont quelquefois ramollis et enflammés ; la rate est parfois hypertrophiée, moins fréquemment cependant que chez l'adulte ; le foie est souvent volumineux ; le sang, plus fluide, contient moins de fibrine, moins d'albumine, moins de matériaux solides, moins de globules rouges et plus de globules blancs, plus d'acide carbonique. Les poumons peuvent être le siège d'une congestion double, d'atélectasie, de broncho-pneumonie. Les centres nerveux : cerveau, moelle, méninges, sont plus ou moins congestionnés ; on constate quelquefois un piqueté cérébral, de l'œdème du cerveau. Les reins sont souvent aussi congestionnés. Enfin, j'ajoute que, dans les cas graves, les muscles de l'abdomen et des membres peuvent devenir graisseux.

Voici pour l'anatomie pathologique.

Si maintenant nous passons à la symptomatologie, nous observons les phénomènes suivants. Il est bien entendu que je me borne ici à un tableau rapide de la fièvre typhoïde des enfants, comparée, je le répète, à la fièvre typhoïde des adultes.

De même que chez ce dernier, il y a toujours une période prodromique, période dont souvent les parents, dès nos premières questions, ne se souviennent pas ou ne se souviennent qu'imparfaitement ; se rappelant seulement tout d'abord que depuis une huitaine de jours l'enfant travaillait mal, se plaignait de maux de tête de temps en temps, qu'il avait une constipation opiniâtre, que son appétit avait diminué, etc. Bref, cette période chez l'enfant est caractérisée généralement par de la céphalalgie, de l'agitation nocturne, des rêves, des cauchemars, un sommeil qui n'est plus réparateur, une faiblesse générale, une véritable paresse intellectuelle, une diminution de l'appétit, de la constipation, des nausées, des vomissements, de la fièvre le soir prouvée par l'état du pouls et par la température (38 degrés le matin et 39 degrés le soir). Le matin, l'enfant a encore bonne apparence, il a de la gaieté, de l'entrain ; le soir, au contraire, il est abattu, fatigué, sans forces, pour ainsi dire.

Mais ces phénomènes peuvent dépendre aussi de tout autre état que de la fièvre typhoïde ; tantôt alors une sueur profuse termine ces accidents qui tenaient seulement soit à un refroidissement, soit à la constipation, soit à un état hépatique, soit à quelque pharyngite avec épuisement nerveux, soit à un certain degré de congestion rénale avec urines boueuses. Dans ces divers cas, en huit jours tout est fini et l'enfant est guéri.

Tantôt, au contraire, la maladie, la fièvre typhoïde, se confirme, et l'on observe la persistance de la céphalalgie, des insomnies, de l'agitation nocturne, de la faiblesse intel-

lectuelle et générale. L'enfant est comme hébété, les traits sont immobiles, le regard vague. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, trémulente. Le petit malade n'a plus d'appétit, il est tourmenté par la soif; il a des vomissements, mais non sans nausées ni efforts, vomissements non spontanés, comme dans la méningite, et qui durent un à deux jours. Ces vomissements sont un des signes distinctifs très importants de ces deux affections. Dans la fièvre typhoïde, ils se produisent à la suite de l'ingestion des aliments ou des liquides, tandis que, dans la méningite, ils surviennent *sua sponte*, que l'enfant ait pris ou non des substances alimentaires.

Le ventre est un peu rond, légèrement sensible à droite dans la fosse iliaque, mais non ballonné encore au début, ce n'est que quelques jours plus tard (quatre ou cinq jours) qu'il se ballonne un peu. La constipation persiste et la température oscille entre 38 degrés le matin et 39 le soir. Enfin, plus tard seulement aussi, on constate des râles sibilants dans la poitrine, ainsi que la présence de taches rosées lenticulaires, sur le ventre, lesquelles apparaissent seulement au huitième jour environ.

Tel est le tableau banal des symptômes qui caractérisent la première période ou période prodromique de la fièvre typhoïde chez les enfants, symptômes qui permettent, dans un certain nombre de cas, de prévoir que l'on va avoir affaire à cette maladie.

THÉRAPEUTIQUE

Du Salicylate de Lithine.

Par le docteur Th. Guibert.

Le Salicylate de Lithine a été, dans ces derniers temps, l'objet d'études suivies et de communications importantes qui vont lui faire prendre rang parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement de certaines formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont particulièrement atteints*.

Chez certains malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, il arrive parfois, après qu'on a obtenu une grande et rapide amélioration, que les jointures restent douloureuses et que leur fonctionnement est encore gêné et plus ou moins pénible. Le salicylate de lithine peut alors intervenir utilement et faire disparaître en peu de jours les dernières traces du rhumatisme.

Dans le *rhumatisme articulaire subaigu progressif*, des malades atteints de cette forme tenace et redoutable de rhumatismes avaient été soumis sans succès aux médications les plus variées et les plus persévérantes; le salicylate de lithine a déterminé chez eux, au bout de dix à quinze jours, une notable amélioration. On constatait une disparition presque complète des douleurs spontanées, une atténuation de celles que provoquait la palpation ou le mouvement communiqué, une diminution du volume des articulations tuméfiées, une mobilité plus grande de ces jointures, et, par suite de ces diverses modifications, une facilité plus grande du mouvement volontaire des parties atteintes.

Le *rhumatisme articulaire chronique primitif* lui-même, dans ses périodes avancées, alors qu'un nombre plus ou moins grand de jointures sont déformées, gonflées, à demi ankylosées, douloureuses encore, a paru n'être pas rebelle à l'action du salicylate de lithine.

Enfin le salicylate de lithine, ainsi qu'il est dit plus haut, possède une efficacité incontestable dans le traitement des diverses formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont plus particulièrement atteints*.

Afin d'obtenir les résultats dont il vient d'être question, il est indispensable de pouvoir compter sur un médicament pur, bien défini et très exactement dosé. C'est pour atteindre ce but que le docteur Clin prépare une Solution contenant 1 gramme de Salicylate de Lithine par cuillerée à bouche et 25 centigrammes par cuillerée à café.

Cette solution, toujours identique dans sa composition, permet d'administrer sûrement le *Salicylate de Lithine pur* et de varier les doses suivant les indications qui se présentent.

D'après les observations recueillies jusqu'à présent, la dose quotidienne de salicylate de lithine paraît être de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, soit 3 ou 4 cuillerées de Solution; mais, comme il peut se rencontrer des personnes très sensibles à l'action de ce médicament, il sera bon, au début, de tâter la susceptibilité des malades et de commencer, soit par 2, soit par 3 grammes et d'augmenter progressivement s'il y a lieu. Dans quelques cas, on peut même être obligé d'aller au delà de 4 grammes par vingt-quatre heures, lorsque, par exemple, sous l'influence de cette dernière dose, l'amélioration cesse de faire des progrès; il suffit alors d'augmenter de 25 ou 50 centigrammes pour remettre en marche cette amélioration; mais aussitôt le mieux obtenu, on devra revenir à la dose primitive.

Les moments les plus favorables pour faire prendre la Solution de Salicylate de Lithine de Clin sont le milieu ou la fin du repas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Weber, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

2° Une lettre de candidature de M. le professeur Leloir (de Lille), qui sollicite le titre de correspondant national;

3° Une lettre de remerciement de M. Fayrer (de Londres), nommé récemment correspondant étranger.

DISCUSSION SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

M. PANAS répond à M. Perrin que l'iridectomie, conservée par lui dans l'opération de la cataracte, constitue, pour ainsi dire, l'essence même de la méthode de Græfe. Quelle que soit la forme ou la direction de l'incision cornéenne, du moment où l'on excise en même temps l'iris, on procède comme les Allemands. Quant aux résultats de cette iridectomie, universellement adoptée durant plusieurs années, on les regardait comme bons au point de vue des complications de panophthalmie. En effet, la suppuration avec perte totale de l'œil était devenue un peu plus rare dans ces derniers temps; en moyenne, elle ne se présentait plus guère que 5 fois sur 100. Mais cela tenait-il à l'iridectomie ou tout simplement aux progrès de la chirurgie en général, particulièrement en ce qui touche la propreté des instruments? Quoi qu'il en soit d'ailleurs, le progrès est infiniment plus considérable avec la méthode antiseptique telle que la pratique M. Panas, puisqu'elle paraît avoir supprimé définitivement tout danger de panophthalmie

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé national. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Tholozan; en deuxième ligne, M. Lafosse (de Toulouse); en troisième ligne, M. Coze (de Nancy).

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31,

M. Tholozan obtient. . . . . 58 suffrages.
Voix perdues 3

En conséquence, M. Tholozan ayant obtenu la majorité est proclamé associé national.

Il est procédé ensuite à l'élection d'un correspondant national. La commission propose : en première ligne, M. Mandon (de Limoges); en deuxième, M. Picot (de Bordeaux); en troisième, M. Queirel (de Marseille); en quatrième, M. Arnould (de Lille); en cinquième, M. Grasset (de Montpellier).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33,

M. Arnould obtient.	30	suffrages.
M. Mandon.	13	—
M. Grasset.	10	—
M. Picot.	6	—
M. Queirel.	3	—

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31,

M. Arnould obtient	47	voix.
M. Mandon.	7	—
M. Grasset.	6	—
M. Queirel.	1	—

En conséquence, M. Arnould est proclamé correspondant national.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section de pharmacie.

M. LE PRÉSIDENT donne ensuite lecture des noms des membres choisis par le conseil pour faire partie des commissions de classement des candidats au titre de correspondant national de l'Académie.

Sont élus :

Première division. — MM. Sée (G.), Roger, Charcot, Laboulbène, Potain, Vulpian, Proust.

Deuxième division. — MM. Legouest, Verneuil, Lannelongue, Tarnier, Panas.

Quatrième division. — MM. Berthelot, Javal, Milne Edwards, Bourgoin, Gariel.

LECTURE

Sur les alcaloïdes dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux.— M. ARMAND GAUTIER achève la lecture du mémoire commencée dans la dernière séance et conclut ainsi :

Résumons d'abord en quelques propositions l'ensemble des recherches que j'ai fait connaître dans ce mémoire.

A. *Ptomaïnes.* — Il se produit toujours au cours de la putréfaction des tissus animaux un certain nombre de substances alcaloïdiques vénéneuses, qui se forment, comme je l'ai établi dès 1873, aux dépens des matières albuminoïdes.

Les alcaloïdes sont ou bien exempts d'oxygène et volatils, ou bien oxygénés. J'ai donné les premières analyses et montré que les plus importants par leur masse et leur constance appartenaient aux séries pyridiques et hydropyridiques.

On n'est pas encore fixé sur la constitution des alcaloïdes à plusieurs atomes d'azote. On ne connaît pas davantage celle des alcaloïdes oxygénés, si l'on en excepte la névrine et la muscarine ou oxynévrine. J'ai dit, il y a longtemps déjà, que les alcaloïdes putréfactifs varient suivant la nature du terrain où on les cultive. MM. Brouardel et Boutmy ont pensé qu'ils variaient aussi avec l'époque depuis laquelle a commencé la fermentation bactéridienne. M. Bruger vient de donner la confirmation expérimentale de ces deux propositions, dans son intéressant travail.

Mais j'ai observé que, quelle que soit la nature du terrain (chair de mammifères, poissons, mollusques), les composés hydropyridiques se retrouvent d'une manière constante et paraissent être les produits alcalins des bactéridies qui ont le plus de vitalité et étouffent toutes les autres.

B. *Leucomaïnes.* — Généralisant ces recherches, j'ai annoncé en 1881 qu'il apparaissait d'une façon constante dans les excrétions fournies par les animaux vivants et en santé des corps de la nature des ptomaïnes. J'ai montré que les alcaloïdes de l'urine de Liebricht et de Pouchet devaient être rangés à côté des alcaloïdes putréfactifs alors connus ; j'ai signalé des alcaloïdes semblables dans la salive et les venins. Je leur ai donné le nom de *leucomaïnes* pour les distinguer des alcaloïdes cadavériques (nommés ptomaïnes, du mot *ptoma*, cadavre).

J'ai indiqué dans un mémoire publié en 1881 l'importance que me paraissaient avoir ces leucomaïnes, au point de vue de la genèse des maladies, alors que leur élimination par les reins, la peau ou la muqueuse intestinale, devient insuffisante.

Dans le but de confirmer ces constatations préliminaires, j'ai repris l'étude du suc musculaire des grands animaux et j'en ai retiré cinq alcaloïdes nouveaux parfaitement définis et cristallisés, doués d'une action plus ou moins puissante sur les centres nerveux, produisant la somnolence, la fatigue, et quelques-uns, les vomissements et la purgation (à la façon des alcaloïdes des venins), mais moins actifs que les alcaloïdes cadavériques.

J'ai montré que ces bases prennent naissance pendant la vie, au même titre que l'acide carbonique et l'urée. Il me reste à dire maintenant par quel mécanisme se produisent ces alcaloïdes, qu'ils soient putréfactifs, physiologiques ou pathologiques; quelle est la conséquence de leur formation incessante dans l'économie ; ce qu'ils deviennent et comment nous pouvons échapper à leurs effets.

Grâce à la respiration et à la circulation du sang, l'oxygène semble pénétrer partout dans l'organisme animal; il ne s'ensuit pourtant pas que la vie animale (c'est-à-dire les phénomènes successifs d'assimilation et de désassimilation des tissus) soit essentiellement aérobie.

Les transformations des tissus des animaux supérieurs sont, au contraire, anaérobies dans une notable proportion.

C'est là une proposition qui peut paraître paradoxale, mais dont j'ai tâché de donner, le premier, je crois, la démonstration expérimentale et théorique.

Laissant de côté la formation des ptomaïnes et leucomaïnes au sein de nos organes, prenons, pour établir, par le calcul, le dédoublement anaérobe d'une partie de nos tissus, l'une des célèbres expériences de Pettenkoffer et Voit sur la combustion animale.

Un chien de 33 kilogrammes, mis en observation, absorbe par jour en oxygène (sans comprendre celui de l'eau des aliments et des boissons) :

Oxygène emprunté à l'air par la respiration.	477	grammes.
Oxygène des aliments secs.	79	—

D'un autre côté, et dans le même temps, ce chien fournissait par les poumons les urines, la peau et toutes les autres sécrétions :

Oxygène excrété (sans compter celui de l'eau absorbée et rendue), 587 grammes.

Or, le chien n'ayant reçu par l'air que 477 grammes d'oxygène et en excrétant 587, la différence, 110 grammes, provient de la *combustion autonome des aliments et des tissus passant à l'état d'acide carbonique, d'eau, d'urée, etc., sans nul apport d'oxygène étranger.*

Ce qui veut dire que les quatre cinquièmes environ de nos combustions internes sont de véritables fermentations aérobies comparables à l'oxydation de l'alcool sous l'influence du *mycoderma vini* ou *aceti* et qu'un cinquième de nos combustions désassimilatrices se produit aux dépens des tissus eux-mêmes, sans nul recours à l'oxygène étranger, en un mot que cette partie des tissus *vit à la façon des ferments anaérobies ou putrides.* Si donc la vie intime de cette partie des cellules animales groupées en tissus et vivant sans oxygène emprunté à l'air est semblable, par la façon dont elle assimile et désassimile la matière organique, à la vie des ferments bactériens, nous devons, dans nos produits de sécrétion observer ces substances mêmes qu'on retrouve dans les fermentations anaérobies des albuminoïdes, c'est-à-dire dans les fermentations putréfactives. Nous retrouvons en effet dans nos sécrétions normales, et presque exclusivement, l'ensemble des produits de la putréfaction proprement dite, à savoir : l'acide carbonique et l'ammoniaque, en partie libre, en partie à l'état d'urée, en partie à l'état de sels, le phénol, l'endol, le sartol de nos excréments et de nos urines; les acides acétiques, butyriques et les autres acides gras supérieurs ; les acides lactique, succinique, phé-

nylacétique, de nos muscles, de nos glandes, de nos urines; la xanthine et la sarcine des muscles et des urines. Signalons aussi dans les putréfactions l'azote, les gaz, sulfurés et phosphorés, l'hydrogène du tube digestif. L'identité est presque complète; et comment dès lors ne pas s'attendre à trouver dans les urines et les sécrétions de nos glandes, dans les sucs musculaires, le sang, etc., ces alcaloïdes toxiques, dont l'histoire fait le sujet de ce mémoire?

Je les ai caractérisés, en effet, d'abord dans les urines, la salive, les venins, diverses sécrétions glandulaires, entre autres celle du ver à soie; je les ai particulièrement étudiés dans les muscles. Ils existent dans le sang, où ils paraissent s'accumuler dès que, pour des raisons diverses, la peau, les reins, le tube digestif ne les éliminent plus. C'est alors qu'agissant sur les centres nerveux, ils donnent lieu à une série de phénomènes d'ordre pathologique qui se déroulent, se succèdent nécessairement, et dont l'ensemble contribue à former le tableau de chaque maladie.

Nous résistons à cette incessante autoinfection par deux mécanismes distincts : l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène. L'élimination par les reins est évidente. J'ai toujours retrouvé une petite proportion de ptomaïnes dans les urines normales, quantités très faibles, et que quelques-uns ont même niée, mais qui est bien réelle et qui augmente et devient considérable dans quelques cas pathologiques, ainsi que l'a montré M. Bouchard pour les maladies infectieuses, en particulier la fièvre typhoïde, et comme vient aussi de l'observer M. G. Pouchet pour quelques maladies cérébrales sans fièvre. On avait déjà signalé la créatinine dans le cours de l'urémie. L'élimination par le tube digestif me semble tout aussi certaine, quoique ici le problème soit plus complexe, qu'une partie des alcaloïdes de l'intestin soient certainement dus à la fermentation bactéridienne des aliments ingérés et qu'ils puissent dans quelques cas passer inversement dans le sang, ainsi que le prouve M. Bouchard.

Mais un moyen plus puissant peut-être que l'élimination de ces bases fait résister l'économie à l'autoinfection, c'est la combustion incessante par l'oxygène du sang. La plupart de ces poisons, en effet, sont fort oxydables, et c'est sous l'influence vivifiante et sans cesse renouvelée de l'oxygène qu'ils se brûlent et disparaissent au moins en partie. Aussi, à l'état normal ne retrouvons-nous qu'une minime proportion des leucomaïnes musculaires dans les urines. Elles ont été brûlées dans le torrent circulatoire et déjà peut-être dans les tissus. . . . .

Mais qu'une cause quelconque diminue l'accès de l'air jusqu'au sang, que la quantité d'hémoglobuline décroisse, comme dans la chlorose ou l'anémie, ou que l'on introduise dans le sang des substances entravant l'hématose, et l'on voit aussitôt s'accumuler les substances de la nature des ptomaïnes ou des leucomaïnes, ou du moins celles qui leur ressemblent le plus ou les accompagnent en général. C'est ainsi que Frerichs et Stadeler ont signalé l'apparition de l'allantoïne dans l'urine des chiens dont on entravait la respiration. C'est ainsi encore que M. Dastre a démontré la réalité de la glycémie asphyxique, et l'on sait que l'apparition de glycose s'accompagne toujours d'une élimination abondante de matériaux azotés.

Sur ce point, peu de recherches précises ont été faites à cette heure, mais cette théorie n'implique-t-elle pas déjà les troubles nerveux de la chlorose, de l'anémie, de la grossesse, et cette bienfaisante influence des respirations d'oxygène, le seul moyen jusqu'ici connu de combattre efficacement les vomissements incoercibles que provoque sans doute la rétention dans le sang d'un poison mal éliminé ou incomplètement brûlé? N'est-il pas permis de se demander encore si la fièvre elle-même, qui coïncide avec une consommation minima d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle d'acide carbonique éliminé et d'oxygène consommé, enfin avec une circulation plus rapide, n'aurait pas pour conséquence la destruction du poison qui s'est formé ou se forme surabondamment dans l'économie?

Mais c'est ici m'aventurer sur le terrain glissant des déductions, peut-être un peu trop lointaines, de mes expériences. Qu'il me suffise d'avoir indiqué, sans en déduire toutes les conséquences physiologiques et thérapeutiques, le principe de l'action bienfaisante des agents qui excitent les fonctions des reins, de la peau et des muqueuses intestinales, et plus encore peut-être la puissante désinfection de l'économie par tout ce qui active la respiration et l'hématose.

Il ne me reste plus qu'un mot à ajouter. Ce mémoire est consacré à l'étude des alcaloïdes animaux. Nous avons dit comment ils ont attiré notre attention; mais, chemin faisant, nous nous sommes convaincu que, quelque actifs que soient ces poisons sur l'économie, il existe à côté d'eux des substances azotées non alcaloïdiques qui les accompagnent et sont douées d'une activité bien autrement grande. Le poison septique de Panum ne contient pas, ou fort peu, d'alcaloïdes; les matières extractives et incristallisables des urines sont extrêmement toxiques; je me suis assuré enfin que la partie essentiellement active du venin des ophidiens était azotée, mais non alcaloïdique. Ces substances sont autrement importantes en quantité que les ptomaïnes et les leucomaïnes, oxydables et azotées comme elles, et méritent qu'on les étudie de près. Leur jour viendra et j'ai la ferme conviction que leur étude sera l'une des plus fécondes qui soit réservée à la médecine de l'avenir.

M. POLAILLON lit un rapport sur deux mémoires de M. Vaslin (d'Angers), intitulé, l'un : *Contribution à l'étude de la thoracoplastie ou empyome chronique, traité et guéri par la résection costale, l'abrasion et le drainage*; l'autre : *Observation d'ostéosarcome à forme pulsatile du fémur.*

Le rapporteur propose à l'Académie de voter des remerciements à M. Vaslin, de déposer ses deux mémoires dans ses archives et d'inscrire leur auteur sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les mutations suivantes dans les services de chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris auront lieu le 25 janvier 1886, par suite du dédoublement des services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière : M. le docteur Périer prend le troisième service de chirurgie à l'hôpital Lariboisière et M. le docteur Delens prend celui des maladies des yeux au même hôpital, avec engagement d'y rester pendant cinq années; M. le docteur Gillette remplace M. Périer à Saint-Antoine; M. le docteur Berger remplace M. le docteur Gillette à l'hôpital Tenon; M. le docteur Peyrot, chirurgien du Bureau central, remplace M. Berger à Bicêtre et M. le docteur Bouilly, chirurgien du Bureau central, remplace M. Marchand chirurgien-adjoint de la Maternité et chargé du service d'accouchements de l'hôpital Cochin.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1885-1886, aura lieu le mercredi 27 janvier 1886, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Dans cette même séance aura lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours qui viennent de se terminer.

Ils entreront en fonctions le 1er février.

MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'Administration aux dates ci-après :

1° MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le samedi 23 janvier, à deux heures; 2° MM. les internes de première année et MM. les internes provisoires, le lundi 25 janvier, à deux heures; 3° MM. les élèves externes de deuxième et troisième années, le mardi 26 janvier, à deux heures; 4° MM. les élèves externes de première année : première moitié de la liste, le jeudi 28 janvier à dix heures et demie du matin; deuxième moitié de la liste, le même jour à deux heures et demie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Par suite de la nomination à l'honorariat de M. Demons, le mouvement suivant a lieu dans les hôpitaux : M. Gervais, ancien chirurgien titulaire aux Enfants, passe à Saint-André ; M. Mandillon passe des Vieillards à Saint-André (service créé) ; M. Saint-Philippe passe de l'Hospice général (section des incurables) au service de l'Hôpital d'isolement ; M. Verdalles, adjoint à Saint-André, passe, comme titulaire, à l'Hospice général (vieillards et incurables) ; M. Artigalas, adjoint, passe des Enfants à Saint-André ; M. Durand, adjoint, passe de l'Hospice général (vieillards) aux Enfants ; M. Bouvet, adjoint aux Incurables, passe au double service des vieillards et des iucurables.

— M. le docteur Bertillon a légué, en mourant, à la Société d'anthropologie de Paris une somme de 5000 francs, pour fonder un prix biennal (analogue au prix Godard), destiné à récompenser l'auteur du meilleur travail envoyé sur un sujet concernant l'anthropologie.

— M. le docteur Henri de Lacaze Duthiers, membre de l'Institut, est nommé membre de la commission des voyages et missions scientifiques et littéraires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18905.

N° 10. — SAMEDI 23 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1886. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. **».** — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur quelques cas de folie avec conscience, ou folie héréditaire.

Les médecins aliénistes désignent sous le nom de folie avec conscience, cet état d'aliénation ou de troubles intellectuels dans lequel les actes accomplis sont automatiques et irrésistibles, bien que l'aliéné ait parfaitement la conscience de ce qu'il fait. Si bien que de la définition générale et de la caractéristique pathognomonique de la folie universellement acceptées : automatisme et irrésistibilité avec inconscience de l'état maladif, les deux premiers termes seuls sont applicables à la catégorie d'aliénés dont il s'agit. Pour M. Baillarger qui est, croyons-nous, le premier qui s'est servi de cette désignation de folie avec conscience, l'aliéné ainsi atteint posséderait la notion positive de la nature morbide des phénomènes cérébro-psychiques dont il est obsédé et de l'irrésistibilité des conceptions délirantes ou de la perversion des sentiments qui provoquent ses actes, sans que sa volonté puisse leur opposer aucune barrière.

Cet état, qui a été longtemps confondu avec les diverses variétés de monomanie, de folie raisonnante, ou de folie morale, comme on l'a encore appelée, a surtout été étudié depuis que l'éminent aliéniste Morel a plus particulièrement appelé l'attention sur cet ordre de faits qu'il a groupés sous le titre de délire émotif. Lorsqu'on analyse les observations que Morel a réunies sous ce titre, on y voit, en effet, des exemples de folie du doute avec ses nombreuses variétés, de délire du toucher, de l'amour exagéré des animaux, de la peur des espaces, de la claustrophobie, de la recherche des noms, etc., etc., dont on a voulu faire autant d'unités ou d'espèces de délire.

Ce sont certains types de ce groupe d'aliénés avec conscience, qui ont fait le sujet de la dernière conférence clinique de M. Magnan à Sainte-Anne.

Les deux premières malades dont il a entretenu son auditoire sont deux jeunes filles, actuellement dans le service, toutes deux en proie au délire génésique. L'une s'introduit des corps étrangers, des instruments divers dans l'anus; l'autre cherche à entretenir des rapports avec des animaux. Ces impulsions sont chez toutes deux irrésistibles. A part cela, elles sont en pleine possession de leur conscience et raisonnent pertinemment sur toutes choses.

Deux autres jeunes filles, âgées de dix à onze ans, très intelligentes d'ailleurs, et ne présentant rien d'anormal au physique, offrent toutes deux l'exemple d'une grande perversion morale; elles sont menteuses, voleuses, et ont en outre, comme les précédentes, des aberrations génitales. Elles poursuivent les enfants et même des adultes pour les provoquer à assouvir leurs passions génésiques. Par suite des excès qu'elles commettent, elles ont, toutes deux, des érosions aux parties génitales.

Ce n'est là, aux yeux de M. Magnan, qu'une des formes, un des syndromes épisodiques de la folie avec conscience, qui présente toujours, sous toutes ses formes, quelque variées qu'elles soient, ce caractère commun de l'obsession impulsive et d'une origine commune; elles sont toutes, en effet, comme l'apanage exclusif de l'hérédité.

Ces formes ou expressions diverses, qui constituent comme autant de syndromes de la folie avec conscience, se rencontrent quelquefois diversement groupées chez un même sujet. Une malade du service a présenté successivement quelques-uns de ces différents syndromes, tels que la folie du doute, l'horreur et la crainte des épingles. Une autre femme présentait, indépendamment des perversions génitales, divers autres syndromes, tels que la perte de la libre direction de ses mouvements, l'irrésistibilité de prononcer certains mots qu'elle ne voudrait pas dire, l'impulsion à commettre certains actes dangereux pour autrui ou pour elle-même, de la dipsomanie, etc.

A mesure, dit M. Magnan, qu'on cherchera et qu'on pénétrera plus avant dans l'étude de ces divers syndromes, on trouvera, sous cette apparente variété, qu'ils procèdent tous d'une même source, qu'ils constituent au fond une affection du même ordre, soit que cette affection ne se révèle que par l'un de ces syndromes seulement, ou qu'elle se traduise par plusieurs de ces syndromes successifs ou groupés entre eux, comme dans les cas qu'on vient de rappeler; en un mot, qu'ils sont autant de stigmates psychiques de la folie héréditaire.

A cette occasion, M. Magnan s'est arrêté un instant sur l'un de ces syndromes les plus communs, le délire du doute, qui a été déjà, à plusieurs reprises, le sujet de discussions à

la Société médico-psychologique, pour faire remarquer qu'on a voulu, à tort, séparer comme deux formes distinctes le délire du doute et le délire du toucher, quelques-uns considérant ce dernier comme secondaire au délire du doute. Pour lui, ce sont deux phénomènes du même ordre, procédant de la même cause et coexistant souvent, et non deux états particuliers, distincts l'un de l'autre.

Le résumé et les conclusions de cette conférence de M. Magnan, est qu'on a cherché à tort de segmenter d'une manière indéfinie tout un groupe de faits connexes procédant d'une origine commune, qu'il propose de désigner sous le nom de stigmates psychiques de l'hérédité.

De l'action et des effets du lavage de l'estomac sur le plexus solaire et, par son intermédiaire, sur certains troubles cérébraux.

L'emploi du lavage de l'estomac est entré depuis quelques années dans la pratique courante, mais son indication et son action thérapeutiques ne sont pas encore connues d'une façon définitive par tous les médecins. Dans l'ouvrage ayant pour titre : *Estomac et cerveau*, dont nous avons entretenu nos lecteurs (*Gaz. des hôpit.*, 1885, pp. 832, 857), M. Leven s'est proposé de montrer comment, en combinant une hygiène bien ordonnée au lavage d'estomac sagement administré, on pouvait agir directement sur le plexus solaire, de manière à calmer tous les phénomènes d'irritation cérébrale qui en procèdent, tels que lourdeur de tête, vertiges, insomnie, céphalalgies persistantes. C'est dans le but d'aider à cette démonstration et d'appeler sur cet ordre de faits le contrôle de l'expérimentation, d'où devra sortir plus tard l'infirmation ou la confirmation des règles posées à cet égard par notre confrère, que nous ouvrons cette Revue à quelques observations recueillies soit dans sa pratique privée, soit dans son service de l'hôpital Rothschild.

Nous commencerons aujourd'hui par l'histoire de deux malades, pris au hasard dans ce service, traités et guéris par le lavage de l'estomac.

Le premier fait a trait à une femme de soixante-douze ans, chiffonnière, qui, dès l'âge de sa puberté, souffrait de migraines hebdomadaires et de coryzas fréquents. Il y a quinze ans, — elle avait alors cinquante-sept ans, — à la suite de grands chagrins, elle éprouva dans les articulations des douleurs vagues, que son médecin qualifia de rhumatismales, des céphalalgies persistantes, de l'insomnie. Au bout de quelques mois, sa santé fut rétablie, mais d'une façon médiocre, les maux de tête apparaissant plus violents et plus fréquents que jadis.

En septembre dernier, elle se fatigua beaucoup plus que d'habitude ; alors tous les symptômes augmentèrent : les céphalalgies devinrent presque continuelles, elles occupaient le front et le dessus des yeux, apparaissant et disparaissant tout d'un coup ; des étourdissements se montrèrent plusieurs fois par jour ; elle eut des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, des cauchemars, des douleurs dans les membres et dans les deux côtés du ventre. Comme symptômes stomacaux, elle présentait des crampes d'estomac fréquentes, des brûlures dans la région épigastrique, des somnolences après ses repas, de l'oppression, des gaz, etc. L'appétit était nul, la soif ardente, la langue sale et saburrale.

A l'examen de la malade, pratiqué le 19 décembre 1885, on trouve tous les points du plexus douloureux à la pression, surtout l'épigastrique, de l'hyperesthésie cutanée des régions avoisinant les ganglions, une rachialgie des plus prononcées, et des douleurs spontanées et à la pression dans les masses lombaires du côté gauche. On met la malade au régime, et le 22, voyant qu'aucun résultat n'était obtenu, on pratique un lavage d'estomac.

Trois jours après, tous ces symptômes si tenaces avaient disparu ; plus de maux de tête, plus d'étourdissements ; l'appétit est revenu, la langue s'est nettoyée, et la malade sort le 7 janvier entièrement guérie.

Le second malade est un homme de soixante ans, voyageur de commerce, grand, vigoureux, à figure rouge, vultueuse, avec les yeux saillants, injectés ; d'un embonpoint respectable ; présentant, en un mot, la constitution que l'on a l'habitude de dénommer pléthorique.

Dès sa jeunesse, il avait souffert de fréquents maux de tête, de vertiges et d'étourdissements. Ces symptômes forçaient le malade, sur le conseil de médecins fidèles aux théories de Broussais, à se faire saigner annuellement, sans qu'il en ait, malgré sa persévérance, recueilli le moindre soulagement.

Il y a un an, il eut de violents chagrins de famille et des revers de fortune qui l'affectèrent au plus haut point. La conséquence immédiate fut une exacerbation des symptômes cérébraux auxquels vinrent se joindre dans la jambe gauche des douleurs sciatiques qui l'empêchaient de marcher. Purgatifs, teinture d'iode, vésicatoires, sangsues, pointes de feu, pulvérisations de chlorure de méthyle, etc., tout fut employé avec un égal insuccès. Chaque traitement était suivi d'une amélioration de quelques heures, mais tous les symptômes reparaissaient immédiatement après.

Lorsque, le 16 décembre 1885, il vint se présenter à l'hôpital de Rothschild, le malade était très accablé, tant au physique qu'au moral. Il souffrait d'une névralgie sus-orbitaire gauche qu'il gardait depuis six mois, de bourdonnements d'oreilles qui le rendaient sourd, de vertiges qui l'obligeaient à se retenir aux objets environnants sous peine de tomber à terre, et d'une insomnie rebelle qui l'empêchait de goûter une heure de repos. Dès qu'il était debout, il était pris de douleurs en ceinture qui l'obligeaient à se recoucher aussitôt.

Son appétit était conservé, mais ses repas étaient suivis de brûlures à l'estomac, de pesanteurs et d'un gonflement qui ne lui permettaient de garder aucun vêtement serré.

Depuis trois mois, un symptôme nouveau était apparu, qui l'inquiétait beaucoup et le faisait souffrir horriblement. C'était un tic douloureux de la face, occupant la joue gauche, de la durée d'une seconde, se répétant une vingtaine de fois par jour.

A l'examen du plexus, on trouve tous ses points douloureux.

On met le malade au régime, on lui fait des pointes de feu sur la colonne vertébrale et sur la cuisse, mais sans aucune amélioration.

C'est alors que, le 24 décembre, on pratique un lavage dont les résultats, quarante-huit heures après, sont les suivants :

La douleur sus-orbitaire a entièrement disparu, et la tête est dégagée.

La marche est encore un peu pénible, mais il n'existe plus ni sciatique ni douleurs en ceinture. Plus de vertiges, plus d'étourdissements.

Le malade sollicite son exeat, mais on le persuade de rester quelques jours encore.

A sa sortie, le 4 janvier, aucun symptôme n'a reparu, et la guérison peut être considérée comme complète.

Ces observations, intéressantes à plusieurs titres, le sont surtout à cause de la question pratique qu'elles soulèvent et qu'elles tendent à résoudre. Elles permettent d'abord de se demander si les prétendus insuccès du lavage qui ont été publiés ne peuvent être attribués à son usage exclusif ou immodéré. Employez-le seul, dit M. Leven, vous n'obtiendrez rien, si vous n'y joignez un régime approprié; et il n'entend pas seulement par là un régime alimentaire, mais encore et surtout une sage réglementation de la vie, un repos intellectuel et physique complet. Répétez-le sans mesure, vous détruisez le lendemain ce que vous avez fait la veille, et bien plus, au lieu d'une sédation, vous produisez une hyperexcitation des centres nerveux.

De ces faits, M. Leven croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le lavage d'estomac est un agent thérapeutique merveilleux pour combattre et faire disparaître les phénomènes d'irritation cérébrale, tels que migraines, lourdeurs, vertiges, etc. ;

2° Il agit sur le cerveau indirectement — M. Leven dirait volontiers directement — par l'intermédiaire du plexus, et non pas, comme on l'a dit, parce qu'il nettoie l'estomac. Et la meilleure preuve qu'il en donne, est que si l'on fait le lavage d'un estomac non dilaté et à jeun, le liquide ressort aussi clair, aussi propre, que lorsqu'il y est entré. Chez les deux malades dont il vient d'être question, c'est dans ces conditions qu'on a opéré, l'estomac n'était dilaté ni chez l'un ni chez l'autre, et cependant l'effet curatif n'en a pas été moindre. C'est donc en modifiant le système nerveux qu'il agit; c'est par le contact du tube avec les ramifications nerveuses du pharynx et de l'œsophage qu'il modifie les ganglions du plexus et, par leur intermédiaire, le cerveau;

3° Enfin ce moyen thérapeutique est, aux yeux de M. Leven, bien puissant, puisqu'il réduit à néant des symptômes aussi bruyants et aussi tenaces! Mais il se demande si sa puissance même n'est pas un danger? N'est-ce pas ici le cas d'observer cet adage : *Uti et non abuti*, et de ne pas manier à la légère cette arme à deux tranchants qui peut être aussi funeste qu'utile? On comprend, en effet, qu'un malade ne puisse subir coup sur coup des ébranlements nerveux de cette nature, et que ces secousses répétées puissent le mettre, si l'on n'arrête à temps, dans un état des plus inquiétants, qui pourrait peut-être se terminer par la mort même.

Ainsi utilité, avantages et dangers possibles du lavage de l'estomac, tels sont les points de vue relatifs à cette méthode, sur lesquels il nous a paru utile d'appeler l'attention de nos lecteurs.

Affections parasitaires.

M. le docteur Guibout — aujourd'hui médecin honoraire — a consacré sa dernière conférence de l'hôpital Saint-Louis à l'étude des teignes faveuse et pelade et du pityriasis versicolor.

TEIGNE FAVEUSE, FAVUS OU PORRIGO FAVOSA.

La *teigne faveuse* ou *favus*, ou *porrigo favosa*, ou *porrigo decalvans*, est constituée par les altérations de la peau, résultant de l'*acharion Schœnleinii*, appelé aussi *acharion capitis*, parce que son siège le plus habituel est le cuir chevelu. Cette teigne, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, a été appelée aussi *teigne du pauvre*, dit M. Guibout, parce qu'elle se développe le plus souvent chez des gens mal soignés ou malpropres. Elle est caractérisée par des croûtes d'un centimètre et demi d'épaisseur, croûtes jaunâtres, sèches, cassantes, ayant l'odeur de souris ou d'urine de chat. Ces croûtes ont reçu le nom de *godets*, parce qu'elles sont rondes, creuses et en forme de cupules; en se développant, elles se réunissent les unes aux autres, de manière à former une carapace hideuse, inégale, bosselée, recouvrant toute la tête et parsemée de cheveux tortillés, rabougris et décolorés qui émergent du centre des godets.

M. Guibout fait remarquer que ces croûtes, symptôme et caractère pathognomonique du favus, diffèrent absolument de toutes les autres croûtes, toujours formées par la concrétion d'un liquide séreux, sanguin, muqueux ou purulent. Les croûtes du favus n'ont aucune origine semblable; elles sont constituées par le champignon lui-même, qui, du follicule pileux où il a pénétré, se développe rapidement, perfore le feuillet épidermique qui le recouvrait et s'accroît librement, sous la forme d'un godet, justement comparé à une cupule ou à la patère antique.

Quatre périodes signalent l'évolution du favus : 1° *période érythémateuse* : c'est l'érythème résultant de l'irritation que son contact produit sur la peau; 2° *période pustuleuse*, caractérisée par des pustules petites, plates, jaunes, safranées, résultant de l'inflammation causée au follicule pileux par le champignon; 3° *période champignonneuse* : c'est la période des croûtes, des godets, c'est-à-dire du développement à l'extérieur du champignon; 4° *période de calvitie et de cicatrices* : les cheveux ont été atteints dans leur racine; ils ont poussé d'abord d'une manière défectueuse, malingres, décolorés, tortillés sur eux-mêmes; puis ils sont tombés pour ne plus reparaître, la papille pilifère étant détruite et le conduit excréteur du cheveu étant oblitéré, le cuir chevelu reste réticulé, décoloré et d'aspect cicatriciel.

La teigne trichophytique ne peut pas exister sans le système pileux; elle ne siège donc que dans les régions velues. La teigne faveuse, au contraire, se développe partout. Son siège d'élection est, sans doute, la région cranienne; mais on la rencontre, et M. Guibout l'a vue sur toutes les régions du corps, sur le front, sur le nez, sur les joues, sous les ongles où elle s'est inoculée par le grattage, sur la poitrine, sur les régions latérales du thorax, sur la cuisse, sur l'épaule. Elle est très contagieuse et se développe par inoculation directe, par le contact de la partie malade avec les parties saines, soit du malade lui-même, soit d'un autre individu. Les objets de toilette, peignes, coiffures, brosses, contenant des spores ou sporules cryptogamiques, c'est-à-dire des fragments du champignon, sont un des moyens de propager le favus. De là la nécessité d'isoler ceux qui en sont atteints.

Traitement. — L'indication à remplir est de mettre le parasite en contact direct avec les divers agents parasiticides : d'abord cataplasmes de fécule de pommes de terre pour détremper les croûtes et les faire tomber, ce qui ne se fait pas attendre plus de un, deux ou trois jours, suivant l'épaisseur des croûtes; puis épilation et frictions pendant huit ou dix jours avec un ou plusieurs des parasiticides indiqués dans la dernière conférence; épiler une deuxième, troisième et quatrième fois, aussi souvent et aussi longtemps que des pustules faviques indiqueront que le champignon n'est pas détruit. La guérison, toujours très longue à obtenir, plusieurs

mois et même plusieurs années, s'obtient rarement avec la reproduction intégrale et complète de la chevelure. Cela est possible cependant ; mais le plus souvent les cheveux sont moins épais, moins vigoureux et moins beaux qu'avant la maladie ; on trouve souvent des places qui en sont dépourvues totalement ou seulement parsemées de cheveux rares et poussant mal, sur une peau altérée et cicatricielle.

Des récidives s'observent assez fréquemment, après plusieurs années quelquefois ; il est donc utile de reprendre de temps en temps, même en l'absence de toute lésion apparente, l'usage des parasiticides, en ayant soin de ne pas employer toujours les mêmes agents.

TEIGNE PELADE.

Cette teigne, dit M. Guibout, est la plus redoutable de toutes par la rapidité avec laquelle elle ravage le système pileux, qu'elle détruit en larges plaques irrégulières. Elle s'attaque le plus souvent aux cheveux, mais aussi aux poils de toutes les régions : aux poils pectoraux, abdominaux, axillaires, pubiens, aux sourcils, aux cils, à la barbe ; elle oppose à tous les efforts de la thérapeutique une désespérante ténacité, et ses progrès, son extension sont tellement rapides qu'elle peut, dans un temps relativement court, détruire le système pileux tout entier, en sorte qu'il ne reste plus, des pieds à la tête, un seul poil sur le corps.

La teigne pelade est moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; elle est aussi commune chez la femme que chez l'homme. Elle est caractérisée par une chute des cheveux ou des poils, s'opérant rapidement par plaques, non pas rondes et régulières, comme dans la trichophytie, mais irrégulières, sans forme spéciale, et toujours plus considérables que les plaques trichophytiques. Cette destruction du système pileux se fait sans aucun trouble apparent, sans douleur, sans démangeaisons, sans altération organique appréciable de la peau, sans rougeur, sans tuméfaction, sans lésion vésiculeuse, pustuleuse ou autre, comme dans le favus et la trichophytie. On n'observe pas non plus, comme dans ces deux dernières teignes, comme dans le favus surtout, ces lésions de complication, ces productions eczémateuses et impétigineuses, ces carapaces croûteuses suintantes qui manifestent l'inflammation de la région malade, et qu'il faut détruire par des applications émollientes, avant de pouvoir attaquer le mal lui-même, c'est-à-dire le parasite, par les moyens spéciaux et parasiticides. Non, il n'y a rien de tout cela dans la pelade ; M. Guibout insiste sur ce caractère qui la distingue des autres teignes : les cheveux ou les poils tombent rapidement, en larges surfaces irrégulières, sans douleur locale et sans altération appréciable des parties de peau dénudées.

Avant M. Bazin, on regardait la pelade comme étant produite par un trouble trophique des follicules pileux ; ils étaient considérés comme devenant le siège d'une atrophie, à la suite de laquelle la calvitie se produisait forcément. Mais les recherches de M. Bazin et de M. Lailler ont démontré qu'il ne s'agissait pas d'un trouble trophique, mais de l'existence d'un parasite de la famille des cryptogames, comme le parasite du favus et de la trichophytie, végétal microscopique appelé *microsporon Audouini*.

Quand elle existe chez l'enfant, la teigne pelade est contagieuse ; mais, chose inexplicable, elle cesse de l'être chez l'adulte. M. Guibout cite l'exemple de maris et de femmes, couchant ensemble, l'un des deux époux ayant la pelade et ne la communiquant pas à l'autre.

Traitement. — L'épilation ne peut plus être employée, en raison de l'absence de lésion apparente, de la marche rapide et de l'étendue considérable de la calvitie. M. Lailler prescrit de raser à plusieurs reprises la tête, à la distance de quinze à vingt jours, et ensuite de la frictionner avec la teinture de piment, de gingembre, ou avec un liquide composé de :

Alcali volatil	2 grammes.
Eau distillée	100 —

M. Vidal fait raser plusieurs fois la tête et, après chacune de ces opérations, il la fait couvrir d'un vésicatoire en forme de calotte.

M. Guibout fait aussi raser la tête, à plusieurs reprises différentes, et ensuite il la fait frictionner avec de l'alcool camphré, ou badigeonner, un grand nombre de fois, plusieurs fois par jour et pendant très longtemps, avec la solution suivante :

Éther sulfurique.	50 grammes.
Camphre.	50 —

Ce traitement lui a parfaitement réussi dans de nombreux cas : non seulement la chute des cheveux a été arrêtée, mais les cheveux ont repoussé, il est vrai pas toujours avec la même vigueur et quelquefois blanchis.

PITYRIASIS VERSICOLOR.

Le pityriasis versicolor est la moins grave de toutes les teignes ; elle est le résultat de la présence du *microsporon furfur* dans les lames épidermiques. Son siège le plus habituel est sur le tronc, à la partie antérieure, sur toutes les régions thoracique et abdominale, et, à la partie postérieure, sur toute la région dorsale. Elle se manifeste par de larges surfaces épidermiques, d'un jaune brunâtre, couleur de café au lait, et, en même temps, par un ramollissement notable de toutes ces surfaces qui, par le frottement et le grattage, se détachent facilement, d'où le nom de *crasses parasitaires* qui leur a été donné par M. Bazin.

Traitement. — Le *microsporon furfur*, restant tout à fait superficiel, est facilement détruit par les divers agents parasiticides que nous avons indiqués. Des frictions avec une solution de sublimé, ou bien avec la pommade d'Helmerich, ou bien, comme nous le prescrivions, cinq ou six bains contenant chacun en dissolntion :

Sulfure sec de potassium. 200 grammes,

suffisent pour détruire le champignon, et par conséquent pour guérir la teigne, en d'autres termes, les altérations épidermiques qui résultent de son existence.

THÉRAPEUTIQUE

Des préparations de quinquina.

Par le docteur Achenne.

Si l'on considère les préparations officinales de quinquina inscrites au Codex, on doit reconnaître qu'il n'en est pas une qui représente un médicament à composition définie. Le médecin ignore donc la dose des principes qu'il prescrit et que le malade doit absorber. Il l'ignore d'autant plus que les préparations les plus habituellement usitées, le vin et les extraits, sont soumis, sinon à l'arbitraire du préparateur, du moins au hasard de la composition des produits employés. Nous savons tous, en effet, combien est différente la teneur des diverses sortes de quinquina

en principes actifs; et même, avec des échantillons différents des mêmes sortes, les préparations non titrées ne sauraient fournir des produits semblables que par à peu près.

Il est vraiment singulier que cette simple remarque n'ait pas conduit les réformateurs du Codex à modifier leurs formules et à ordonner des modes de préparation plus conformes aux règles d'une thérapeutique exacte et précise. Ce que la routine ou d'autres soucis (*de minimis non curat prætor*) ont empêché nos graves législateurs de faire jusqu'à ce jour, un pharmacien très distingué de Paris, M. Roy, l'a entrepris et scientifiquement résolu.

Il part d'un quinquina jaune calisaya, titrant un minimum de 3 p. 100 d'alcaloïdes, et, de cette substance première ainsi définie, il retire, au moyen de procédés perfectionnés, tous les principes utiles du quinquina; les alcaloïdes sont obtenus au moyen de la chaux et de l'alcool bouillant, suivant la méthode suivie pour préparer le quinium; on a ainsi un extrait contenant tous les alcaloïdes de l'écorce, qui sont les principes fébrifuges.

Mais cette opération aurait éliminé le tannin et les matières colorantes que la chaux précipite à l'état insoluble.

Aussi, dans une opération préalable, M. Roy fait un extrait aqueux qui, lui, retient l'acide cinchotannique ou tannin du quinquina, la matière colorante et d'autres substances dont l'ensemble représente la partie proprement *tonique* de l'écorce.

La réunion de ces deux extraits ou leur mélange constitue un produit vraiment original qui, rigoureusement, peut s'appeler extrait normal de quinquina; il mérite bien le nom de *Quinium Roy*, puisque l'auteur a été le premier à doter la thérapeutique de cette préparation remarquable.

Sa supériorité sur les vins de quinquina ressort clairement de cette considération, que les vins épuisent si peu les écorces que celles-ci peuvent ensuite être traitées utilement pour en obtenir de la quinine; et encore, la petite quantité d'alcaloïdes d'abord dissous se précipite en partie, l'acide tartrique et le tannin du vin l'entraînant au fond, en un dépôt que des filtrations réitérées enlèvent, au préjudice de l'efficacité de la préparation.

Le *Quinium Roy* est une préparation solide; il est granulé et se présente sous l'aspect d'une poudre rose, cristalline. Il est soluble dans l'eau et mieux dans le vin plus à chaud qu'à froid.

Chacun peut l'accommoder soi-même, selon son goût ou les conseils du médecin, et de la façon la plus variée.

Le *Quinium Roy* représente exactement, poids pour poids, tous les principes actifs de la poudre de quinquina jaune :

Une cuiller à potage contient 30 centigr. d'alcaloïdes, — plus qu'un demi-litre de bon vin de quinquina; — une cuiller à café représente 10 centigr. de ces mêmes principes fébrifuges.

La dose convenable dans les fièvres graves sera donc de 2 à 3 cuillers à bouche par jour, et, comme tonique, de 1 à 2 cuillers à café.

Une demi-cuiller à café de granules de quinium dans un verre à madère de vin suffit pour une prise, que l'on renouvellera dans la journée, selon les indications.

Les praticiens apprécieront un produit tel que le *Quinium Roy*. Il leur permet de délaisser les préparations surannées de quinquina qui font vraiment injure à notre temps et à la science.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Tumeur par rétention des règles. — M. DESPRÉS communique l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, grande, pâle, non réglée, qui entra dans son service le 26 juillet, présentant une affection singulière. Elle portait au niveau de l'ombilic une tumeur volumineuse, pyramidale, très saillante, moins volumineuse la jeune fille étant debout que lorsqu'elle était couchée. Le ventre bombait exclusivement au niveau de l'ombilic, on ne sentait rien dans la fosse iliaque ni à l'hypogastre. De quelle sorte de tumeur s'agissait-il? M. Després attendit un mois, la malade n'éprouvant pas de souffrances, malgré les examens répétés. Un de ses anciens élèves, M. le docteur Ramonat, pensa qu'il s'agissait d'une rétention menstruelle ou d'une grossesse. Incité par ses élèves, M. Després consentit à faire une ponction avec un trocart aspirateur des plus fins. Cette ponction ne donna que quelques gouttelettes de sang. Il s'agissait donc d'une tumeur solide. On examina ce sang au microscope; on y trouva des cellules embryoplastiques. D'après cela, on aurait donc pu avoir affaire à un sarcome; mais un sarcome chez une jeune fille de quatorze ans, c'eût été un fait bien exceptionnel. On conseilla à M. Després de faire une incision exploratrice; mais il s'y refusa énergiquement, la malade ne souffrant pas et ne paraissant courir aucun danger. Le 4 décembre, cette jeune fille perdit du sang par le vagin; le soir, cette perte de sang devint extrêmement considérable. Le lendemain matin, la tumeur avait diminué de moitié. Il s'agissait donc d'une rétention des règles chez une jeune fille de quatorze ans; M. Després pratiqua alors le toucher vaginal, dont il avait cru, jusque-là, devoir s'abstenir, en raison de la virginité de cette jeune fille, d'ailleurs très bien élevée. Il reconnut que le vagin était complet, mais qu'il y avait imperforation du col de l'utérus; celui-ci était allongé, effilé, ce qui explique comment la tumeur se trouvait à l'ombilic. Cette jeune fille eut de nouveau ses règles le 4 janvier et elle va aussi bien que possible.

C'est là un fait rare : une tumeur utérine due à la rétention des règles s'observe généralement chez des jeunes filles de dix-neuf à vingt-quatre ans, mais non chez des jeunes filles de quatorze ans.

En outre, la tumeur s'est développée dans la partie supérieure de l'abdomen, dans un point que n'occupent pas habituellement ces sortes de tumeurs. Les seuls efforts de la nature ont remis les choses en état, et ce fait prouve au moins que la temporisation peut être utilement employée dans certains cas. Les statistiques montrent d'ailleurs que toutes les jeunes filles, chez lesquelles la chirurgie n'est pas intervenue, ont spontanément et parfaitement guéri, tandis que l'on constate une notable mortalité chez celles qui ont été opérées.

M. MARC SÉE, tout en félicitant M. Després de sa conduite prudente, dans ce cas, regrette qu'au lieu d'un trocart très fin, il n'ait pas employé un gros trocart qui lui aurait permis de préciser le diagnostic et qui n'aurait pas été beaucoup plus dangereux. Il lui demande en outre comment il explique ces cellules de sarcome trouvées dans les gouttelettes de sang qu'a données la ponction. S'il avait pris un gros trocart, il aurait été fixé sur la véritable cause de cette tumeur; il aurait été conduit alors à examiner cette jeune fille au spéculum et, à l'aide d'une sonde fine introduite dans le col de l'utérus, il aurait mis immédiatement cette jeune fille à l'abri d'accidents graves qui auraient pu se produire. Donc, malgré le bon résultat qu'a donné, dans ce cas, l'abstention, on est autorisé à penser qu'il aurait fallu faire quelque chose de plus que ce qu'a fait M. Després.

M. TRÉLAT se joint à M. Sée pour reprocher à M. Després l'insuffisance de ses recherches. Quant à la comparaison qu'a faite M. Després entre les cas où l'on n'est pas intervenu et ceux où le chirurgien a cru devoir agir, elle n'a pas de raison d'être, attendu que les cas qui se sont spontanément terminés par la guérison sont des cas favorables, tandis que ceux où l'on est intervenu sont des cas compliqués. La comparaison établie par M. Després n'est donc pas un argument en faveur de l'abstention.

M. DESPRÉS répond à M. Trélat qu'il faut, dans ces cas, des indications précises pour intervenir. Or ces indications ne se sont pas présentées chez sa malade. Il répond à M. Sée qu'il n'a pas employé un gros trocart parce qu'il aurait risqué de déterminer un épanchement de sang dans le péritoine. Quant aux résultats de l'examen microscopique, que prouvent-ils? sinon que le microscope est un instrument merveilleux, mais qui ne donne pas toujours des résultats bien certains.

Appareil pour la résection du genou. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente un appareil plâtré constitué par deux parties : une partie pour la cuisse, l'autre pour la jambe, reliées par de fortes oreilles métalliques qui en font un appareil unique, parfaitement solide et permettant de panser très facilement la partie opérée et même d'instituer le drainage dans le creux poplité.

ÉLECTIONS

MM. Tilanus (d'Amsterdam), Jacques Reverdin (de Genève), Socin (de Bâle), Thiriard (de Bruxelles) sont nommés membres associés étrangers.

MM. Robert (du Val-de-Grâce), Weiss (de Nancy) et Guermonprez (de Lille) sont nommés membres correspondants nationaux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

14. M. Chatellier. Des tumeurs adénoïdes du pharynx. — 15. M. Sabatier. Sur les cardiopathies artérielles. — 16. M. Castilhon. Contribution à l'étude des végétations et de leur traitement par le grattage. — 17. M. Philippeau. Contribution à l'étude de l'épulis. — 18. M. Morel-Lavallée. Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque. — 19. M. Perrin. De la sarcomitose cutanée. — 20. M. Chevassu. Considérations sur l'influence de l'alcool chez les arthritiques. — 21. M. Kröhn. De l'arthritisme. Les lipomes sont-ils d'origine arthritique ?— 22. M. Chochon-Latouche. Étude critique sur les ruptures du périnée et leur traitement (suture immédiate). — 23. M. Grassin. Contribution à l'étude de la cowpérite et de la péricowpérite aiguës. — 24. M. Nativel. Chylurie intertropicale. — 25. M. Carron de la Carrière. De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les dernières questions données au concours de l'agrégation en médecine pour la première épreuve définitive (leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation), sont :

M. Gaucher : De la mort subite.—M. Brousse : Des épanchements hémorrhagiques des plèvres, du péritoine et du péricarde. — M. Sardat : De la dyspnée dans les maladies rénales.

— Les mutations suivantes auront lieu le 1er février parmi les pharmaciens des hôpitaux de Paris : M. Bourquelot passe de la Clinique d'accouchements à l'hôpital des Enfants-Malades, en remplacement de M. Bourgoin, nommé directeur de la Pharmacie centrale ; M. Lafont, pharmacien de l'hôpital Trousseau, passe à l'hôpital Cochin (emploi nouvellement créé) ; M. Léger est nommé à l'hôpital Trousseau, et M. Grimbert est nommé pharmacien de l'hôpital de la Clinique d'accouchements.

— A la nouvelle de la mort de M. Henri Bouley, la Société de médecine vétérinaire de la Gironde a, la première, émis « le vœu qu'un monument fût élevé à sa mémoire par l'initiative de la Société centrale, comme expression des sentiments de reconnaissance et de respectueuse vénération que tous les vétérinaires de France seront heureux de manifester en faveur du grand maître qui honora si dignement, toute sa vie, la profession de vétérinaire. »

Le jour même des funérailles, le président de la Société centrale de médecine vétérinaire recevait l'avis de ce vœu, qui était d'ailleurs dans le cœur et dans l'esprit de tous ses collègues, et, dès sa première réunion, la Société centrale a été unanime pour nommer une commission chargée de l'exécution.

Cette commission a décidé : 1° que, par ses soins, un monument serait élevé à la mémoire de M. Bouley ; 2° que ce monument serait placé à l'École d'Alfort, où s'est écoulée la plus grande partie de sa vie scientifique et professionnelle ; 3° qu'il serait fait appel, par voie de souscription, à tous les vétérinaires de la France et de l'Étranger, au corps médical, à toutes les Compagnies savantes auxquelles M. Bouley a appartenu, à tous les amis de la science et à tous les amis particuliers, si nombreux, du savant à jamais regretté, pour participer à cette souscription, à laquelle la Société de la Gironde s'était déjà inscrite pour une somme de 200 francs.

La souscription est ouverte, à Paris, place de l'École-de-Médecine, à la librairie Asselin et Houzeau, éditeurs du *Recueil de médecine vétérinaire*, dont M. Bouley a été pendant cinquante ans le rédacteur en chef. Cette souscription sera close après un délai de trois mois.

— MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 27 janvier 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance.

— M. le docteur Delarue est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

— MM. les médecins du VIe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 21 février 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 janvier 1886, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Grenoble, s'ouvrira, le 4 novembre 1886, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 janvier 1886, un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à l'École de médecine de Clermont-Ferrand s'ouvrira, le 2 avril 1886, devant ladite École.

— *Hospices d'Amiens*. — MM. Lenté, Sarrazin et Mercié ont été proclamés, après concours, internes desdits hospices.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Guinier, chef de clinique obstétricale.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. Riche (Paul) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Steinmetz, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Riboulot, aide-préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Demange, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Clermont*. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Bousquet, suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales.

M. Fredet, ancien suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1886.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier*. — M. Malègue, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Arnaud, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Montpellier*. — M. Voulmier, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Hunolt, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Lebreton (de Paris), et de M. le docteur Ganne (de Parthenay), député des Deux-Sèvres.

— M. le docteur George, maître de conférences à l'Institut national agronomique, fera demain dimanche, 24 janvier 1886, à deux heures et demie très précises, une conférence sur l'hygiène du vêtement, au Conservatoire des Arts-et-Métiers. (Projections par M. Molteni.)

— M. le docteur S. Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours de gynécologie le lundi 1er février, à neuf heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. A dix heures, visite des malades de la salle de gynécologie (hôpital Pascal, annexe. Salle A).

Ce cours durera jusqu'à Pâques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière.

Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18913.

N° 11. — MARDI 26 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 26 JANVIER 1886. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Le rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale et la goutte cérébrale (1).

TROUBLES INTELLECTUELS CHEZ LES RHUMATISANTS ET LES GOUTTEUX.

II

α. Prodromes. — Les accidents qui caractérisent les formes aiguë et suraiguë du rhumatisme cérébral sont souvent précédés de signes prodromiques sur la valeur et la signification desquels il importe que le clinicien soit instruit.

Ces accidents, en effet, se manifestent bien rarement dès le début de l'attaque rhumatismale C'est seulement après le cinquième jour, d'ordinaire entre le cinquième et le vingtième (Ollivier et Ranvier), qu'ils font leur apparition. Or observez bien les malades durant cette période qui sépare l'apparition des douleurs articulaires de l'éclosion des phénomènes cérébraux, et souvent déjà vous découvrirez des symptômes dont la valeur pronostique n'est pas douteuse. L'élévation exceptionnelle de la température, la précocité et l'intensité des manifestations cardiaques, bref, tous les indices qui révèlent un rhumatisme d'une gravité insolite, doivent éveiller votre attention et provoquer vos craintes. Mais ces indices ont une signification moins précise que les suivants. Le malade qui va être atteint d'accidents cérébraux a souvent, pendant les jours qui précèdent l'éclosion de ces derniers, une sorte d'inquiétude, d'anxiété morale, de préoccupation de l'avenir, qu'il est plus aisé de constater que de s'expliquer. Méfiez-vous de cet état d'esprit singulier des malades; méfiez-vous aussi du délire transitoire tout d'abord, simplement nocturne, qui semble suivre les oscillations de la fièvre, mais qui déjà présage des troubles plus sérieux; méfiez-vous surtout de cette céphalalgie tenace et rebelle, sur laquelle Gubler a naguère appelé l'attention et qui n'est pas dans les habitudes du rhumatisme franc; méfiez-vous enfin de l'insomnie persistante : ce sont là tout autant de signes avant-coureurs de mauvais augure.

1. *Rhumatisme cérébral suraigu.* — Le rhumatisme cérébral suraigu est quelquefois précédé par l'apparition de l'un ou l'autre de ces signes. D'autres fois, plus souvent peut-être, il éclate avec la brusquerie de la foudre.

Trousseau, dans ses cliniques, a rapporté un mémorable exemple de cette forme exceptionnellement rapide qui sidère, si je puis dire, le malade en quelques heures. L'homme dont il s'agit était au dix-septième jour d'un rhumatisme articulaire aigu. « A la visite du soir du 24, dit Trousseau, mon chef de clinique ne constate rien d'insolite, sinon la diminution de la douleur des arthrites; le malade se félicite de son état. Cependant, une heure plus tard, cet homme se plaint de ne plus voir clair, puis bientôt après il vocifère, il crie : « Au voleur! », s'élance hors de son lit, tombe, est relevé, replacé dans son lit, lutte avec deux infirmiers, en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt, toute cette scène ayant duré à peine un quart d'heure. » Bourdon, Gintrac ont observé et publié des cas aussi brutalement mortels. C'est là la forme foudroyante du rhumatisme cérébral, la forme apoplectique, comme l'ont appelée quelques auteurs. C'est la plus dramatique, c'est aussi la plus rare. D'après une statistique de M. Ball, elle s'est présentée 5 fois seulement sur 69 cas d'encéphalopathie rhumatismale.

2. *Rhumatisme cérébral aigu.* — Plus fréquente est la forme aiguë. On la relève 52 fois sur les 69 cas que je vous citais tout à l'heure. Plus communément que la forme suraiguë, elle est précédée des prodromes sur lesquels j'ai appelé votre attention. Elle éclate, comme la première, à une époque plus ou moins avancée de l'attaque rhumatismale. Le malade, jusque-là préoccupé et anxieux, tourmenté par la céphalalgie et par l'insomnie, est pris d'une *fièvre* plus vive que celle des jours précédents : la température s'élève à 40, 41 degrés; on a signalé les chiffres de 43, 44 degrés. Le pouls devient rapide, atteint le chiffre de 120 ou 130. Le visage s'anime, les yeux s'injectent, les membres sont animés de tremblements et de soubresauts, la respiration est haute et accélérée, et en même temps que les jointures paraissent moins douloureuses que la veille, au point que le malade les meut presque sans souffrances, le *delire* éclate tantôt calme, tantôt bruyant, plus souvent calme que bruyant.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 57.

D'ordinaire, en effet, le malade est affecté d'une simple divagation quasi-tranquille; il se parle à lui-même, il prononce soit à voix haute, soit à demi-voix, des mots incohérents. Parfois il semble éprouver des hallucinations de l'ouïe, plus rarement de la vue, et entretenir une conversation avec des êtres imaginaires. Dans quelques cas, le délire est agité et violent : le malade crie, vocifère, cherche à sauter de son lit, se débat contre les personnes qui l'entourent; on doit alors pour le maintenir recourir aux procédés habituels de contention. Au délire s'ajoutent très exceptionnellement des *convulsions* à caractère éclamptique ou plus souvent choréiforme. Bientôt ces troubles font place à la somnolence et au *coma*.

Mais tous ces accidents ne se succèdent pas d'une seule tenue. La crise, qui amène parfois la mort en douze ou vingt-quatre heures, peut persister cinq ou six jours, et dans cet intervalle de temps qui sépare les premiers symptômes du dénouement fatal ou de la guérison, il y a des moments d'accalmie relative qui surviennent spontanément ou sous l'influence d'une médication appropriée. La température s'abaisse par instants; le délire devient moins intense et moins continu; si l'on interroge les malades, on peut obtenir des réponses. Mais trop souvent ces rémissions sont seulement passagères, et le patient retombe bien vite dans ses divagations ou sa somnolence. Vient un moment où le coma s'établit d'une façon définitive : le regard d'abord mobile, puis atone, s'éteint; la parole s'embarrasse, la respiration devient stertoreuse, le pouls petit; la température périphérique s'abaisse, tandis qu'au contraire la chaleur centrale s'élève, et le patient succombe soit brusquement, soit par asphyxie progressive et graduelle.

Telle est la forme aiguë qui est aussi, je vous le rappelle, la forme la plus habituelle du rhumatisme cérébral. Le *délire*, vous l'avez vu, puis le *coma*, font presque tous les frais du tableau clinique; les *convulsions* n'y tiennent qu'une place secondaire et très effacée, contrairement à ce qu'on observe dans l'urémie ou dans les encéphalopathies toxiques.

3. *Rhumatisme cérébral subaigu ou chronique* (*folie rhumatismale*). — Le moment est venu d'étudier la troisième des formes du rhumatisme cérébral, celle qu'on désigne communément sous le nom de *folie* ou de *manie* rhumatismale. Nous devons la connaissance de cette forme aux travaux de M. Mesnet et de Griesinger. Antérieurement à ces auteurs, Leuret, je crois, l'avait indiquée; Morel, Vaillard, Laveran, Mareschal, d'autres encore, ont appelé l'attention sur elle.

Il s'agit là, sachez-le tout d'abord, d'une variété d'accidents peu communs. Simon avance qu'on observerait la folie rhumatismale 1 fois sur 400 aliénés et 1 fois sur 100 rhumatisants. Mais M. Ball croit ces chiffres trop forts et il n'a vu que quatre fois la folie rhumatismale dans toute sa pratique. Je n'ai pas de statistique précise à vous fournir; ce que je puis affirmer, et je suis en cela d'accord avec M. Ball, c'est qu'il s'agit là d'une variété de folie assez rare.

Examinons tout d'abord sous quel aspect se présente la folie rhumatismale; nous aurons ensuite à agiter quelques questions relatives à sa nature.

Les accidents débutent d'ordinaire au déclin de la fièvre rhumatismale, alors que les phénomènes articulaires sont en voie de décroissance, ou même se sont totalement effacés. D'autres fois, ils se manifestent au cours même de l'attaque. On les a vus apparaître dès le huitième jour. Plus fréquents dans les formes franchement aiguës du rhumatisme, ils ont été rencontrés cependant dans le cours ou à la suite du rhumatisme subaigu. Lorsque la folie rhumatismale éclate pendant le cours d'une attaque franche, il arrive d'habitude, comme dans les formes aiguës du rhumatisme cérébral, que les douleurs des jointures s'atténuent ou même disparaissent.

Les premiers accidents consistent quelquefois en un délire violent, qui rappelle à quelques égards le délire du rhumatisme cérébral aigu. Plus souvent, les troubles cérébraux revêtent d'emblée les caractères qu'ils doivent affecter par la suite, c'est-à-dire ceux du délire mélancolique et dépressif.

Pour bien fixer dans votre esprit la physionomie de ces troubles, je ne saurais mieux faire que de vous mettre sous les yeux les deux observations maîtresses sur lesquelles a été étayée l'histoire de la folie rhumatismale.

La première en date, celle de M. Mesnet, est assez connue pour que je me contente de vous la résumer en quelques lignes.

Il s'agit d'un malade âgé de vingt-trois ans, ayant reçu une bonne éducation et ne présentant pas d'antécédents héréditaires. Ce jeune homme, dans les mois qui précédèrent son attaque de rhumatisme, avait éprouvé des pertes d'argent assez considérables, à la suite de fausses spéculations. Il en était résulté un profond chagrin. D'autre part, le malade s'était livré à des excès de coït qui l'avaient beaucoup affaibli.

Il fut pris, dès les premiers jours de février, de douleurs articulaires et de pleurésie gauche. Au cours de cette attaque de rhumatisme et peu de temps après le début, son caractère s'altéra : il devint triste, mélancolique, indifférent à tout ce qui l'entourait. Bientôt apparurent des hallucinations de la vue et de l'ouïe, le malade se croyait entouré d'espions. A plusieurs reprises il eut, surtout durant la nuit, de l'agitation violente avec cris. Il voyait des serpents ramper autour de lui. Pendant la journée, il s'imaginait qu'il brûlait. Des mouvements choréiques se montrèrent surtout du côté droit et au membre supérieur du même côté qui s'étendait et se fléchissait rapidement, tandis que la main se fermait et s'ouvrait tour à tour. Le rhumatisme, la chorée et les troubles cérébraux marchèrent de pair, et, à travers bien des vicissitudes, le malade guérit parfaitement au bout de deux mois (1).

Les cas rapportés par Griesinger sont moins connus chez nous. Je choisis parmi les observations de cet auteur celle qui est la plus détaillée et la plus significative. Elle est assez intéressante pour que je la reproduise ici dans son entier.

Une pauvre femme, âgée de cinquante ans, non mariée, vivant dans la misère, fut admise, le 10 mars 1857, à la clinique de Tubingue. Voici les renseignements que l'on recueillit sur elle. A l'âge de vingt ans, à sa deuxième couche, *elle devint folle;* elle guérit au bout de trois mois, et, depuis cette époque, elle eut une troisième couche qui se passa sans accidents. Pendant ces dix dernières années, elle a toujours joui d'une bonne santé. Quatre ou cinq semaines avant son admission, elle a été prise d'une maladie aiguë : c'étaient d'abord des douleurs de dent avec de la fièvre, puis plusieurs articulations des membres supérieurs et inférieurs sont devenues le siège d'un gonflement douloureux, en un mot, elle a eu un rhumatisme aigu. Au bout de dix jours environ, la maladie quitta brusquement les articulations et la malade donna

(1) Mesnet, Folie rhumatismale. *Archives générales de médecine,* 1856.

des signes d'aliénation mentale; elle déraisonnait tout à fait, ne comprenait plus rien, frappait autour d'elle, ne parlait plus ou bien était d'une loquacité extrême. Elle courait partout la nuit en poussant des cris, déchirant ses effets, ou bien elle les mettait à l'envers, etc. Elle dormait et mangeait très peu, buvait beaucoup, et, de temps en temps, aux questions qu'on lui adressait, elle répondait en disant que tout son corps lui faisait mal.

Au moment de son admission, la malade, qui était assez forte pour son âge, n'avait pas de fièvre, pas d'affection du cœur; elle ne souffrait dans aucune articulation. Elle présentait ce jour-là, comme aussi le lendemain, un état très manifeste de mélancolie avec stupeur (*melancholia attonita*); elle avait les yeux fixes, l'air profondément inquiet. Elle était affaissée sur elle-même, paraissait constamment plongée dans un rêve, ne parlait que très rarement et d'une manière tout à fait insensée. Le deuxième jour de son admission, 12 mars, elle fut agitée et parla presque toute la nuit; le matin elle parlait le plus souvent en vers rimés, par exemple : « Dieu entend nos clameurs, il voit mes malheurs, il voit ma langueur, etc.)

Pendant la visite, elle se met dans une colère furieuse, accusant les assistants d'avoir tué ses enfants; on est obligé de la mettre dans une cellule.

Le 14 mars, il y avait de l'œdème des membres inférieurs, la malade n'avait pas de fièvre, pouls calme, pas de selles, urines non albumineuses; la nuit est plus agitée que le jour, en raison des hallucinations lugubres qui tourmentent la malade. Les jours suivants, l'œdème augmente aux jambes; il envahit même les mains. Le 19, l'œdème persistait et, de plus, les articulations des doigts étaient gonflées, rouges, douloureuses à la pression (ce que l'on reconnaissait aux grimaces que faisait la malade). L'articulation tibio-tarsienne droite était surtout très douloureuse. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucune affection, ni du cœur ni du poumon; le pouls, à 84, est plein, la peau sèche et chaude; la malade ne demande rien; elle a eu une selle spontanée; elle est couchée dans son lit, assez calme. Elle ne répond pas le plus souvent quand on l'interroge, ou bien elle répond lentement oui ou non. Sa physionomie indique une indifférence et une apathie profondes. De temps à autre, elle promène lentement ses regards sur les murs ou sur son lit et paraît rêver. Le lendemain, la tuméfaction et la douleur avaient presque complètement abandonné les articulations. La malade était très agitée, très loquace, disait que ses enfants étaient dans la rue et qu'on allait leur couper la tête, etc. Depuis ce moment, 20 mars, la malade resta plusieurs semaines dans un état qu'il est inutile de décrire jour par jour; les douleurs articulaires n'atteignaient jamais une grande intensité; mais souvent il y avait une tuméfaction modérée et assez douloureuse de quelques articulations des doigts et du pied; souvent la malade se plaignait de douleurs dans les articulations et dans les membres, de roideur dans tout le corps. Elle gardait presque toujours le lit, mais elle n'avait pas de fièvre; le cœur était normal, l'urine n'était pas albumineuse. L'appétit et le sommeil ne revinrent que très lentement; la malade avait, de temps à autre, des moments de grande agitation, de délire loquace. Cependant, peu à peu, son esprit devint plus lucide et plus raisonnable; elle était un peu plus gaie, et, petit à petit, elle commença à s'occuper. Elle ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital. Vers le milieu d'avril, la malade pouvait être considérée comme complètement guérie de sa folie. Elle se plaignait encore assez souvent d'éprouver des tressaillements, un peu de vertiges et de bourdonnements d'oreilles, et, jusqu'au commencement de mai, elle eut encore quelque peu de douleur et de gonflement dans quelques articulations. Mais tout cela disparut sous l'influence de bains.

Le 12 mai, elle quitta la clinique dans un état de guérison parfaite (1).

(1) Griesinger, *Traité des maladies mentales*. — *Obs. trad. et citée in th. de Mareschal.* (Manie rhumatismale, Th. de Paris, 1876.)

DIPHTHÉRIE

TRAITEMENT PAR FUMIGATIONS ANTISEPTIQUES DANS UN MILIEU DE 20 A 24 DEGRÉS CENTIGRADES (PROCÉDÉ RENOU, DE SAUMUR).

Par M. le Dr G. BOUCHARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

D..., sept ans, demeurant à Saint-Hilaire-Saint-Florent, près Saumur, avait un rhume depuis quelque temps, auquel les parents n'attachaient qu'une médiocre importance, quoique, depuis deux jours, l'appétit ait cessé.

Dans la nuit du 14 au 15 décembre, l'enfant est pris de fièvre, agitation, difficulté de respirer, toux rauque, extinction de la voix, vomissements, etc. Je le vois, le matin du 15 décembre, et j'entends, en entrant dans la chambre, un sifflement laryngo-trachéal qui me fait craindre d'être en présence d'un cas de croup. Il y a de la fièvre, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Le nez laisse suinter des mucosités, sans apparence de fausses membranes. La voix est complètement éteinte, et, de temps en temps, il y a une toux rauque, des efforts de vomissements et des vomissements de mucosités ou d'aliments, si l'enfant a pris quelque chose. Pas de tirage. L'enfant a mal à la gorge depuis plusieurs jours, et l'examen de cette cavité me révèle, sur chaque amygdale, une énorme plaque diphthéritique, ainsi que sur les piliers postérieurs du voile du palais et la pointe de la luette.

Du côté des poumons, le murmure vésiculaire s'entend assez bien à droite, il est au contraire très obscur du côté gauche.

Nul doute : je suis en présence d'une diphthérie pharyngo-laryngienne. Je fais immédiatement clore, autant que possible, les ouvertures de la chambre, entourer complètement le lit de rideaux et de draps, excepté à la partie moyenne et inférieure, du côté de la chambre, où je laisse une ouverture triangulaire de 30 centimètres environ de hauteur, afin de permettre le dégagement des vapeurs antiseptiques en excès dans la saturation de l'atmosphère du lit. Entre le lit et le mur, dans l'intérieur des rideaux, est placé l'appareil à dégagement de vapeurs.

Le liquide employé a été :

Acide phénique cristallisé pur .	250	grammes.
Acide salicylique	20	—
Alcool	250	—
Eau	Q. S. pr 1 litre.	

La température de l'appartement a été immédiatement portée à 20 degrés centigrades, et maintenue à cette température.

On met dans l'eau bouillante, destinée au dégagement de vapeurs, six cuillerées à bouche du liquide antiseptique, et on ajoute une cuillerée à bouche toutes les deux heures, nuit et jour.

Une potion avec 2 grammes d'alcoolature d'aconit et 2 grammes de fleurs de soufre est prescrite, ainsi que le toucher de la gorge, toutes les deux heures, avec un pinceau imbibé de jus de citron. Limonade pour boisson. Café, vin. Alimentation dans la mesure du possible.

Le 16 décembre, même état que la veille. La nuit, quoique sans sommeil, a été un peu plus calme. Continuer le même régime et le même traitement.

Le 17 décembre, le sifflement existe toujours, ainsi que les plaques diphthéritiques de la gorge. L'enfant me dit « oui » d'une manière assez distincte, quoique avec une voix très fortement enrouée.

Les ganglions sous-maxillaires me semblent un peu moins volumineux. Il y a eu un peu de sommeil dans la nuit.

Le 18 décembre, la nuit a été moins bonne. Insomnie, un peu d'agitation, des vomissements. L'état général est moins satisfaisant. La garde-malade, ayant constaté du mieux la veille, n'a pas suffisamment entretenu la température élevée de la chambre, ce dont je m'aperçois à mon arrivée dans l'appartement. La voix est de nouveau complètement éteinte, le sifflement laryngo-trachéal est plus intense. J'attribue cet arrêt dans l'amélioration à l'abaissement de température de l'appartement; la suite de la maladie semble du reste me donner raison. Je constate quelques fausses

membranes dans les vomissements. Même potion à continuer, mêmes prescriptions.

Le 19 décembre. La température de la chambre a été maintenue plus élevée la veille. L'enfant est en meilleur état. Il est gai. Sa voix semble revenir, les ganglions sont à peine sensibles et les fausses membranes de la gorge tendent à s'effacer. Absence de fièvre. La respiration se fait mieux dans la poitrine, surtout à gauche. Le sifflement laryngien est presque nul. Il y a encore eu, dans la journée et dans la nuit, quelques efforts de vomissements, mais sans résultat. — L'enfant paraissant ennuyé de la potion, je la fais supprimer. On continue à toucher la gorge avec du jus de citron toutes les quatre heures seulement, au milieu des vapeurs antiseptiques, et on donne quatre verres à liqueur par jour de vin Aroud au quina et extrait de viande.

Le 21 décembre, amélioration très sensible; la voix, quoique enrouée, s'entend cependant distinctement. Une seule plaque de diphthérie sur le pilier postérieur gauche du voile du palais. L'appétit a été bon la veille.

Le 23 décembre, en entrant dans la chambre qui précède celle du petit malade, je l'entends chanter. Il a près de son lit une cuvette contenant des mucosités au milieu desquelles nagent des débris de fausses membranes. Plus rien dans la gorge. Respiration pulmonaire excellente. L'enfant demande à se lever. Je fais continuer les vapeurs antiseptiques avec température élevée dans la chambre, sans accorder ce qu'il demande. On cesse de toucher la gorge. Je prescris des aliments solides : viande, pain, etc.

Le 24 décembre au soir, l'amélioration continue. Je fais toujours entretenir les vapeurs antiseptiques dans l'atmosphère du lit, mais en ne mettant qu'une cuillerée de liquide antiseptique toutes les quatre heures, et en pratiquant une ouverture plus grande entre les rideaux, pour le dégagement de ces vapeurs.

Le 28 décembre, suppression des vapeurs antiseptiques. On maintient la température de 20 degrés dans l'appartement, et je permets à l'enfant de se lever. Tous les jours, on abaisse la température de l'appartement, jusqu'au 30 décembre, époque à laquelle l'enfant est complètement guéri.

Cette guérison ne s'est pas démentie depuis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Un nouveau signe diagnostique du rhumatisme. — M. HAYEM fait connaître un nouveau signe tiré de l'examen du sang et qui permet de diagnostiquer l'existence du rhumatisme, même chez des malades ne présentant aucune lésion articulaire. Il s'agit de la présence d'une quantité considérable de fibrine dans le sang. Le rhumatisme aigu et la pneumonie sont les deux seules affections dans lesquelles s'observe cette grande quantité de fibrine dans le sang. Or, lorsqu'on l'aura constatée chez un malade qui n'a pas de pneumonie, on pourra affirmer qu'il est atteint de rhumatisme. C'est ainsi que, chez un jeune homme présentant de la fièvre, du délire, du ballonnement du ventre, et chez lequel on croyait avoir affaire au début d'une dothiénentérie, la présence seule dans le sang d'une grande quantité de fibrine permit à M. Hayem de diagnostiquer l'existence d'un rhumatisme cérébral. Aussi n'hésita-t-il pas à traiter ce malade par les bains froids, et peu de temps après disparaissaient tous les phénomènes cérébraux et apparaissaient des lésions articulaires qui confirmaient le diagnostic. Ce malade a très bien guéri.

De la nutrition et de l'obésité. — M. ALBERT ROBIN fait une communication relative à l'influence de l'eau sur la nutrition et au traitement de l'obésité.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Hérard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 janvier 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Expérience de Galvani. — M. GRÉHANT demande à M. Ch. Richet quelques explications sur le dispositif de l'expérience dont il a parlé dans la dernière séance.

M. RICHET rappelle qu'il avait pour but de présenter, comme expérience de cours, la formation d'un courant électrique par le contact de deux métaux, de façon à pouvoir fournir un tracé myographique correct. Ayant voulu modifier l'interrupteur à roues dentées de M. Marey et le disposer de telle sorte que la grenouille reçoive seulement la secousse de rupture et non la secousse de clôture, il avait imaginé de faire passer le courant d'induction d'une part, à travers la roue dentée, munie d'une aiguille qu'on peut enfoncer plus ou moins, et, d'autre part, à travers un godet rempli de mercure. L'induction passe bien quand la rupture se fait. Mais quand la clôture a lieu, l'aiguille ne trempe plus dans le mercure et le circuit de l'induction est rompu; cependant il y avait secousse de la grenouille. La pile était donc représentée par le contact de la petite aiguille en platine avec le mercure. Le contact des deux métaux développe un courant électrique suffisant pour déterminer une secousse musculaire.

M. D'ARSONVAL fait observer que, si l'on dessèche le mercure, il n'y a pas de courant. C'est donc l'eau, au contact de deux métaux qui constitue la pile.

Le tricophyton tonsurans. — M. DUCLAUX rappelle que, dans un récent travail allemand, Grawitz avait cru pouvoir identifier l'oïdium lactis avec le champignon de l'herpès tonsurans, celui du favus, celui du pityriasis versicolor et celui du muguet. Il avait, de plus, identifié ce dernier avec le *mycoderma vini*. Ces résultats m'ayant semblé mériter un contrôle, j'avais profité pour cela d'un ensemencement heureux, dans du bouillon de veau, du liquide des pustules que l'on rencontre fréquemment autour de la plaque herpétique; cet ensemencement, répété à plusieurs reprises dans le service de M. Fournier, à Saint-Louis, m'a toujours donné des cultures pures de tricophyton qui ont été présentées, il y a plusieurs mois déjà, aux élèves de la clinique.

La culture de ce champignon dans du lait, où elle réussit très bien, ne m'a jamais montré les formes bien connues de l'oïdium lactis. De plus, l'oïdium lactis ne m'a non plus jamais donné le tricophyton. Les résultats ont été les mêmes pour le microsporon furfur et le *mycoderma vini*. Mon préparateur, M. Fernbach, a fait de son côté la comparaison en cultures pures du champignon du favus avec celui de l'herpès, et a trouvé qu'ils étaient différents.

J'attendais, pour publier ces résultats, d'avoir pu faire la comparaison avec le champignon du muguet. Mais il vient de paraître une nouvelle note de M. Grawitz dans laquelle ce savant avoue s'être trompé en assimilant le *tricophyton tonsurans* à l'*achorion Schœnleinii* et à l'*oïdium albicans*. Il ne vise pas, à ma connaissance, dans ce nouveau travail, l'oïdium lactis, le microsporon furfur, ni le mycoderma vini. Mais les résultats signalés plus haut, dont l'un est tout à fait d'accord avec les nouveaux résultats de M. Grawitz, prouvent qu'il ne reste plus rien de ses premières affirmations, et que ces espèces doivent jusqu'ici être considérées comme différentes.

Ce qui explique l'erreur de M. Grawitz, c'est la variété de formes et de modes de fructification que l'on constate chez le tricophyton, soit en changeant le milieu, soit dans une seule et même culture, lorsqu'elle est conservée pure, et que l'évolution du champignon, toujours très lente, a pu aller aussi loin que possible. Dans le lait, par exemple, le tricophyton forme d'abord des enchevêtrements mycéliens assez nombreux pour former un réseau spongieux, qui absorbe le liquide s'il n'est pas en couche trop épaisse. Puis apparaissent les organes de fructification, en couches brillantes tellement serrées qu'on croirait avoir sous les yeux un fragment de cuir chevelu atteint par la teigne amianta-

cée. Enfin, quand les acrospores paraissent en grand nombre, en forme de grappes de raisin microscopiques, la surface brillante devient farineuse, et cède les spores au moindre courant d'air.

A ce moment, le dessous de la culture présente une teinte violette prononcée. Les filaments mycéliens, privés d'oxygène par la couche aérienne qui couvre d'un tapis épais le liquide de culture, se sont fortement cloisonnés et se transforment, partiellement au moins, en chaînes de cellules plus ou moins renflées, dont quelques-unes se mettent à germer. Ce sont des *conidies*. Seulement les tubes mycéliens qu'elles émettent sont grêles quand on les laisse dans leur milieu épuisé, et comme la conidie est souvent deux à trois fois plus grosse que le filament mycélien qui l'a produite, on retrouve là les aspects de filaments ténus sortant de grosses cellules que Grawitz avait considérées comme des formes de transition avec l'oïdium lactis.

En outre de ces spores acrogènes et de ces conidies, le tricophyton présente un autre mode de reproduction par zygospores sur lequel je reviendrai après en avoir bien déterminé les conditions.

M. Duclaux présente à la Société un cochon d'Inde inoculé par le grattage de la peau, au moyen d'une pointe d'acier promenée sur une de ces cultures artificielles. Il est atteint, sur la région grattée, d'une alopécie tout à fait caractéristique, et l'étude microscopique de ses poils envahis présente les mêmes phénomènes que dans la teigne humaine. On y retrouve tous les aspects décrits par M. Balzer dans son mémoire sur ce sujet.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXIV

A cette époque de forte réaction légitimiste, 1816-1817, on fit grand bruit d'une prétendue conspiration des Landes, ourdie par des éléments fort hétérogènes et ne tendant à rien moins qu'à changer l'ordre de succession au trône.

Voici les faits dans leur simplicité :

Un charpentier, un maître d'école et un charbonnier, s'étaient associés pour exploiter sur les chemins la bourse de tous les partis. Ce triumvirat de larrons une fois connu et capturé, les autorités royalistes y rattachèrent l'existence d'une conjuration et découvrirent des complices politiques haut placés. On fit d'actives perquisitions pour trouver des affiliés libéraux ; on saisit sept fusils chez un armurier de Mont-de-Marsan, une épaulette presque neuve chez un passementier ; on n'avait trouvé ni armes ni traces de correspondance sur les trois conspirateurs qui avaient été arrêtés au moment où ils combinaient le projet de dévaliser une diligence. Toutefois, il résulta des interrogatoires qu'ils pouvaient être les instruments obscurs et salariés de plusieurs personnages importants du département.

L'affaire fut portée aux assises. Quel fut l'étonnement des habitants de Saint-Sever! On apprit que M. de T... était impliqué dans ce procès de voleurs travesti en délit politique. Le général L..., de Dax, et d'autres personnes avaient reçu la même assignation. M. de T... se rendit à la cour, les accusés déclarèrent unanimement qu'ils ne le connaissaient pas ; le conseiller président prodigua toutes les excuses et tous les témoignages de déférence à M. de T..., qui, avec son calme habituel, sollicita du président de vouloir bien remonter à la source de cette odieuse calomnie. Le préfet, aveuglé par un puéril esprit de vengeance politique, n'avait pas craint de se rendre lui-même à l'audience.

L'année suivante, l'opinion publique fut pendant quelques jours préoccupée d'un drame moitié burlesque, moitié sérieux, dont les conséquences eurent une certaine gravité.

A l'occasion d'un charivari plusieurs fois renouvelé sous les fenêtres d'un veuf remarié, les autorités locales s'émurent de ces réunions nocturnes et bruyantes. L'intervention maladroite de la gendarmerie et du commissaire de police fut mal accueillie par les jeunes charivarisants, auxquels se joignait de sa fenêtre le charivarisé lui-même, qui était le ménétrier et le bouffon de la cité. Un arrêté de M. le maire fut publié contre ce tapage périodique, mais l'affluence devint encore plus nombreuse. Les gendarmes mirent le sabre à la main ; il y eut des provocations et des rixes. Des procès-verbaux furent dressés ; le lieutenant de gendarmerie réclamait main-forte ; le commissaire de police faisait au préfet un rapport envenimé ; le préfet, qui avait de la rancune depuis la fameuse conspiration, saisit avec empressement cette occasion pour demander au général commandant à Bayonne l'envoi immédiat d'une colonne militaire à Saint-Sever, où l'on était, disait-il, en pleine insurrection. Le charivari ne s'était pas reproduit ; les habitants, rentrés dans le calme le plus complet, étaient loin de soupçonner l'importance politique donnée à cet incident comique. Dans la soirée du lendemain du dernier acte, on vit avec surprise des gendarmes et des soldats venus de Mont-de-Marsan, et les brigades des divers cantons, se concentrer dans notre ville. On apprit avec stupeur que l'autorité locale interdisait la célébration de la fête patronale. Enfin, au cinquième jour de la fin du charivari, on fut informé que des troupes arrivaient de Bayonne en toute hâte, et qu'elles étaient en vue. Le plateau de Morlanne fut immédiatement rempli par la foule des curieux. Lorsque ceux-ci parurent sur le limbe du rond-point, les élèves du collège descendaient la côte en bon ordre : par une coïncidence singulière, les chefs de la troupe, qui les aperçurent de la route de Tartas, crurent que les insurgés s'avançaient. On fait halte, on détache dix hommes en avant-garde; le quiproquo fut reconnu.

La colonne expéditionnaire arrive tambours battants sur la place du Tour-du-Sol, escortée de tous les curieux de Morlanne ; les soldats étaient harassés de fatigue et confus d'entendre murmurer l'épithète de soldats du charivari. Le général La Tour d'Auvergne-Lauraguais, commandant de l'expédition, fit une allocution des plus énergiques, des plus menaçantes, dont le résultat fut d'exalter les têtes dans le sens de l'indignation. Le soir même, plusieurs notables de la cité se concertèrent pour adresser aux ministres de l'intérieur et de la justice une pétition exposant les faits dans l'ordre de leur succession. Cette pétition fut immédiatement couverte de signatures et expédiée, malgré les tentatives faites par les autorités locales pour en empêcher le départ ; courrier par courrier, M. de C..., le préfet, fut destitué.

1830.

Le 31 juillet, nous apprîmes, à Saint-Sever, par un journal de Paris, les événements si précipités de la révolution qui renversa Charles X du trône et y porta Louis-Philippe d'Orléans avec le titre de roi des Français. L'opinion publique, très émue des ordonnances royales inconstitutionnelles, accepta sans résistance le fait accompli dans la capitale. Dans les premiers jours de septembre, à l'occasion d'une émeute à Villeneuve-de-Marsan, parmi les paysans qui voulaient se soustraire aux droits de plaçage pendant la foire, 130 hommes de la garde nationale de Saint-Sever furent envoyés dans ce chef-lieu de canton, et prévinrent les désordres. Une mesure analogue fut prise aux foires renommées de Labouheyre.

2 décembre 1851.

Le 3 décembre, une dépêche télégraphique nous annonça la dissolution de l'Assemblée législative par le président de la République Louis-Napoléon, l'arrestation d'un grand nombre de députés et de chefs du parti radical. Cette nouvelle frappa d'abord les esprits de stupeur, mais les hommes qui suivaient la marche des événements politiques et qui voyaient des signes précurseurs de jours sinistres étaient loin de s'en effrayer. Notre jeune sous-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 45.

préfet, installé depuis trois jours, publia sans retard une proclamation énergique à l'appui du coup d'État. Le Conseil municipal se déclara en permanence. M. de L..., avocat, était maire.

Les dépêches du lendemain confirment l'événement. Pendant que le Conseil municipal et les autorités locales étaient réunis, une délégation du parti radical se présenta à la porte de la salle du Conseil pour l'envahir, sous prétexte de réclamer des nouvelles. On leur répondit que les affiches reproduisaient intégralement les dépêches, et la municipalité se maintint à son poste.

Le 6, une dépêche annonce des barricades dans les rues de Paris.

Le 7, triomphe de la force militaire et retour de la tranquillité dans la capitale, et la petite cité reprit sa sérénité habituelle sous le gouvernement d'un nouvel empereur.

Que dirai-je des petits événements de ma vie individuelle pendant un demi-siècle écoulé depuis mon retour de l'armée d'Espagne? Sauf quelques bouffées de l'agitation électorale, qui parfois ont animé ma fibre patriotique sans exciter en moi les visées d'une ambition politique quelconque, toute mon activité, favorisée par une excellente santé, s'est concentrée dans l'accomplissement de mes devoirs sociaux et professionnels et dans le culte passionné pour les études d'histoire naturelle. Réservant pour des chapitres particuliers mes voyages aux Pyrénées, à Paris, aux congrès scientifiques, j'exhume des cases mnémoniques de mon cerveau et aussi de mes vieux carnets, quelques faits divers personnels dans leur ordre chronologique.

1817.

En janvier, je reçus la visite d'une dame espagnole, doña Pepa Aperregui, avec son mari et son fils, venant de Paris. Ils passèrent trois jours sous mon toit. Fille de la comtesse d'Ayans de Pampelune, elle s'était mariée à Tudela avec un vieux et riche colonel en retraite. On l'appelait *condesita* dans la famille, et, pendant notre occupation, de 1808-1814, elle était connue sous le nom de la comtesse de Tudèle. Elle savait très bien que la vanité française trouvait son compte dans cette qualification, et lorsque, cédant à l'habitude, je la saluais comtesse, elle me disait souvent de *pimbêche, orbèche*, etc. En 1809, femme de trente ans, grande taille, corps effilé, teint clair, cheveux châtain peu foncé, nez long, figure ovale, front un peu convexe, bouche grande avec mauvaise denture, n'ayant du type espagnol que de beaux yeux, bien expressifs, physionomie gracieuse, esprit aimable et enjoué, parlant bien le français. Les officiers généraux logeaient dans sa belle maison. Elle me parlait souvent du général Lefebvre-Desnouettes. Son salon était ouvert aux Français et aux Espagnols, et, pendant mon séjour à Tudela, j'allais tous les soirs à sa *tertulia*, où l'on jouait assez gros jeu. Son fils aîné Antonio, tout enfant lors de sa visite à Saint-Sever, devint officier dans la garde royale de Ferdinand, et dissipa complètement sa fortune par le jeu. Sa vieille mère, réduite à la misère par la vente de sa maison et de ses biens, fut obligée de se retirer avec son fils cadet, employé supérieur des douanes, au village espagnol d'Elisondo. Au moment où j'écris ces lignes (1859), j'ignore la destinée finale de la comtesse de Tudèle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'agrégation en médecine, suspendu pendant trois jours, a recommencé jeudi soir. Voici les questions données depuis ce jour pour la première épreuve définitive (leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) :

M. Weil : Des comas. — M. Lobert : De la syncope. — M. Ballet : De la syphilis tertiaire héréditaire. — M. Brissaud : De la dénutrition dans les maladies. — M. Chuffard : De l'hémiopie et de l'amblyopie dans les maladies des centres nerveux. — M. Chauffard : De la terminaison de la pneumonie aiguë.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires, près le ministère de l'instruction publique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Fistié (Camille) est nommé aide-préparateur de chimie, en remplacement de M. Riboulot, appelé à d'autres fonctions.

— *Muséum.* — M. Queyriaux (Henri-Théodore) est nommé préparateur de chimie appliquée aux corps organiques, en remplacement de M. Bourgeois, démissionnaire.

— M. le docteur Firmin, médecin de l'Opéra et du lycée Charlemagne, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires communales et libres et des bibliothèques populaires des écoles publiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bezu (de Bourbonne).

— La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1886, deux prix :

1° *Prix de la Société.* — Malgré les travaux, nombreux déjà, publiés sur l'épilepsie Jacksonienne, tels que les leçons de Charcot et Fournier, la thèse de Gérard, le mémoire de Greffier, etc., une monographie de cette maladie est encore à faire.

La Société, désireuse de voir condenser dans un travail de synthèse les observations disséminées dans les journaux et les recueils périodiques, les leçons et les mémoires parus jusqu'à ce jour, ainsi que les recherches encore inédites et les indications thérapeutiques, a décidé de mettre au concours la question suivante : « De l'épilepsie Jacksonienne. » — Ce prix sera d'une valeur de 1 000 francs.

2° *Prix Fauré.* — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur mémoire sur la question suivante : « Exposer aux populations peu aisées ce qu'on entend scientifiquement par alcoolisme, et montrer les inconvénients graves qui résultent pour la santé, non seulement de l'ivrognerie, mais encore de l'usage quotidien et longuement prolongé des boissons alcooliques. »

Ce travail, qui sera répandu dans les classes peu aisées, doit, tout en restant très scientifique au fond, être mis à la portée des intelligences auxquelles il est destiné.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés francs de ports, et sous les formes académiques, à M. le secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1886, limite de rigueur. Les membres associés résidents de la Société ne peuvent pas concourir.

— Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint de l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira, à l'École de médecine d'Alger, le lundi 7 juin 1886, à une heure de l'après-midi.

Les candidats devront se faire inscrire, avant le 6 juin 1886, dans les bureaux du secrétariat de la direction de l'hôpital.

— Le bureau de la Société de médecine pratique, pour l'année 1886, est ainsi constitué : président, M. Danet; vice-président, M. Limousin; secrétaire général, M. Gillet de Grandmont; secrétaire général adjoint, M. A. Brochin; secrétaires des séances, MM. Toledano et Duboys de La Vigerie; trésorier, M. Jolly.

Prix biennal, dernière limite pour l'envoi des travaux, 1er octobre 1886.

— Le bureau de la Société d'hydrologie médicale de Paris, pour l'année 1886, est ainsi constitué : président, M. Caulet; vice-présidents, MM. Brongniart et Martineau; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances, MM. Paul Bénard et de Lavarenne; trésorier-archiviste, M. Royer.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Crosnier de Varigny soutiendra, vendredi prochain 29 janvier 1886, à deux heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour

titre : « Recherches expérimentales sur la contraction musculaire chez les invertébrés. »

— MM. les docteurs Bar et Auvard recommenceront leur cours complet d'accouchements en 43 leçons le lundi 15 février, à quatre heures et demie du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi. Le cours a lieu tous les jours, à quatre heures et demie. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres et opérations obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi, à une heure et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18924.

N° 12. — JEUDI 28 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 28 JANVIER 1886. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin vient de mourir, et c'est là pour l'Académie, comme l'a fait sentir son président M. Trélat, une perte considérable, une de ces pertes que l'élection de membres nouveaux ne compense pas rapidement.

En effet, l'illustre vieillard avait conservé jusqu'au bout la plénitude de sa remarquable intelligence, qui lui permettait de saisir dès le premier moment toute la portée possible des faits et des arguments mis en avant dans les discussions académiques. C'était un puissant dialecticien, auquel on reprochait surtout d'abuser parfois de ses qualités mêmes, mais dont l'intervention était toujours utile pour mettre en lumière ce qu'on négligeait des questions complexes, et en montrer les difficultés que l'on aurait, sans lui, facilement méconnues. Ce n'était pas l'homme de la mode et des engouements irréfléchis. Quand on désertait autour de lui les doctrines de sa jeunesse, pour accepter sans examen les théories nouvelles venues, il ne se bornait pas à fermer les yeux et à se laisser entraîner par le torrent. Il résistait, comme un penseur qui, motivant ses convictions, n'abandonne celles de la veille que par raison et non par caprice.

Ses travaux personnels furent de grande importance ; et l'on n'a pas oublié sans doute l'admiration que M. Bouley, mort, lui aussi, depuis cette époque, exprimait, il y a quelques mois, pour les résultats vraiment merveilleux de ses opérations orthopédiques. A quatre-vingt-cinq ans, il était étonnant par sa sûreté d'œil et de main, par sa lucidité d'esprit, par sa facilité de plume et de parole.

Nous ne voulons pas incidemment apprécier son rôle et ses services dans le journalisme médical : là encore, il était surtout l'homme intelligent par excellence.

Comme il n'avait jamais été président de l'Académie, le règlement ne permettait pas de lever la séance en signe de deuil; mais à quatre heures, elle se terminait, l'ordre du jour étant épuisé.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Des fractures bi-malléolaires par abduction.

Je ne veux pas laisser sortir de notre service quatre malades qui ont été atteints du même genre de fractures, de fractures bi-malléolaires par abduction, sans vous entretenir un moment de cette intéressante variété.

Rappelez-vous d'abord que le pied, mal soutenu sur ses parties latérales, surtout en dedans, se renverse très facilement soit en dedans, soit en dehors. L'exagération de ces mouvements qui portent le nom d'adduction et d'abduction, produit fréquemment des désordres multiples dans la région tibio-tarsienne. Ces désordres diffèrent nécessairement suivant le mouvement qui les a déterminés, d'où la division que j'ai établie des fractures par adduction et des fractures par abduction. Nos quatre malades présentent des fractures de ce dernier genre, et c'est d'elles en conséquence que je vais m'occuper aujourd'hui exclusivement.

L'abduction consiste en un mouvement tel que le pied repose sur le sol par son bord interne, la plante regardant en dehors.

Analysons les phénomènes qui résultent de ce mouvement exagéré.

Ces phénomènes, je les ai produits souvent sur le cadavre, il y a bien longtemps déjà, et j'en ai vérifié, depuis, l'existence sur le vivant un grand nombre de fois; aussi me crois-je en droit de vous en affirmer l'exactitude. Une coupe verticale et transversale de l'articulation tibio-tarsienne vous permettra de les suivre en quelque sorte pas à pas.

Le ligament latéral interne, fortement distendu, est susceptible de se rompre à son insertion tibiale ; j'en ai vu des exemples, extrêmement rares toutefois. C'est en effet presque une loi de pathologie, que les ligaments distendus, au lieu de se déchirer, arrachent la portion d'os sur laquelle ils s'implantent, surtout quand l'os est composé de tissu spongieux et que le ligament est puissant, deux conditions qui sont réalisées ici à un haut degré, le ligament latéral interne étant un très fort ligament à forme deltoïdienne qui engaine le sommet de la malléole interne. C'est donc la malléole qui cède presque toujours et se trouve entraînée en bas par les insertions astragaliennes et calcanéennes de ce ligament.

Le trait de la fracture est caractéristique : il est net, donne au doigt la sensation d'une crête mince et tran-

chante, et l'on conçoit aisément que la peau se coupe, de dedans en dehors, si la tension est trop forte. De plus, ce trait présente toujours la même direction; il est horizontal, perpendiculaire à l'axe de la malléole.

M. Maisonneuve, qui a désigné sous le nom de *fractures par divulsion* les fractures dont je m'occupe, estime que la malléole interne ne se fracture pas à ce moment du traumatisme, mais seulement lorsque le péroné a cédé, et qu'elle éclate alors sous la pression excentrique de l'astragale qui exécute un mouvement de torsion; aussi n'observerait-on jamais, d'après lui, la fracture isolée de la malléole interne. Je ne pense pas qu'il en soit ainsi. D'abord, fait matériel, j'ai obtenu des fractures isolées de la malléole interne sur le cadavre en portant à un degré convenable le mouvement d'abduction, et, de plus, je crois être certain d'en avoir observé sur le vivant. Ensuite, comment expliquer par la divulsion les caractères du trait de la fracture? C'est impossible, il serait alors le plus souvent inégal et irrégulier; or, je le répète, car ce détail joue un rôle important dans l'histoire et surtout dans le pronostic de cette fracture, la lèvre supérieure de la solution de continuité produit sous la peau l'effet d'une lame de couteau placée en travers.

Le traumatisme peut donc se borner à l'arrachement de la malléole interne, mais c'est absolument rare. Le pied, libre en dedans et fortement porté en dehors, vient presser sur la malléole externe qu'il tend à séparer du tibia; l'astragale, dont la face externe répond à toute la hauteur de la malléole, exerce cette pression.

Quel est l'agent de résistance du péroné? C'est l'articulation péronéo-tibiale inférieure et surtout le ligament interosseux qui unit solidement en ce point les deux os. Ce ligament est donc fortement distendu et il est possible qu'il se rompe, d'où l'écartement des deux os qui a reçu le nom de *diastasis*. Mais, en raison de la loi dont je parlais tout à l'heure, ce résultat est l'exception, tandis que la règle est l'arrachement de la portion de tibia sur laquelle s'insère le ligament; ainsi donc se trouve produit un second fragment, formé encore aux dépens du tibia.

Quant au péroné, maintenu au tibia dans toute sa hauteur par le ligament interosseux, les fibres musculaires et l'articulation péronéo-tibiale supérieure, il se brise au niveau du col qui surmonte la malléole externe, c'est-à-dire de 6 à 8 centimètres au-dessus du sommet de cette malléole, et toujours au-dessus de son articulation inférieure avec le tibia.

La fracture est alors complète et se compose toujours de trois fragments isolés: deux fragments malléolaires et un fragment tibial intermédiaire. J'ai cru devoir l'appeler *fracture bi-malléolaire par abduction*, pour la distinguer de celle qui est produite dans un mouvement d'adduction, distinction impossible avec la simple dénomination de fracture du péroné proposée par Dupuytren.

Après le mécanisme, étudions les déplacements qui résultent de cette fracture, ainsi que les signes auxquels ils donnent lieu.

Il y a deux espèces de déplacements: l'un transversal, l'autre antéro-postérieur.

Déplacement transversal. — Il consiste dans le transport du pied en dehors et présente plusieurs degrés. Pour l'apprécier exactement, même lorsqu'il est peu prononcé, tenez compte des rapports suivants: Normalement, la crête du tibia prolongée sur le dos du pied vient tomber au niveau du second orteil. Si le pied est dévié en dehors, la ligne se rapproche du bord interne du pied et tombe même en dedans de ce bord lorsque la déviation est très prononcée, de telle sorte que nous dirons, en prenant cette ligne pour point de repère: le pied est dévié en dehors de 1, 2, 3, 4 centimètres. Autre rapport: si l'on tient le pied du malade et que l'on prenne le bord interne de la rotule comme point de mire, le bord interne du gros orteil prolongé passe par ce point.

Le déplacement transversal présente plusieurs degrés que j'ai été à même de vous montrer sur nos malades. Dans un premier degré, le déplacement existe à peine; c'est tout au plus si la peau est légèrement tendue sur le bord tranchant de la malléole interne; le pied n'est pas dévié en dehors; les axes n'ont pas changé de rapport: c'est ce qui a lieu chez le nº 18. Dans un second degré, le pied est en quelque sorte luxé en dehors; la crête du tibia prolongée tombe en dedans du gros orteil. La peau, fortement tendue sur la malléole interne, permet de sentir au toucher la vive arête transversale que forme la lèvre supérieure de la fracture. En dehors existe, à 6 ou 7 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe, dans le point où le péroné a cédé, une forte dépression que Dupuytren désigna du nom de coup de hache. Ces signes étaient d'une grande évidence sur le nº 7.

Dans un troisième degré, la peau est coupée en dedans comme avec un instrument tranchant; la section est toujours transversale puisqu'elle est produite de l'intérieur à l'extérieur par l'os sous-jacent; on voit même quelquefois le tibia faire saillie à travers cette boutonnière, comme cela avait lieu sur la femme du nº 22 de la salle Sainte-Marthe.

Déplacement antéro-postérieur. — Moins étudié par les auteurs que le précédent, il passe assez souvent inaperçu, et cependant il y a grand intérêt pour le malade à ce qu'on ne le laisse pas subsister. Pour vous rendre compte de ce déplacement, il faut envisager le pied sur une coupe verticale antéro-postérieure analogue à celle-ci. Vous voyez que le tibia repose normalement sur la poulie astragalienne; or, le pied, ayant perdu ses attaches ligamenteuses dans la fracture bi-malléolaire par abduction, se porte en arrière, sous l'influence sans doute de la pesanteur, de telle sorte que le tibia vient s'appliquer sur le col de l'astragale.

Il en résulte un raccourcissement de la face dorsale du pied; au lieu de la courbe régulière du cou-de-pied, la jambe et le pied se réunissent à angle droit; le tibia soulève en avant les tendons extenseurs et fait sur la peau une saillie appréciable à l'œil et au toucher; par contre, la dépression normale qui existe au niveau du tendon d'Achille est augmentée.

Indépendamment de ces signes spéciaux, on trouve de la mobilité anormale très prononcée, surtout si le déplacement atteint le deuxième et le troisième degré. Le pied tombe alors en quelque sorte de lui-même en dehors, mais il est en général très facilement remis en place, pour reprendre, aussitôt qu'on l'abandonne, sa position vicieuse.

Toutefois le déplacement antéro-postérieur est beaucoup plus difficile à corriger que le transversal et exige pour cela un certain effort.

La différence qui existe suivant les sujets dans le degré de déplacement et de mobilité anormale du pied, tient sans

doute au détachement plus ou moins complet du fragment moyen.

En exécutant les manœuvres de réduction, on perçoit la crépitation, et le malade éprouve une très vive douleur. La douleur spontanée est aussi très vive tant que la réduction n'est pas opérée.

Inutile de dire qu'il existe une impuissance complète du membre.

Le *diagnostic* de cette fracture est en général facile; cependant, il faut bien connaître le mécanisme qui la produit ainsi que ses divers déplacements pour en apprécier exactement les degrés.

S'il importe de réduire aussi exactement que possible les fractures en général, ce précepte prend ici une importance toute particulière. Lorsque la réduction n'est pas complète, le centre de gravité étant déplacé, la marche sera toujours difficile, sinon impossible. Bien des fois on a dû pratiquer de graves opérations ultérieures pour des fractures bi-malléolaires mal réduites. La réduction est aussi importante dans l'espèce que s'il s'agissait d'une luxation; elle ne comporte pas d'à peu près.

La réduction est en général très aisée, mais il n'en est pas de même pour maintenir la fracture réduite. Il y a quelques années encore, l'appareil classique consistait dans l'attelle interne de Dupuytren, et je me rappelle les difficultés vraiment grandes que nous rencontrions dans le traitement des fractures du second degré. L'attelle, dont il me paraît inutile de vous décrire l'application, tournait et se déplaçait sans cesse. Heureusement que nous possédons aujourd'hui l'appareil à attelles plâtrées de M. Maisonneuve, qui constitue, selon moi, le plus grand progrès réalisé jusqu'à nos jours dans le traitement des fractures de jambe.

Voici comment vous m'avez vu procéder :

Les attelles étant trempées dans un mélange de plâtre assez liquide pour que la dessiccation ne s'opère pas trop rapidement et que la tarlatane soit bien imprégnée, je les mets en place sur le membre, sans trop me préoccuper de la réduction. Quand la bande sèche est appliquée, je me substitue à l'aide qui maintenait le pied et je pratique à ce moment la réduction aussi complète que possible; j'attends dans cette position pendant quelques minutes, jusqu'à ce que les attelles soient durcies, et le pied se trouve dès lors maintenu invariablement dans la position que je lui ai donnée.

Pour opérer une bonne réduction, il convient de saisir le talon de la main gauche, et l'avant-pied de la main droite. Il faut ensuite imprimer au pied simultanément, et d'un mouvement brusque qui surprend le malade et empêche toute résistance, les trois mouvements suivants : un mouvement forcé d'adduction et de flexion avec la main droite pour corriger le déplacement latéral et obtenir un pied à angle droit, un mouvement d'arrière en avant avec la main gauche pour corriger le déplacement antéro-postérieur.

Il arrive que des malades, surtout des alcooliques, opposent à la réduction une résistance telle qu'il faut pour la vaincre déployer une force très grande, et on n'y réussit même pas toujours; aussi faut-il employer le chloroforme.

S'il existe une plaie au niveau de la malléole interne, sans issue des fragments, lavez avec la solution phéniquée forte, recouvrez d'une couche de gaze iodoformée et appliquez de suite l'appareil.

Si le tibia fait issue à travers les téguments : réduire, au besoin réséquer, et faire le même pansement.

Dans tous les cas, l'appareil doit être appliqué le plus rapidement possible.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Segond.

I. Amputation de jambe au lieu d'élection. — II. Tumeur franchement maligne du sein.

I. L'amputation de jambe à lambeau externe, faite au lieu d'élection, est une opération qui a une mauvaise réputation, et cela à cause des accidents de gangrène qui en ont été fréquemment la suite. Mais, si l'on veut bien y réfléchir, ce n'est point à l'opération elle-même que l'on doit s'en prendre si pareils accidents surviennent, mais bien au procédé opératoire, au procédé classique auquel on a recours, lequel y prédispose fatalement, pour ainsi dire. En effet, dans le procédé classique, on taille le lambeau par transfixion, de sorte que l'on coupe presque toujours ainsi l'artère tibiale antérieure qui nourrit les muscles de la région antéro-externe de la jambe, et notamment les muscles de la région antérieure, par de nombreuses branches artérielles *perpendiculaires* au tronc-mère. Il en résulte, ainsi que l'a parfaitement indiqué M. Farabeuf, dans son excellent *Précis de manuel opératoire,* qu'à un centimètre au-dessous de la section et de la ligature de ce tronc, ces muscles ne reçoivent plus d'autre sang que celui qui peut leur venir par les anastomoses capillaires. Ce n'est donc pas à l'amputation elle-même au lieu d'élection qu'il faut attribuer les accidents de mortification, de gangrène du lambeau consécutif à l'opération, mais uniquement au procédé par transfixion.

Il faut donc, pour éviter la mauvaise réputation dont jouit l'amputation de la jambe au lieu d'élection, conserver, dans le procédé opératoire auquel on aura recours, la totalité de l'artère jusqu'à l'extrémité inférieure du lambeau. Le seul procédé possible, dans ces conditions, est celui que M. Farabeuf a décrit dans son livre de la manière suivante : « Inciser les contours du lambeau et les mobiliser; diviser en travers les téguments internes et les mobiliser; fendre l'aponévrose en dehors de la crête tibiale, pour évider la gouttière interosseuse en détachant, à la Ravaton, les muscles antérieurs, les vaisseaux y compris, et tailler ensuite, par ponction, les chairs postérieures du lambeau; couper enfin les parties molles situées derrière les os et les en détacher sur une faible hauteur; tels sont les principaux actes successifs qui constituent ce procédé dont les avantages sont la régularité, la largeur, une bonne irrigation du lambeau externe, enfin une brièveté compensée par quelques centimètres de téguments internes. »

II. Nous devons vous entretenir maintenant d'une femme, âgée de quarante ans environ, que nous allons opérer tout à l'heure pour une tumeur cancéreuse du sein.

Je vous ai déjà parlé longuement, ici-même, il y a quinze jours, de diverses tumeurs cancéreuses du sein; je n'y reviendrai pas (1). Mais, ce que je vous dirai, c'est que, contrairement à la femme que nous avons opérée le 30 du mois dernier, femme âgée de soixante et onze ans, qui aujourd'hui est très bien guérie (ceci soit dit entre parenthèses),

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 33.

notre malade actuelle n'a aucun antécédent héréditaire. C'est il y a quatre ans que, sans cause appréciable, elle a ressenti des douleurs lancinantes dans le sein, douleurs violentes, surtout le soir. Peu après, elle s'aperçut de l'existence d'une petite dureté située sous la peau, en dehors du mamelon.

Pendant l'espace d'une année environ, les choses restèrent en l'état, sans avoir fait aucun progrès, jusqu'au moment où elle reçut un coup sur le sein. A dater de cette époque, la mamelle se tuméfia, la petite tumeur s'accrut et depuis lors elle a toujours été en augmentant de volume.

Aujourd'hui on trouve, au centre de la mamelle gauche, au niveau et un peu au-dessus du mamelon, une tumeur bourgeonnante, d'un rouge violacé, très dure, mais ne donnant lieu à aucune sécrétion. Le mamelon est pour ainsi dire mangé, avalé par la tumeur, tant il est envahi par le néoplasme. Au palper, on sent qu'il est comme planté sur une galette dure représentée par la totalité de la mamelle, au point que l'on peut passer la main derrière le sein, qui est entièrement mobile sur les parties profondes.

Au-dessus du mamelon, la peau est adhérente à ladite galette sur une étendue de quatre à cinq centimètres carrés, et elle a cet aspect auquel on a donné le nom de « peau d'orange ». Enfin, dans le creux de l'aisselle, on sent une tumeur ganglionnaire, dure, volumineuse et relativement mobile.

Mais au-dessus de la clavicule nous ne trouvons heureusement rien, les viscères paraissent indemnes, et l'état général de la malade est bon.

En résumé, notre diagnostic sera : tumeur franchement maligne du sein. Dans ces conditions, quelle conduite devons-nous tenir? Devons-nous intervenir ou non?

Je vous ai dit, dans une de mes dernières conférences, que les chirurgiens étaient partagés à cet égard et que quelques-uns étaient abstentionnistes quand même.

Je vous ai montré combien étaient peu valables les raisons qu'ils invoquaient à l'appui de la non-intervention, et je vous ai rapporté la statistique exposée par M. Monod dans sa remarquable leçon clinique. Je vous ai dit tout au long les conséquences qui en découlaient, c'est-à-dire mortalité moindre qu'on ne l'avait prétendu, survie plus fréquente, guérison possible. Enfin je vous ai montré, à côté de ces abstentionnistes, un grand nombre de chirurgiens parfaitement décidés à intervenir, et je suis entré dans des détails circonstanciés sur les indications et les contre-indications de l'opération, basées sur les caractères de la tumeur, sur son extension et sur l'état général de la malade.

Dans le cas présent, nous n'avons aucun de ces cancers atrophiques, en cuirasse, squirrhe de Velpeau, etc., que j'ai reconnus avec vous parfaitement inopérables. Donc, de ce côté, il n'y a pas de contre-indication. De plus, l'état général de la femme est bon, et elle n'a que quarante ans seulement. Quant à l'extension du mal, j'ai dit que la contre-indication commençait seulement quand les premiers ganglions apparaissaient au-dessus de la clavicule. Rien de tout cela n'existe ici. Je ne relève, en somme, aucune contre-indication à une opération chirurgicale. Nous allons donc intervenir immédiatement en enlevant le mal dans sa totalité, c'est-à-dire la totalité du sein gauche, la totalité de la peau malade et des ganglions, en faisant une toilette complète de l'aisselle, et, si possible, une réunion de la plaie par première intention.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

La fièvre typhoïde chez les enfants (1).

II

Dans notre dernière leçon, nous en avons fini avec la période prodromique de la fièvre typhoïde. La maladie est donc confirmée et l'enfant s'alite. Alors, de trois choses l'une, ou la maladie sera légère, ou elle sera de moyenne intensité, ou elle sera grave.

On dit que la fièvre typhoïde est légère, — nous parlons toujours ici, bien entendu, de cette affection chez les enfants, — quand les phénomènes de la vie de relation (connaissance, mémoire, parole) sont conservés, et non pas seulement parce que la maladie suit un cours régulier et qu'elle présente des phénomènes atténués.

Elle est de moyenne intensité quand, tous les symptômes étant au complet, les phénomènes de la vie de relation sont voilés, c'est-à-dire qu'il y a abolition de l'entendement, de la volonté, tandis que la vie organique n'est pas ébranlée.

Enfin, la maladie est grave lorsque tous les appareils son sérieusement pris, et notamment l'axe cérébro-spinal; la vie de relation et la vie organique sont perdues, les forces sont anéanties, l'intelligence éteinte, les sens obtus. Le début en est brusque ou progressif et la maladie peut revêtir les formes ataxique, adynamique, ataxo-adynamique, putride.

Revenons maintenant sur chacune de ces trois grandes formes :

1° La première, la forme légère est caractérisée par des phénomènes tels qu'on dirait un embarras gastrique fébrile avec quelques symptômes nerveux, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation nocturne, quelques cauchemars, quelques hallucinations. Néanmoins, le petit malade a conservé l'entendement, la parole. La langue est rouge aux bords, la pointe non étalée comme dans l'embarras gastrique; sensibilité abdominale des plus légères; à peine quelques taches rosées lenticulaires, difficiles d'ailleurs à constater chez les enfants; constipation, peu de diarrhée; à peine quelques râles dans la poitrine, ils manquent même quelquefois complètement. Les phénomènes, en somme, sont généralement fort légers, quoiqu'il y ait de la fièvre; la température oscille de 1 degré du matin au soir : 38 degrés le matin, 39 degrés le soir. Enfin la maladie dure de quinze à vingt jours et dans quelques cas même huit jours seulement.

La convalescence dans cette forme légère est plus lente qu'après un simple embarras gastrique.

2° La fièvre typhoïde de moyenne intensité nous présente le même tableau que chez les adultes, avec cette particularité que, de temps en temps, on a des surprises. Ainsi la céphalalgie est quelquefois violente et l'agitation nocturne considérable; le regard est vague, les traits immobiles, l'entendement disparaît, la parole est lente, les réponses vagues, la mémoire est oblitérée, l'ouïe est moins fine, en un mot l'axe cérébro-spinal est plus pris que dans la fièvre typhoïde légère, et dans certains cas il paraît atteint comme dans la forme grave. La prostration est notable. La langue est caractéristique, elle est lancéolée, rouge aux bords et à la pointe, elle est tremblante ainsi que les lèvres et semble se mouvoir difficilement. Le ventre est modérément ballonné;

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 67.

il est douloureux dans la fosse iliaque droite et présente des taches rosées lenticulaires à un moment donné. Les selles, d'abord rares, deviennent bilieuses et plus ou moins fétides. Le pouls marque 140. La température oscille entre 39 degrés le matin et 40 degrés le soir.

Déjà dès le premier septénaire, la maladie peut revêtir les apparences d'un état grave avec délire superficiel, agitation nocturne intense. Mais au bout de huit jours, les accidents nerveux se dissipent, et le pouls et la température, après avoir subi une élévation assez brusque et non progressive, comme dans la fièvre typhoïde grave, s'abaissent.

Si la maladie prend la forme abdominale, on observe une diarrhée abondante, moins cependant que chez l'adulte, glaireuse, bilieuse, des coliques vives. Si la forme thoracique prédomine, on constate la présence de râles sibilants nombreux, des congestions pulmonaires, etc.

En résumé, la fièvre typhoïde présente un type régulier, de moyenne intensité, avec la possibilité d'accidents nerveux, thoraciques ou abdominaux, c'est-à-dire de tel ou tel des trois points cardinaux de cette affection. Mais, en somme, la fièvre dure quinze à vingt jours, la maladie est sans gravité et sa durée est d'un mois à peu près, celle de la convalescence étant aussi de quinze à vingt jours environ.

Mais, je le répète, il y a bien des degrés et des allures distinctes dans la fièvre typhoïde de moyenne intensité. Je vous citerai, entre autres faits récents, celui d'une fillette de huit ans, couchée au n° 1 de la salle Sainte-Thérèse, qui a été atteinte d'une fièvre typhoïde, en réalité de moyenne intensité, avec toutes les apparences d'une forme grave (délire, cauchemar, agitation nerveuse) pendant huit jours, après quoi tout rentra dans l'ordre.

3° Quant à la forme grave, le début en est lent ou brusque. La période prodromique est caractérisée par les phénomènes suivants : céphalalgie forte, roideur du cou, difficulté d'avaler, rougeur de la gorge, vomissements, constipation opiniâtre, agitation nocturne, insomnie, température s'élevant rapidement en quatre ou cinq jours. Bref, comme chez l'adulte, la fièvre typhoïde de l'enfant peut prendre tout de suite des allures effrayantes.

Puis la maladie est confirmée, la céphalalgie intense fait bientôt place à un état de stupeur, de prostration; le malade reste dans le décubitus dorsal, somnolent pendant le jour, agité la nuit avec délire, cauchemars, gémissements. On observe des soubresauts des tendons, de la carphologie. Le facies est sans expression, les réponses lentes et incorrectes; la langue est rouge, elle sort avec peine, elle est tremblante ainsi que les lèvres, puis elle devient chaude, sèche, vernissée, brunâtre. La soif est vive; les lèvres, les gencives, la muqueuse buccale se recouvrent de fuliginosités. Pendant les deux premiers jours, le malade a des vomissements. Le ventre, d'abord normal, se ballonne; il est douloureux dans la fosse iliaque droite. Les taches rosées sont peu nombreuses. Les selles sont très liquides, abondantes et fétides. D'autre part, la respiration est haute, rapide, nerveuse, mais s'accompagnant de peu de râles. Le pouls oscille entre 140 et 160; la température, entre 40°,5 et 41 le soir, voire même 41 et quelques dixièmes.

Puis surviennent des complications, tantôt du côté de l'abdomen : vomissements, diarrhée, météorisme, péritonisme; tantôt vers le thorax : congestions, râles abondants; tantôt vers les centres nerveux, du côté du cerveau : cris, délire, agitation, visage, injection du globe oculaire, strabisme léger, alternatives de pâleur et de coloration de la face, etc., puis prostration, et le malade tombe dans le coma et meurt. Cependant, dans certains cas, il peut encore guérir. Si la complication se porte du côté de la moelle, ce sont de la raideur musculaire, de l'hyperesthésie cutanée, musculaire; des spasmes du pharynx, de l'œsophage, ou bien de la paralysie des muscles du tronc, des membres, tétanie, convulsions; ou bien encore ce sont des phénomènes relevant en apparence d'une méningite cérébro-spinale : contractures, convulsions, hyperesthésie, paralysie des sphincters.

Dans ces fièvres typhoïdes graves, on peut observer la forme lente nerveuse d'Huxham, les formes ataxique ou adynamique dès le début, ou bien encore la forme putride.

Dans la fièvre typhoïde légère, la marche est généralement régulière, la durée de la maladie est ordinairement de trois à quatre semaines, comme nous l'avons déjà dit; la terminaison est la guérison.

Dans celle de moyenne intensité, la maladie dure un mois environ, et, comme marche, elle peut se compliquer de phénomènes cérébraux, thoraciques et abdominaux simulant la forme grave; cependant la guérison est la règle.

Quant à la fièvre typhoïde grave, sa durée peut être fort longue ou fort courte et emporter l'enfant en quelques jours. Pourtant la mort est rare chez les enfants, rarement aussi on voit survenir des accidents graves du côté de l'abdomen. Mais pendant longtemps après la guérison, l'enfant peut rester sans appétit, avoir une sorte de dyspepsie intestinale par atonie des voies digestives. Je ne parlerai pas des péritonites et des hémorrhagies, qui sont assez rares chez les enfants atteints de fièvre typhoïde. Quelquefois on observe un muguet très confluent, même dans la forme de moyenne intensité. Quelquefois aussi la maladie est suivie d'aphasie, ou bien, dans d'autres cas, de coxalgie. Enfin, on peut observer encore chez les enfants, chez les adultes, des eschares, une lymphangite suppurée, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Vigier, Prunier, Quesneville et J. Chatin qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. Barrier qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

3° Une lettre de M. Gallard qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale;

4° Une lettre de M. Zambaco qui sollicite le titre de correspondant;

5° Un mémoire intitulé : *Des Modifications apportées par la cure de Lamalou à quelques symptômes de la période initiale du tabes*, par M. le docteur A. Belugou;

6° Une lettre de M. le docteur Passant offrant, au nom de Mme veuve Otheline Durand, le buste du médecin Camille Falconnet, dû au sculpteur Étienne Falconnet.

M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de l'un de ses membres les plus anciens, les plus actifs, les plus ardents dans la polémique comme dans la recherche scientifique, M. Jules Guérin, décédé à Hyères presque subitement, hier lundi

25 janvier, à quatre heures du soir. M. Jules Guérin faisait partie de l'Académie depuis 1842, et sa mort y laisse un grand vide.

COMMUNICATIONS

Sur l'hopéine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Depuis quelque temps on a appelé l'attention sur un principe narcotique extrait du houblon, auquel on a donné le nom d'hopéine. L'hopéine serait tirée d'un houblon sauvage américain. M. Dujardin-Beaumetz se disposait à expérimenter ce remède nouveau, lorsqu'il fut mis en garde par M. Petit sur l'authenticité du produit, qui présentait toutes les réactions caractéristiques de la morphine, dont elle diffère par l'odeur. Avec l'aide de son chef de laboratoire, M. le docteur Bardet, M. Dujardin-Beaumetz s'assura qu'il en était ainsi et il conclut en ces termes : « La constatation de ce fait permet d'émettre trois hypothèses : ou que l'hopéine a les mêmes réactions que la morphine, ou bien que le houblon sauvage d'Amérique renferme de la morphine, ou bien enfin que, sous le nom d'hopéine, les droguistes étrangers nous vendent de la morphine aromatisée au houblon. C'est cette dernière hypothèse qui est la plus vraisemblable. »

LECTURE

Extirpation totale du larynx. — M. LÉON LABBÉ donne des détails complémentaires sur la suite de l'opération dont il a parlé dans la séance du 24 mars 1885.

A ce moment (quatorze jours après l'opération), l'état du malade était absolument satisfaisant; il s'alimentait abondamment au moyen de la sonde. Les douleurs intolérables qu'il éprouvait du côté des oreilles et qui s'opposaient à tout sommeil avaient cessé immédiatement après l'opération ; son état local et général ne laissait rien à désirer.

Le 7 avril, on put commencer à faire manger M. X... par la bouche, lui enlevant sa sonde pendant toute la journée et la lui remettant le soir, pour lui permettre de s'alimenter seul pendant la nuit. L'alimentation par les voies naturelles nécessitait en effet certaines précautions. Il fallait oblitérer d'une façon absolue l'orifice trachéal pour s'opposer à la chute des aliments dans ce conduit. Cela tenait à l'ablation de l'épiglotte, qu'on s'était vu forcé de faire.

Le 10 avril, on fit l'application d'une nouvelle canule, que le malade put garder pendant quelques instants, et avec laquelle il put parler. On modifia cette canule à plusieurs reprises, avant d'en arriver à une double canule définitive permettant la parole et s'adaptant d'une manière exacte, à l'aide d'un manchon de caoutchouc, sur les contours de la plaie déjà cicatrisée, de telle sorte que la déglutition se faisait très bien sans pénétration d'aucune goutte de liquide dans les voies aériennes.

Le malade jouissait de la santé la plus parfaite et avait engraissé.

Le 20 avril, il commença à sortir, et à partir du mois de mai, il allait deux ou trois fois par semaine à Joinville-le-Pont, où il possédait une maison de campagne.

Malheureusement, à la suite d'un refroidissement causé par une série d'imprudences, il fut pris d'une pneumonie, aux progrès de laquelle il succomba le 6 juin, quatre mois après l'opération.

RAPPORT

M. LAGNEAU fait un rapport sur un travail de M. Aubert, intitulé : *Essai statistique démographique et de topographie médicale du département de la Vendée.*

M. Lagneau insiste surtout sur la rapide multiplication de la population en Vendée, depuis le commencement de ce siècle. En 1806, à la suite de la guerre civile, elle se trouvait réduite de 305281 recensés en 1791 à 268646; en 1881, le dénombrement y constatait 421642 habitants. C'est là un accroissement véritable, et non seulement apparent comme ceux qu'on note dans les provinces où l'immigration est plus active que l'émigration.

M. LE BLANC explique ce fait par l'existence du métayage. Les paysans désirent avoir le plus d'enfants possible en Vendée pour remplacer les domestiques, qui y manquent, et pour mettre en culture des domaines étendus.

M. LAGNEAU dit que c'est la règle de voir les enfants se multiplier en proportion directe des carrières qui leur sont ouvertes.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 janvier 1886, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Barbaud, Bajon, Savin, Barral, Beluze, Vautrin, Andrieu, Woeling, Verdié et Saric.

— Par décision ministérielle, en date du 25 janvier 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ucciani, pour le 112e d'infanterie; Pommay, pour le 85e d'infanterie; Pouey, pour le 40e d'infanterie; Cahier, pour le 141e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Ramey, pour l'hôpital Saint-Martin; Vallois, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par application de la décision ministérielle du 11 février 1885, réglant les conditions de stage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire, les élèves dudit service reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de stagiaire pour prendre rang aux dates ci-après indiquées, savoir :

MM. Galland, du Gros-Caillou (1er novembre 1885) ; Fargin, du Gros-Caillou (17 novembre 1885) ; Munschina et Adriet, de Saint-Martin (1er novembre 1885) ; Doublet, du Gros-Caillou (10 novembre 1885) ; Delahousse, du Gros-Caillou (23 décembre 1885) ; Mitry, de l'hospice mixte de Nantes (26 novembre 1885) ; Sébillon, de Saint-Martin (19 novembre 1885) ; Bourdin, du Gros-Caillou (22 décembre 1885); Darbouet, de Saint-Martin (12 novembre 1885); Guillabert, de la Charité, à Lyon (1er novembre 1885) ; Sabatier, du Gros-Caillou (14 janvier 1886) ; Chapart, de Saint-Martin, et Rocheblave, de l'hospice mixte de Montpellier (1er novembre 1885).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gaucher, préparateur des travaux pratiques d'histologie, est chargé des fonctions de chef du laboratoire de la clinique de la Charité, en remplacement de M. Rémy, appelé à d'autres fonctions.

M. Rémy, agrégé près la Faculté de médecine de Paris et che du laboratoire de la clinique de la Charité, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Hache, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Henriet, décédé.

M. Batteur (Georges), pharmacien de première classe, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques, pendant la durée du congé accordé à M. Thibaut.

— L'un des organes les plus appréciés de l'anthropologie française, la *Revue d'anthropologie*, de Paris, fondée en 1872 par Paul Broca, et continuée par Paul Topinard, inaugure une troisième série, avec le concours d'illustrations anthropologiques prises à toutes les sources, parmi lesquelles nous remarquons les noms suivants : professeur Gavarret, directeur de l'École d'anthropologie ; professeur Mathias Duval, directeur du laboratoire d'anthropologie de l'École des Hautes-Études ; le marquis de Nadaillac, dont les ouvrages d'archéologie préhistorique ont été traduits déjà en plusieurs langues ; le général Faidherbe, grand chancelier de la Légion d'honneur, renommé pour ses travaux de linguistique ; le professeur de Quatrefages ; MM. Hamy et Rousselet, les représentants de l'ethnographie ; le baron Larrey ; le marquis Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine ; d'Arbois de Jubainville, membre de l'Institut, etc. Le docteur Topinard est secrétaire général de la Société d'anthropo-

logie de Paris et l'auteur des *Éléments d'anthropologie générale*, que vient de couronner l'Institut.

— *Muséum.* — M. le professeur Édouard Bureau commencera son cours de botanique (classifications et familles naturelles) le samedi 6 février 1886, à midi et demi, et le continuera tous les samedis à la même heure, dans le grand amphithéâtre.

Il traitera des plantes fossiles vasculaires et de leurs affinités dans la flore actuelle.

Après les vacances de Pâques, aux leçons précédentes se joindront des leçons pratiques, dans lesquelles le professeur fera étudier, sur des échantillons vivants, les principales familles de plantes dicotylédones. Il signalera particulièrement celles qui offrent le plus de représentants dans les flores anciennes. Ces leçons pratiques auront lieu le mardi, à midi et demi, et le samedi, à une heure et demie, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18939.

N° 13. — SAMEDI 30 JANVIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 30 JANVIER 1886. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvre typhoïde de longue durée; abcès multiples; phlegmatia alba dolens; anémie pernicieuse; mort.

Une jeune femme de dix-huit ans, Suissesse, était à Paris depuis trois mois, lorsqu'elle est entrée dans le courant du mois d'août dernier à l'hôpital de la Charité, pour une hématurie, sans qu'on ait pu découvrir quelle avait pu en être la nature ni la cause. Il n'existait à cette époque aucun autre trouble de la santé. Les organes génito-urinaires étaient dans un état d'intégrité parfaite. Rien n'indiquait une maladie des reins. Cette hématurie, après avoir duré trois semaines, a fini par cesser, ainsi que l'albuminurie qui l'accompagnait, et la malade quittait l'hôpital en septembre, mais pour y rentrer très peu de temps après, pour une autre affection. Elle avait été prise chez elle de maux de tête, avec courbature, abattement, inappétence. Cet état de malaise général s'accroissant de jour en jour, elle regagna, le 7 octobre dernier, la Charité, où l'on constata l'état suivant :

Aux symptômes que nous venons d'énumérer, s'ajoutait une fièvre assez intense, de 100 à 104 pulsations, 40 degrés de température.

Les taches abdominales qui n'existaient pas encore se manifestèrent le deuxième jour de son séjour à l'hôpital. Il ne pouvait plus y avoir dès ce moment aucun doute sur la nature de son affection, à laquelle la prédisposait d'ailleurs la circonstance de son arrivée récente à Paris.

Le quinzième jour de sa maladie, il se produisit une aggravation notable de son état; le pouls s'éleva à 116 et jusqu'à 120; il se manifesta un peu de délire. A dater de ce moment, la maladie acquérait un degré évident de gravité, qu'elle a conservé jusqu'à la fin, bien qu'aucun symptôme spécial n'eût paru jusque-là prédominer. Il n'y avait rien du côté du cœur, des poumons, ni du système nerveux.

A partir du trentième jour, une légère eschare s'est manifestée au sacrum, et du trente-cinquième au quarantième jour, il s'est produit successivement une série d'abcès; elle n'en a pas eu moins de dix à douze, dans différentes régions du corps, dont quelques-uns se sont ouverts spontanément; les autres ont dû être ponctionnés. L'un de ces abcès, situé à la région dorsale supérieure, et remontant jusque sur les côtés du cou, avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Tous ces abcès ont guéri très vite, même celui du dos, malgré l'étendue du décollement de ses parois.

Arrivée au quarante-sixième jour, la maladie parut entrer ce jour-là en défervescence, le pouls et la température baissèrent simultanément, le délire cessa.

Le quarante-huitième jour, la malade entrait en convalescence; elle commençait à prendre quelque nourriture, et paraissait se remonter un peu les jours suivants, lorsqu'un nouvel accident vint, vers le milieu du mois de décembre, enrayer cette convalescence et donner de nouveau l'éveil. Dans la nuit du 15 au 16 décembre, elle ressentit une douleur très vive dans la jambe gauche, avec gonflement œdémateux, s'accompagnant de retour de mouvement fébrile. En peu de temps, l'œdème gagna la totalité du membre inférieur gauche, avec dilatation des veines superficielles.

Depuis le développement de cette phlegmatia alba dolens, l'état de cette malade n'a cessé de s'aggraver. Elle eut des vomissements bilieux fréquents et ne pouvait supporter que quelques gorgées de lait.

Vers la fin de décembre, la physionomie de la malade était profondément altérée, sa faiblesse était extrême, et l'anémie portée à tel point que toutes ses membranes muqueuses étaient décolorées. Les pulsations du cœur étaient fréquentes, mais sans présenter aucune particularité; rien dans les organes respiratoires; l'intelligence était intacte. C'était, comme on le voit, surtout l'état général des forces qui était profondément atteint et qui assombrissait le pronostic.

Le 21 décembre, la malade éprouve, dans toute la jambe droite, une douleur semblable à celle qui avait marqué le début de la phlegmatia du côté gauche; le pied droit et aussi le côté droit sont envahis à leur tour. La prostration atteint ses dernières limites, et cette femme succombe le 24 décembre.

L'autopsie a fait constater les lésions suivantes :

Les viscères dans leurs dispositions générales ne présentent rien à signaler, si ce n'est leur aspect exsangue. Tous

les organes thoraciques et abdominaux, ainsi que leurs séreuses, sont décolorés. L'estomac est vide et sain. Les intestins sont quelque peu distendus par des gaz et ne contiennent qu'une très petite quantité de matières fécales dans leur portion inférieure. L'intestin grêle est complètement sain dans toute sa partie supérieure ; dans sa partie inférieure, on y voit des plaques de Peyer bien cicatrisées, sans ulcérations, avec des arborisations d'un brun noirâtre. Rares d'abord et peu étendues, ces plaques augmentent en nombre et dimension à mesure que l'on descend vers le cæcum.

Les poumons sont sains, d'une consistance normale ; on n'y constate ni abcès, ni infarctus, mais ils sont profondément anémiés. Les artères et les veines pulmonaires, dans leurs troncs, comme dans leurs ramifications, sont presque totalement dépourvues de sang. Le cœur a un aspect cireux et comme lavé; comme les artères et les veines, il est presque vide de sang; il ne présente d'ailleurs aucune lésion.

Rien à signaler non plus dans le système artériel. La veine cave inférieure est tendue à quelques travers de doigt au-dessus du promontoire, et cette tension se continue dans les deux veines iliaques primitives, mais d'une façon beaucoup plus sensible dans celle du côté gauche que dans la droite. A l'ouverture, on trouve dans la veine cave inférieure un énorme caillot qui, se divisant, se prolonge dans les deux iliaques d'abord, puis dans les saphènes et jusque dans leurs ramifications.

Le foie, de grosseur et de consistance normales, un peu graisseux, ne renferme ni pus, ni trace d'abcès. Il en est de même des reins, qui sont d'ailleurs, comme le foie et comme tous les autres viscères, anémiés. Enfin la rate, très grosse, d'une couleur un peu lie de vin, est molle et friable.

— Plusieurs points dans cette rapide esquisse méritent de nous arrêter un instant. C'est d'abord la longueur même de la maladie, qui n'est arrivée à la période de défervescence qu'après plus de quarante jours; ce sont, ensuite, les divers accidents qui se sont manifestés au moment même où semblait commencer la convalescence, et qui ont rejeté la malade dans une nouvelle phase qui a conduit la maladie jusqu'à près de quatre-vingt-dix jours.

Les abcès multiples, qui ont fait successivement éruption du trente-cinquième au quarantième jour, bien qu'ils aient eu une marche aiguë, rapide, et qu'ils n'indiquassent pas une pyohémie, n'en ont pas moins contribué certainement à la dépression générale des forces. Mais c'est surtout la phlegmatia alba dolens survenue après le quarantième jour d'un côté d'abord, puis des deux côtés, qui, en réveillant l'état fébrile et en augmentant encore l'état d'anémie déjà extrêmement prononcé, a précipité la malade dans la plus profonde adynamie, et, en définitive, à l'issue fatale.

La phlegmatia alba dolens dans la convalescence de la fièvre typhoïde est, comme on le sait, une complication assez fréquente. Déjà plusieurs cas en ont été relevés dans le service même de M. Hardy dans ces deux ou trois derniers mois. Il s'en faut qu'elle ait toujours un égal degré de gravité.

Les exemples de guérison, dans ce cas, ne sont même pas rares. L'un des historiographes les mieux informés de la fièvre typhoïde, Murchison, a observé cette complication 1 fois sur 100 cas de dothiénenterie; sur 17 cas, il l'a rencontrée 14 fois à gauche, 2 fois des deux côtés et 1 fois seulement à droite.

Dans un travail plus récent sur la phlegmatia alba dolens, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans cette Revue, M. le docteur de Brun fait la remarque que, contrairement à ce qui a été plusieurs fois affirmé, il a observé la phlegmatia avec une égale fréquence après les fièvres typhoïdes légères. Ce ne serait donc pas au fait même de l'apparition de la phlegmatia alba dolens double chez cette malade qu'il faudrait attribuer la gravité excessive de son cas et la mort qui en a été la terminaison, mais plutôt à l'anémie poussée, comme on l'a vu chez cette jeune malade, jusqu'aux limites les plus extrêmes, et qui mérite ici le nom d'anémie pernicieuse.

Paralysie spinale de l'enfance ; conservation de la sensibilité ; valeur de ce symptôme négatif.

Dans l'une de ses dernières leçons cliniques à l'hôpital des Enfants, M. le professeur Grancher, a esquissé à grands traits la symptomatologie de la paralysie spinale de l'enfance. Elle se résume dans ces trois grands symptômes principaux, représentant autant de périodes distinctes de la maladie : brusquerie du début avec ou sans fièvre, au milieu d'une bonne santé apparente ; marche régressive de la paralysie, qui, plus ou moins diffuse au début et semblant avoir d'abord une tendance à la généralisation, se circonscrit en quelques jours soit aux deux membres inférieurs, soit à un seul côté; atrophie consécutive des muscles paralysés, mettant un, deux ou trois mois à s'effectuer. M. Grancher s'est arrêté, pour en faire le sujet principal de sa leçon, sur un symptôme négatif dont il s'est attaché à étudier et à signaler la valeur séméiologique, la conservation de la sensibilité, contrastant avec une altération aussi profonde de la contractilité musculaire.

C'est à l'aide d'observations relevées sur des enfants du service qu'il a vérifié et confirmé ce qui avait été déjà vu et avancé sur ce point de l'histoire de la paralysie infantile. Voici très sommairement quelques-uns de ces faits :

Le premier exemple cité est celui d'un petit garçon de quinze mois, bien constitué, d'une forte apparence, qui, il y a quelques mois, après trois jours de fièvre, fut pris d'une paraplégie complète, qui s'était circonscrite quelque temps après au membre abdominal gauche. Trois semaines après le début de sa maladie, les muscles de ce membre avaient commencé à s'atrophier. C'est dans cet état, avec le membre inférieur gauche immobile, flasque et en voie d'atrophie, qu'il entra à l'hôpital. Il y était depuis environ un mois, et depuis quatorze ou quinze jours on lui appliquait le traitement galvanique, lorsqu'il fut pris d'une rougeole, à laquelle il succomba.

On fit l'examen de la moelle, qui présenta des lésions considérables. Elle était dans une grande partie de son étendue et particulièrement dans la partie antérieure de la substance grise, le siège d'un ramollissement inflammatoire, avec destruction des grandes cellules motrices et prolifération graisseuse. Elle présentait, en un mot, les lésions caractéristiques si bien décrites par MM. H. Roger et Damaschino.

Le deuxième fait a trait à une petite fille de trois ans et demi, sans antécédents pathologiques, qui a été prise brusquement, le 1er septembre dernier, sans prodromes, d'une paraplégie. On l'avait couchée la veille au soir bien portante, on la releva le lendemain matin complètement paralysée des deux membres inférieurs.

Entrée à l'hôpital le 9 septembre, M. Grancher la trouva

à la visite dans le décubitus dorsal, les deux membres inférieurs flasques et absolument immobiles. Elle poussait des cris de douleur quand on voulait déplacer ses membres ou leur imprimer des mouvements, mais elle était absolument insensible au pincement de la peau. Enfin, elle avait une incontinence d'urines et de matières fécales, ce qui donnait lieu de présumer que la paralysie avait atteint les sphincters anal et vésical. Ici il y avait, comme on le voit, quelques anomalies du côté de la sensibilité, les réflexes étaient complètement abolis. Aussi M. Hutinel, qui remplaçait à ce moment M. Grancher, hésita-t-il un instant à admettre qu'il s'agissait là d'une paralysie spinale infantile. Mais, en considérant la manière brusque dont la maladie avait débuté, il n'y avait pas à mettre en doute la nature de la maladie. La marche régressive ultérieure de la paralysie ne tarda pas, d'ailleurs, à confirmer ce diagnostic. L'enfant, prise d'angine, quitta l'hôpital peu de temps après ; elle n'a pas été revue depuis.

Un troisième fait est celui d'une petite fille de deux ans, entrée à l'hôpital le 14 décembre, et qui est actuellement encore dans les salles. Elle est atteinte de paralysie infantile depuis un an. Son membre abdominal gauche est dans un état de flaccidité complète. La sensibilité cutanée est intacte. L'application de l'électricité faradique sur le membre paralysé révèle très peu de sensibilité dans cette partie, mais lorsqu'on électrise les membres supérieurs, l'enfant pousse des cris et s'agite.

Enfin, un autre petit malade, âgé de trois ans et demi, avec d'excellents antécédents, est atteint depuis le 1er décembre de la même affection. Mais chez cet enfant, la paralysie diffère des autres en ce qu'elle s'accompagne de roideur et de contracture dans l'un des membres, le membre abdominal gauche, qui est maintenu dans une extension forcée constante, tandis que celui du côté droit est flasque. L'enfant ne souffre pas qu'on le touche, il pleure et se débat dès qu'on fait la moindre tentative de changement de situation de ses membres.

Voilà un cas qui paraît faire exception et qui contraste jusqu'à un certain point avec les précédents, par la double circonstance de la douleur et de la contracture. Est-ce bien là un cas de paralysie infantile ? Ou bien a-t-on affaire à une myélite commune ? M. Grancher incline à penser que c'est bien une paralysie infantile. Il se fonde en cela sur deux caractères qu'il considère comme pathognomoniques dans l'espèce, la brusquerie du début et l'état de flaccidité du membre droit ; la douleur et la contracture tétanique du côté gauche constituent à ses yeux une forme anomale.

En résumé, nonobstant cette dernière exception, les faits passés en revue par M. Grancher confirment de tous points l'exactitude de la description classique de la paralysie spinale infantile, telle qu'elle a été constituée par les observations et les études cliniques et anatomo-pathologiques successives de Duchenne (de Boulogne), de MM. Laborde, Vulpian, Charcot, H. Roger et Damaschino. Un point resterait peut-être encore à vérifier, c'est celui qui est relatif à la réaction électrique des muscles. D'après Benedikt, il y aurait une période du début de la maladie où la réaction faradique serait beaucoup plus intense, pour se perdre plus tard. Cette réaction, M. Grancher l'a constatée au quinzième jour de la maladie chez le dernier enfant dont il vient d'être question, celui qui présente l'anomalie de la contracture partielle avec douleur. Mais dans la plupart des autres cas, au cinquième, sixième, septième ou huitième jour, à partir du début, la réaction électrique était éteinte. Ce mode d'exploration peut aider au diagnostic dans les cas difficiles.

Abcès de l'épididyme. — Hémorrhoïdes procidentes. — Extraction d'une balle de revolver recherchée à l'aide de l'appareil explorateur électrique.

Plusieurs malades du service de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, présentent divers points intéressants que nous ne voulons pas laisser passer sans les signaler. Ce sont notamment : un cas d'abcès tuberculeux ou caséeux de l'épididyme ; un cas d'hémorrhoïdes procidentes traitées sans résultat par la dilatation et qui nécessitera l'intervention d'un autre mode de traitement dont nous aurons à parler tout à l'heure ; un cas d'extraction d'un petit projectile (balle de revolver d'un petit calibre) profondément engagé dans la partie supérieure interne du fémur, et dont la présence a été constatée à l'aide de l'ingénieux appareil d'exploration de M. Trouvé, l'avertisseur électrique ; enfin trois cas de maladie rectale que nous ne faisons que mentionner en passant et sur lesquels il y aura probablement lieu de revenir.

Le premier malade est un fort et gros garçon, robustement constitué, très bien portant en apparence, ne se plaignant de rien lui-même, et qui est affecté cependant d'une tumeur de l'épididyme, d'une nature douteuse, et dont M. Richet a jugé à propos de pratiquer l'abrasion. Cette tumeur, dont le point de départ paraît avoir été sur la partie inférieure de la pointe de l'épididyme du côté droit, a aujourd'hui le volume d'une châtaigne ; elle s'étend sur toute la surface de l'épididyme ; elle est douloureuse à la pression et vaguement fluctuante. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent, à travers sa paroi, la vésicule séminale droite plus volumineuse que celle du côté gauche et un peu douloureuse à la pression ; on sent également un peu d'augmentation de volume du côté droit de la prostate. L'état général de cet homme est d'ailleurs excellent. Il ne tousse point et dit n'avoir jamais toussé ; l'auscultation dénote un état parfait de la poitrine, absence de tout signe suspect de ce côté. D'autre part, cet homme assure n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Que peut être cette tumeur ? Il n'y a guère à hésiter qu'entre une tumeur tuberculeuse, ce qui ne serait pas impossible, malgré l'apparence de santé générale du sujet et l'absence de tout signe de tuberculose dans les poumons, ou bien un abcès caséeux tendant à se porter vers la peau où il pourrait s'ouvrir plus tard. Dans cette alternative, M. Richet, se plaçant au point de vue plus probable d'un simple abcès caséeux, auquel cas une simple abrasion, en ménageant le testicule qui paraît sain, suffirait pour amener la guérison, s'est décidé pour cette opération ; sauf à aviser plus tard, soit pour une opération plus radicale, soit pour une médication générale appropriée, si l'examen microscopique révélait une lésion plus grave. C'est ce qui a été fait séance tenante.

Le deuxième malade à opérer était un jeune garçon marchand de vins. En voulant retirer un revolver chargé qu'il portait à sa ceinture, le revolver partit et la balle pénétra de haut en bas dans la région inférieure de la cuisse et vint s'arrêter au niveau du condyle interne du fémur. A l'arrivée du blessé à l'hôpital, l'interne de garde fit l'occlusion immédiate de la petite plaie. A la visite, M. Richet constata à la partie interne du genou la présence d'un petit corps dur, irrégulier, roulant sous le doigt. Il n'y avait point de trou

de sortie. C'était donc bien la balle que l'on sentait à travers les téguments. Tout le trajet compris entre le point de pénétration du projectile et le point qu'il occupait, d'une étendue de 5 à 6 centimètres environ, était gonflé et douloureux ; la pression sur le projectile lui-même provoquait aussi une vive douleur. Dans ces conditions, M. Richet, approuvant d'ailleurs la conduite tenue par l'interne de garde, jugea qu'il eût été imprudent de chercher à opérer immédiatement l'extraction, d'abord à cause de la nécessité où l'on se serait trouvé peut-être d'ouvrir l'articulation, et dans tous les cas par la crainte du danger qu'il y aurait eu actuellement à mettre à découvert le trajet enflammé. Il s'arrêta donc au parti de la temporisation.

Ce qui s'est passé depuis a justifié cette manière prudente d'agir. Au bout d'une quinzaine de jours environ, il s'est formé sur la partie externe du genou, assez loin, comme on le voit, du trajet, un gonflement phlegmoneux, accompagné de fièvre.

L'abcès ouvert a donné issue à une grande quantité de pus. L'abcès vidé et cicatrisé, la fièvre tombée, les accidents inflammatoires locaux dissipés par le repos et les topiques émollients, on arriva ainsi au trente-sixième jour. Après s'être assuré de l'absence de tout travail inflammatoire actuel autour du projectile occupant toujours le même point, mais, de mobile qu'il était, devenu immobile par l'enkystement et les adhérences qui s'étaient formés autour de lui et qui protégeaient désormais l'articulation, M. Richet pensa que c'était le moment d'agir. Mais avant de procéder à l'extraction, il a jugé intéressant de s'assurer de la présence et de la situation exacte du projectile à l'aide de l'ingénieux explorateur électrique de M. Trouvé, dont nous avons fait connaître à plusieurs reprises les heureuses applications. M. Richet s'en était déjà servi plusieurs fois avec avantage, notamment en 1870 et 1871, sur des blessés de guerre, et en 1877, sur un homme entré dans son service pour des douleurs vésicales produites par la présence dans le réservoir urinaire d'un corps étranger. Le cathétérisme n'avait révélé aucun symptôme susceptible de faire présumer l'existence d'un calcul. Le chirurgien, en présence du mutisme calculé du malade, se demandant s'il ne se serait pas introduit lui-même un corps étranger par le canal de l'urèthre, fit appel au concours de M. Trouvé. Un stylet en forme de brise-pierre, dont les branches étaient isolées électriquement, fut introduit dans la vessie. Le corps étranger ayant été saisi entre les branches du stylet, sitôt que celui-ci fut mis en rapport avec l'explorateur, sa mise en vibration avertit aussitôt qu'il s'agissait d'un corps métallique.

Ce procédé d'exploration appliqué chez le malade en question, après quelques tâtonnements inévitables, n'a pas tardé à donner l'avertissement attendu. L'extraction de la balle de revolver a été faite séance tenante sous nos yeux.

Il y a quelques semaines seulement, nous assistions à une opération analogue, mais beaucoup plus compliquée et difficile que celle-ci, dans le service de M. Verneuil à la Pitié.

Il s'agissait d'un homme vigoureux, robuste, ancien soldat, qui avait reçu en 1870 une balle à la racine de la cuisse. La balle paraissait avoir pénétré très profondément ; il n'y avait point de trou de sortie ; elle était certainement restée au fond de la plaie. Quelque temps après il se développa un abcès dans l'intérieur du bassin, qui se fit jour au dehors. Il entra à l'hôpital de la Pitié avec une fistule au niveau des muscles adducteurs de la cuisse. Il n'y avait point de fièvre, les douleurs étaient presque nulles, il n'y avait aucun signe de septicémie chronique. Dans la pensée que cette fistule était entretenue par un corps étranger, projectile ou séquestre, M. Verneuil se livra à une exploration, mais la sonde introduite s'arrêta à la branche horizontale du pubis. Avec une gouge, il enleva une portion de tissu éburné du pubis, et il put arriver ainsi jusqu'à la balle dont il constata la présence. Mais au moment où il se proposait d'en opérer l'extraction, il vit sourdre par le fond de la fistule une énorme quantité de pus putride collecté dans la cavité pelvienne où il était probablement enkysté, ce qui expliquait l'absence de tout signe de résorption et d'infection purulente. Pendant ce temps-là, la balle qui avait été mobilisée était tombée dans le foyer. On dut suspendre les recherches et remettre la suite de l'opération à plus tard.

Cette fois ce fut à l'aide de l'explorateur électrique et avec le concours de M. le docteur Paulet, du Val-de-Grâce, qu'on procéda à une nouvelle recherche du projectile. L'appareil révéla effectivement par sa sonnerie la présence de la balle sur le plancher inférieur du bassin, où il fallut aller la chercher pour l'extraire.

HOPITAL D'ANGOULÊME. — M. Fournier.

De l'endocardite primitive chez les militaires.

De l'aveu de tous les auteurs, l'endocardite primitive est extrêmement rare.

Si on la voit fréquemment se développer par propagation, à la suite d'une pneumonie ou d'une pleurésie, ou dans le cours des fièvres graves ; si le plus souvent elle survient dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, d'après la belle loi formulée par notre illustre compatriote le professeur Bouillaud, rien n'est plus rare que de la voir apparaître primitivement sous l'influence d'une cause extérieure.

Le professeur Jaccoud, dans son *Traité de pathologie,* dit que l'endocardite primitive *a frigore* s'observe surtout chez les individus dont l'organisme est altéré par les mauvaises conditions hygiéniques ou les excès alcooliques.

Nous avons pu constater que l'endocardite primitive, cette affection si rare, semblait devenir depuis quelque temps plus fréquente chez les militaires, sous l'influence des fatigues excessives auxquelles ils sont astreints, par suite du temps limité que la diminution du service militaire permet de consacrer à leur instruction ; le refroidissement après une longue marche, quand on fait halte, et qu'on reste immobile, le corps étant en sueur, nous a paru aussi une cause efficace de cette affection.

Pendant les années 1877, 1878, 1879 et 1880, nous avons présenté pour la réforme 27 militaires atteints de lésions valvulaires, que nous avons rapportées à l'endocardite primitive, et chez tous ces hommes nous avons constaté des souffles cardiaques avec des altérations variables du rhythme de la circulation, symptômes que nous avons pu rattacher à l'influence soit de fatigues excessives, soit de refroidissement, et qui ont débuté par de l'oppression, des douleurs précordiales, des palpitations, sans qu'il y ait eu ni pneumonie, ni pleurésie, ni rhumatisme articulaire aigu, pour expliquer une endocardite concomitante.

Nous avons dit que cette affection nous paraissait devenir

plus fréquente chez les militaires; en effet, tandis que nous avions présenté pour la réforme, pendant l'année 1877, quatre hommes pour des lésions valvulaires, suite d'endocardite primitive, six en 1878, cinq en 1879, nous en avons présenté douze en 1880.

Nous donnons comme type de l'affection qui fait l'objet de cette note l'observation suivante. Cette observation prêtera aussi à des considérations thérapeutiques qui ne sont pas sans importance.

Endocardite primitive. — Deux poussées successives, à deux mois et demi d'intervalle, de congestion inflammatoire vers l'endocarde. — Le nommé M..., âgé de vingt-quatre ans, soldat au 63e de ligne, est entré à l'hôpital d'Angoulême, le 2 janvier 1877.

Le 22 décembre, ce malade, qui couche près d'une porte à la chambrée, dit avoir éprouvé un refroidissement très marqué. Il a été mis à la chambre pendant cinq jours pour une laryngo-bronchite. Les symptômes de laryngo-bronchite persistant, il a été envoyé à l'infirmerie.

Le 1er janvier, d'après les renseignements fournis par le médecin du corps, il éprouvait une douleur profonde, sourde, angoissante, au niveau de la région précordiale. La langue était blanche, l'appétit nul, et la toux sèche et fréquente. Les bruits du cœur étaient précipités, irréguliers, intermittents, imitant le galop du cheval, avec souffle des plus marqués au premier temps à la pointe. On a prescrit huit ventouses scarifiées et un vomitif.

Le lendemain 2 janvier, le malade est entré à l'hôpital. Les douleurs cardiaques ont diminué; les battements du cœur sont encore énergiques, irréguliers, intermittents, mais le médecin du corps présent à la visite constate que le bruit de galop et le souffle du premier temps ont disparu entièrement.

Je fais appliquer sur la région du cœur un vésicatoire volant.

Les accidents vont en diminuant, et le 14 le malade sort de l'hôpital ne se plaignant plus de rien, mais présentant encore des battements un peu énergiques, quoique frappant l'oreille moins fortement qu'à son entrée. Le pouls présente encore quelques irrégularités et quelques intermittences, mais moins fréquentes qu'à cette époque.

En prenant auprès du malade de nouveaux renseignements, nous apprenons qu'il y a deux mois et demi, il a été pris, en faisant une longue étape avec son régiment, de battements de cœur avec point de côté violent. Ces accidents avaient nécessité son entrée dans un hôpital d'une ville du Centre, où il avait séjourné neuf jours.

On lui avait simplement prescrit du repos, et les symptômes, point de côté, battements de cœur, avaient entièrement disparu.

Dans le fait que nous venons de relater, nous constatons bien nettement une poussée d'endocardite survenue sous l'influence du refroidissement à la chambrée; nous constatons aussi qu'un traitement énergique, vomitif, et surtout application de nombreuses ventouses scarifiées sur la région du cœur, ont amené très rapidement la diminution de l'état inflammatoire de l'endocarde, puisque le bruit de galop et le bruit de souffle ont disparu du jour au lendemain.

Nous voyons aussi que ce même sujet avait éprouvé une première poussée d'endocardite deux mois et demi avant celle-ci, pendant les fatigues d'une longue étape. Nous croyons que, dans une longue marche, la gêne dans les mouvements du thorax produite par les bretelles du sac pesamment chargé, favorise les congestions du côté du cœur.

Aucun traitement n'a été institué contre cette première poussée, et nous pensons que c'est à tort. Nous sommes persuadé que si l'on avait à ce moment fait un traitement énergique, le malade aurait été débarrassé tout à fait des troubles circulatoires qu'il présentait encore après la seconde crise. Ces troubles circulatoires persistant après le traitement actif fait à Angoulême sont dus à des lésions remontant à deux mois et demi au moment de la première atteinte.

En un mot, la première poussée a laissé des traces. Le brillant résultat obtenu dans la seconde poussée permet de supposer qu'il n'en eût pas été de même si l'intervention médicale avait été aussi active la première fois que la seconde.

De ce que nous venons d'exposer, nous tirons les conclusions suivantes:

1° L'endocardite primitive, affection très rare dans les conditions habituelles de la vie, tend à devenir fréquente chez les militaires.

2° Elle se développe chez eux sous l'influence du refroidissement ou des fatigues d'une longue marche.

3° Il faut lui opposer de suite un traitement énergique, afin qu'il ne s'organise pas sur les valvules de dépôts fibrineux, devenant plus tard le point de départ de maladies du cœur.

4° Le meilleur traitement consiste dans l'application de ventouses scarifiées sur la région du cœur, suivie d'un vésicatoire volant. Ce traitement est suivi d'une amélioration très rapide.

EXPULSION DU TÆNIA PAR LA BOUCHE

Par M. le docteur E. Martel,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

L'expulsion du tænia par la bouche est un fait rare. Davaine (1860) n'en citait que 5 cas, se rapportant sans doute au tænia solium ou au bothriocéphale.

Depuis le règne du tænia inerme, ce mode d'élimination ne me paraît pas être devenu plus fréquent, et je ne me souviens pas d'en avoir vu citer des exemples récents. C'est pourquoi je publie l'observation succincte de celui que je viens d'observer.

Mlle X..., âgée de quatre-vingt-six ans, qui depuis deux ans s'était soumise à l'usage de la viande de bœuf crue et grossièrement râpée, éprouva, le 23 septembre 1884, les symptômes d'une légère indigestion, après avoir absorbé, dans le milieu de la matinée, une tasse de lait suivie d'un peu de vin rouge.

Pendant le vomissement qui en résulta, elle sentit dans la bouche un corps singulier qu'elle retira facilement, sans pouvoir se rendre bien compte de sa nature — elle est à peu près aveugle. C'était un tænia de 67 centimètres de longueur, large de 2 millimètres à un bout et de 9 millimètres à l'autre. Les anneaux les plus longs ont à peine 2 millimètres 1/2 et ne renferment pas d'œufs, bien qu'une portion de cette extrémité soit scissurée et paraisse prête à se détacher.

Cette stérilité me semble un peu plus prolongée que dans l'ordinaire des cas, et ce tænia a crû en longueur plus que de coutume avant de se féconder, si l'on tient compte surtout de la largeur des derniers anneaux et de la longueur assez considérable qui doit séparer la tête de la partie la plus amincie du fragment éliminé. J'inclinais donc à croire à l'existence d'un tænia tout à fait stérile.

Mais, trois jours plus tard (26 décembre), Mlle X... rendit par les selles un ver de 1 mètre 20 centimètres de longueur, à anneaux allongés et gorgés d'œufs qui, par leur forme ovalaire, étaient bien caractéristiques du tænia inerme.

Un troisième fragment (60 centimètres), que je n'ai pas vu, fut encore éliminé le lendemain par les voies inférieures.

Mlle X... est délicate, mais assez bien portante, malgré son grand

âge; elle n'a présenté aucun phénomène pouvant se rapporter à l'existence du parasite dans l'intestin ou dans l'estomac.

Depuis quelques semaines, elle se plaint d'un certain degré de polyurie, surtout nocturne, avec émission involontaire parfois des premières quantités d'urine, et, depuis l'élimination du ver seulement, d'une soif gênante dont elle ne peut préciser le début.

Les urines n'ont encore pu être examinées, malgré ma demande.

Ces légers accidents me paraissent devoir être rapportés à la sénilité (sclérose rénale?) et à l'influence de la saison plutôt qu'à la présence du parasite.

C'est le premier cas de tænia, incontestablement contracté dans notre partie de la Bretagne, qu'il m'ait été donné de constater, bien que l'usage thérapeutique de la viande crue y soit assez répandu.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la toux.

Par le docteur Delmis.

Dans les affections de l'appareil respiratoire, la toux est le symptôme primitif et presque toujours constant dont se plaignent les malades. Elle peut présenter bien des modalités, mais elle est toujours pénible. Dans la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, etc., les malades supportent assez courageusement l'oppression, la fièvre et le point de côté; mais ce qui les fatigue, c'est la toux dont ils parlent et se plaignent sans cesse au médecin et dont ils demandent, avant toute chose, à être débarrassés au plus vite. C'est la toux qui, par sa continuité, la fréquence de ses accès, fait naître la plupart des complications de la coqueluche et des laryngites. Une simple bronchite catarrhale avec intégrité parfaite du tissu pulmonaire peut, sous son influence, devenir plus grave chez un malade affaibli.

Elle l'agite, le rend anxieux, empêche une nourriture suffisante et amène en fin de compte un amaigrissement progressif, et souvent la phthisie. Il est donc indispensable, pour le praticien, de ne pas perdre de vue ce symptôme qui peut toujours devenir une redoutable complication.

Mais comment la combattre efficacement? M. Géraudel a résolu ce problème d'une façon aussi simple que pratique, en réduisant le goudron, dont l'incontestable efficacité dans toutes les affections des voies aériennes ne fait doute pour personne, à un état de division moléculaire tel que la température normale de la bouche suffit à le faire passer à l'état gazeux. Ces gaz se mélangeant à l'air inspiré vont modifier les muqueuses malades.

Les pastilles Géraudel agissent uniquement par les vapeurs de goudron, qui sont ainsi portées directement jusque dans les plus petits ramuscules bronchiques. Elles ne contiennent du reste aucun autre agent médicamenteux : c'est ce qui les distingue nettement de la plupart des autres produits similaires, qui, pour produire un effet sédatif, contiennent en quantité plus ou moins considérable une substance narcotique quelconque, opium ou morphine. Aussi peuvent-elles être prises à toutes doses sans aucun inconvénient; elles ne produisent jamais aucun accident, même chez les enfants.

Ces pastilles agissent vite et bien. Elles donnent du repos aux malades et favorisent l'hématose en diminuant la fréquence des accès.

C'est un bon médicament dont les malades apprécient hautement la valeur, et qui tend chaque jour à se faire une plus large place dans la thérapeutique familière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 27 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

M. Gillette, secrétaire des séances, donne lecture du résumé des travaux de la Société pendant l'année 1885.

M. Chauvel lit une notice sur Depaul.

M. le secrétaire général fait connaître les noms des lauréats :

Prix Duval. — M. Philippon, pour sa thèse sur « Les résultats tardifs de la désarticulation du pied ».

Prix Laborie. — « Valeur thérapeutique de la résection des nerfs », M. Lagrange (de Bordeaux).

Prix Demarquay. — « Pathogénie des luxations pathologiques », MM. Forgues et Maubrac.

Prix Gerdy. — « Gangrène des membres », MM. Liégeois et Bouilhet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation de médecine. — La première épreuve définitive — leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation — s'est terminée hier soir 28 janvier 1886. Les dernières questions données ont été :

M. Grenier : De l'hyperthermie. — M. Simon : De la forme fruste de la sclérose en plaques. — M. Dubreuilh : L'hystérie locale. — M. Lannois : L'anorexie. — M. Moussous : De l'aphonie. — M. Parizot : Des rechutes dans les maladies. — M. Boinet : Formes et diagnostic de la paralysie générale. — M. de Beurmann : Diverses formes de l'épilepsie; insister sur le diagnostic.

La seconde épreuve définitive — épreuve clinique — commencera aujourd'hui, vendredi 29 janvier, à l'hôpital de la Charité.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le doyen de la Faculté a l'honneur d'informer MM. les professeurs et les agrégés chargés de cours et de travaux pratiques, que le scrutin pour l'élection des deux délégués au conseil général de Facultés, sera ouvert à midi et demi, au lieu de une heure, demain samedi, 30 janvier.

— Dans la grande enquête ouverte sur la question des divers baccalauréats, les Facultés de médecine ont adopté le vœu que la possession du baccalauréat ès lettres fût la condition préalable de l'inscription pour tout autre baccalauréat.

Ce qu'elles mettent de plus en lumière, c'est la nécessité de supprimer le baccalauréat restreint créé pour elles, mais qui ne leur offre pas de gages suffisants. Les Facultés de médecine demandent, à l'unanimité, qu'il soit institué un baccalauréat ès sciences physiques et naturelles dont le programme, préparé sous leur direction, leur soit une véritable garantie.

— Par arrêtés ministériels en date du 28 janvier 1886 :

1° Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille s'ouvrira, le 2 août 1886, devant ladite Faculté.

2° Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Caen s'ouvrira le 5 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

3° Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Caen s'ouvrira le 22 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Le Corney, médecin de la marine, qui faisait partie de la colonne de marche du haut fleuve (Sénégal), et qui a succombé à Paparah.

— M. le docteur R. Jamin, ancien interne des hôpitaux, vient d'ouvrir sa clinique des maladies des voies urinaires, 10, rue des Martyrs, et y continuera ses consultations et opérations gratuites, le lundi, le mercredi et le vendredi de huit heures et demie à dix heures du matin; le mardi et le vendredi, de six heures à sept heures du soir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18961.

N° 14. — MARDI 2 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 2 FÉVRIER 1886. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Le rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale et la goutte cérébrale (1).

TROUBLES INTELLECTUELS CHEZ LES RHUMATISANTS ET LES GOUTTEUX.

III

Le cas dont la relation précède est des plus instructifs, car nous y retrouvons réunis tous les traits qui caractérisent la folie rhumatismale : ces traits, je vais essayer de les préciser brièvement, et vous n'aurez pas de peine à les reconnaître chez les malades de M. Mesnet et de Griesinger.

M. Ball, qui a tracé dans ses leçons une description de la folie rhumatismale, attribue à cette affection six caractères distinctifs : 1° le délire est un délire dépressif, mélancolique ; 2° il s'accompagne d'hallucinations nombreuses qui portent plus spécialement sur la vue, mais qui peuvent également atteindre l'ouïe, le goût, l'odorat et le sens tactile ; 3° il aboutit à un affaiblissement des facultés intellectuelles toujours sensible et quelquefois permanent ; 4° il coïncide avec des mouvements choréiformes ; 5° il est suivi d'une cachexie souvent profonde qui s'empare des malades et peut les conduire à la mort ; 6° il coexiste fréquemment avec des maladies du cœur et du péricarde.

Ce dernier caractère n'a rien qui doive nous surprendre ; la folie rhumatismale survenant au cours ou à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il est tout naturel qu'elle coexiste avec les lésions du cœur, habituelles dans cette affection. Mais entre les unes et l'autre, il n'y a pas de rapport direct, sachez-le. Le troisième et le cinquième caractère sont moins constants qu'on l'a prétendu. Le quatrième est habituel, et j'y reviendrai dans un instant. Mais les deux caractères sur lesquels je dois surtout retenir votre attention, et qui spécifient en quelque sorte la forme du délire, c'est le premier et le second de ceux que M. Ball a mis en relief.

La folie rhumatismale est une folie dépressive, mélancolique, hallucinatoire. — Vous retrouvez tous ces caractères très accusés chez le malade de M. Mesnet et chez celui de Griesinger. Rappelez-vous l'indifférence, la tristesse, le sombre ennui du premier, l'apathie profonde, la noire mélancolie (*melancholia attonita*) de la seconde ; rappelez-vous les hallucinations terrifiantes que tous deux ont éprouvées : le premier se croyant dans un bain de feu, se voyant entouré de serpents ; l'autre s'imaginant qu'on a tué ses enfants. Ces conceptions délirantes, ces idées hallucinatoires tristes et effrayantes, vous allez les voir nettement accentuées dans le cas qui suit, dont j'emprunte la relation à M. Vaillard.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, engagé conditionnel, qui entrait à l'hôpital le 18 mars 1875. Du 18 mars au 1er avril, on assista au développement et à l'évolution d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endo-péricardite. Mais à partir du 4 avril, se manifestèrent des troubles psychiques, que M. Vaillard décrit comme il suit : « Le malade, qui avait jusqu'ici manifesté une certaine gaieté, un certain entrain même au milieu de ses souffrances, devient tout à coup sombre, rêveur, taciturne ; il parle peu, montre une figure chagrine, inquiète, pleure parfois, et, quand il parle, entretient ses camarades de ses appréhensions au sujet de sa famille, et cela sans raison, car il recevait fréquemment des lettres de sa sœur. Absence presque complète de douleurs articulaires. Le 5, le malade demande à partir pour aller voir son père, qu'il suppose mourant ; il parle moins qu'hier et pleure plus souvent. Le 6, il se renferme dans un mutisme dont il est très difficile de le faire sortir. Pressé de questions, il répond que son père l'a maudit, que sa famille est ruinée, qu'il ne peut plus vivre ; des voix parlent à son oreille, répétant la malédiction de son père ; il pleure à chaudes larmes, refuse tout traitement, toute nourriture, sous prétexte qu'il est inutile de prolonger une existence qui n'a plus de raison d'être. Le reste de la journée se passe dans un silence absolu ; les yeux sont fixes, immobiles, comme attachés sur des objets invisibles. Le 7, même obstination dans le silence ; cependant, il dit voir des bêtes féroces qui bondissent autour de son lit, prêtes à le dévorer ; il se sent destiné à une mort prochaine, car des êtres dont il ne peut définir la nature sont assis au pied de son lit, le menacent sans cesse, et lui soufflent, dit-il, la mort dans la tête ; puis il se sent mourir et refuse toute nourriture. A trois heures, il se dit mort, se lamente parce qu'il a trépassé si jeune et maudit par son

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 81.

père. Il fait même appeler le médecin de garde pour constater son décès, et quand je lui montre la réalité de son existence, il me répond que je me moque assurément de lui puisqu'il est mort. A dix heures du soir, il fait appeler l'aumônier pour recevoir les derniers sacrements, et, quand le prêtre arrive, refuse de lui répondre, si ce n'est qu'il est arrivé trop tard, qu'il ne peut secourir un cadavre. » Ces troubles psychiques persistent, tout en s'atténuant, pendant assez longtemps. Le 21 avril, époque à laquelle le malade quitte l'hôpital pour aller dans sa famille, ils n'ont pas encore disparu. Mais à quelque temps de là, lors de la rentrée du malade au corps, l'intelligence était redevenue normale et la guérison complète.

Les détails fournis par le père du jeune soldat écartent, dit l'auteur de l'observation, toute supposition d'antécédents héréditaires et de prédisposition antérieure (1).

La folie rhumatismale marche vers la guérison dans le plus grand nombre des cas. C'est ainsi qu'elle s'est heureusement terminée dans les trois observations qui viennent d'être rapportées ici. Lorsque cette éventualité doit se produire, les symptômes s'amendent peu à peu, les hallucinations se dissipent et le retour à la santé se fait graduellement. Il peut être complet. D'autres fois, au contraire, la folie rhumatismale laisse à sa suite un affaiblissement plus ou moins profond de l'intelligence, qui confine, dans quelques cas, à la démence. — La mort, bien qu'elle soit ici exceptionnelle, contrairement à ce qui se passe dans les formes aiguë et suraiguë du rhumatisme cérébral, succède, lorsqu'elle a lieu, aux progrès de la cachexie. — La folie rhumatismale dure de quelques semaines à plusieurs mois.

Avant d'en finir avec l'étude de cette variété si intéressante d'aliénation, je dois agiter quelques questions de doctrine que vous vous êtes peut-être posées vous-mêmes en entendant la relation des observations. La folie rhumatismale est-elle bien une forme spécialedela folie, étroitement subordonnée au rhumatisme et lui empruntant une physionomie propre? Ou bien ne s'agirait-il pas là simplement d'un délire mélancolique banal et vulgaire, survenant chez des prédisposés à l'occasion d'une attaque rhumatismale? La question, vous le voyez, se pose ici dans les mêmes termes où s'est posée, il y a quelque vingt ans, celle du rhumatisme blennorrhagique. Parmi les auteurs, en effet, les uns disaient : le rhumatisme qui survient chez les blennorrhagiques n'a pas de caractères spéciaux, c'est un rhumatisme vulgaire; et la blennorrhagie intervient à titre de simple cause occasionnelle, comme pourrait le faire un coup de froid par exemple; les autres, au contraire, affirmaient la spécificité du rhumatisme blennorrhagique et en faisaient une entité morbide distincte à la fois par ses causes et ses caractères cliniques de la fièvre rhumatismale. Si l'avenir et les progrès de la pathologie ont donné en grande partie raison à ces derniers, il semble d'autre part que les médecins partisans de l'opinion adverse n'avaient pas tout à fait tort. Si je ne m'abuse, en effet, on est à peu près d'accord pour admettre, d'une part, qu'il y a un rhumatisme blennorrhagique spécifié par son étiologie et sa symptomatologie; d'autre part, que la chaudepisse peut réveiller, chez des gens en puissance de la maladie, le rhumatisme vulgaire. Eh bien! vous allez le voir, la solution éclectique est la vraie (je le crois, du moins) en matière de folie rhumatismale, comme de rhumatisme blennorrhagique.

On a sans doute à invoquer de bons arguments pour soutenir que le délire mélancolique des rhumatisants est un délire banal, qui a simplement réveillé l'attaque de fièvre rhumatismale. On a même, je l'avoue, quelque peine à se défendre d'adopter cette opinion lorsqu'on voit, comme dans le cas de Griesinger, l'affection se déclarer chez une malade qui, antérieurement, a présenté les accidents de la manie puerpérale, ou lorsqu'on parcourt des observations comme celle qu'a rapportée M. Ball d'une femme qui, « après une première attaque de manie rhumatismale, présentait tous les ans, vers la même époque, un nouvel accès de folie, *sans qu'il fût possible d'incriminer directement le rhumatisme.* »

Ces faits et les analogues prouvent que la prédisposition nerveuse n'est pas un élément indifférent à l'étiologie de la folie rhumatismale, ce que nous savions déjà. Mais ils ne prouvent guère que cela. Car lorsqu'on voit dans un nombre de cas, assez grand déjà pour éloigner l'idée d'une pure coïncidence, apparaître, au cours du rhumatisme, des accidents délirants, qui toujours revêtent le même caractère, il est bien difficile de ne pas admettre que le rhumatisme intervient directement pour donner naissance à ces accidents, ou tout au moins pour leur imprimer une physionomie spéciale.

N'oubliez pas, d'ailleurs, que tous les individus chez lesquels on a vu se déclarer la forme chronique de l'encéphalopathie rhumatismale n'étaient point des héréditaires. « C'est en vain, dit M. Mesnet, à propos de son malade, que, pour nous rendre compte de l'origine des troubles cérébraux, nous chercherions quelque disposition héréditaire : les renseignements pris à ce sujet ne laissent aucun doute, et la santé antérieure a toujours été bonne, l'intelligence développée, le caractère égal et facile. »

Songez enfin à ce caractère sur lequel on a insisté, et qui, dans l'espèce, a une importance de premier ordre, je veux parler de la coïncidence habituelle des mouvements choréiformes avec la folie rhumatismale, et vous trouverez là un nouvel et puissant argument en faveur de l'intervention directe du rhumatisme dans la genèse des accidents. Depuis longtemps, en effet, l'étroite relation qui subordonne la chorée au rhumatisme a eté bien établie (G. Sée, Roger, etc.), et récemment on pouvait soutenir cette idée que la chorée représente la forme symptomatique du rhumatisme cérébral chez les enfants (1). Or c'est par des transitions naturelles et insensibles que de la chorée rhumatismale des enfants nous arrivons à la folie rhumatismale des adultes. Ici les mouvements automatiques sont légers, atténués, inconstants; là ils constituent, au contraire, les traits saillants du tableau clinique. C'est le contraire pour les phénomènes délirants. Ils accaparent la scène chez l'adulte; mais, pour être effacés, ils sont déjà en germe chez l'enfant.

Rappelez-vous en effet les recherches de Marcé (2) sur l'état mental des choréiques. Cet auteur a établi, vous le savez, que la chorée s'accompagne communément d'hallucinations, de troubles cérébraux divers, et les observations

(1) Vaillard, *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (janvier-février 1876).

(1) Hannequin, *De la chorée rhumatismale, considérée comme une variété de rhumatisme cérébral.* Th. de Paris, 1883.

(2) Marcé, De l'état mental dans la chorée (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1860).

de Bergeron, de Thore (1), de bien d'autres, n'ont fait que confirmer la réalité du fait. Ces désordres psychiques constituent en quelque sorte le chaînon qui relie le rhumatisme cérébral chronique infantile au rhumatisme cérébral chronique de l'adulte. C'est là ce qu'avait merveilleusement entrevu Marcé lorsqu'il écrivait : « Quand on pense aux connexions intimes de la chorée et du rhumatisme, et aux accidents cérébraux qui compliquent ce dernier, on se demande si le délire ne peut pas être considéré comme une manifestation de la diathèse rhumatismale. »

Le délire! Marcé entend évidemment le délire vésanique. Eh bien! je crois qu'en effet nous sommes en droit d'admettre, avec M. Mesnet, avec Griesinger et les autres auteurs, un délire subaigu ou chronique d'origine rhumatismale.

Je préciserai ma pensée en disant : La folie rhumatismale est une réalité. Elle est préparée souvent, peut-être le plus souvent, par une prédisposition innée ou acquise que le rhumatisme met simplement en jeu. Mais qu'il crée de toutes pièces les troubles cérébraux ou qu'il favorise simplement et hâte leur éclosion, il leur imprime à coup sûr une physionomie spéciale et à certains égards caractéristique.

La légitimité de ces conclusions ressort pour vous suffisamment, je pense, des développements et des considérations dans lesquels je suis entré.

(1) Thore, De la chorée dans ses rapports avec l'aliénation mentale (*Ann. méd.-psyc.*, 1865).

DE QUELQUES APPLICATIONS DE LA COCAINE.

Par M. le docteur Ch. Abadie.

Tout le monde connait aujourd'hui les merveilleuses propriétés de la cocaïne appliquée sur les muqueuses, en général.

L'ophthalmologie est certainement de toutes les spécialités celle qui a le plus largement bénéficié de la grande découverte de Koller.

Actuellement, de même qu'on ne saurait se passer du chloroforme pour une grande opération, on ne saurait s'abstenir de l'emploi de la cocaïne pour extraire une cataracte ou pratiquer une iridectomie.

Mais jusqu'ici, à mon avis, on n'a peut-être pas encore tiré tout le parti possible des propriétés anesthésiantes si remarquables de cette substance.

Pourtant à la séance du 11 novembre 1885, à la Société de chirurgie, M. le professeur Trélat signalait à l'attention de ses collègues une observation de M. Gendron qui, grâce à l'emploi combiné de la morphine et de la cocaïne, avait pu enlever sans douleur une tumeur du sein.

Il est digne de remarque, en effet, que la cocaïne et la morphine semblent accumuler leurs effets thérapeutiques; néanmoins, localement, la morphine n'agit pas tout à fait de la même façon que la cocaïne.

La morphine calme surtout la douleur. Ses propriétés sont plutôt analgésiantes qu'anesthésiantes; il n'en est plus de même de la cocaïne. Celle-ci, peu efficace au contraire pour calmer une douleur déjà existante, possède par contre la propriété remarquable d'anesthésier les tissus sains ou tout au moins les tissus non enflammés.

Par conséquent quand il s'agit non d'atténuer, mais de prévenir la douleur, elle est bien préférable à la morphine. Elle a en outre une supériorité incontestable sur cette dernière, c'est que, même à dose plus élevée, elle ne provoque pas de troubles cérébraux comme la morphine. C'est tout au plus si, quelquefois, elle donne lieu à quelques légers vertiges très passagers.

Depuis quelque temps la cocaïne m'a rendu de signalés services pour les opérations pratiquées sur les paupières, en particulier pour combattre l'entropion et le trichiasis.

Pour remédier à ces difformités des paupières, parfois si compromettantes pour l'intégrité de la cornée, nous avons de nombreux procédés opératoires, parmi lesquels se place en première ligne la transplantation du bord ciliaire (procédé Jœsche-Arlt). Mais ces opérations sanglantes ont l'inconvénient d'être toujours d'une exécution délicate et douloureuses au point de réclamer l'emploi du chloroforme.

Dans ces derniers temps, M. Trousseau a eu le mérite de montrer qu'on pouvait leur substituer avec avantage l'emploi du thermo-cautère.

En pratiquant avec cet instrument une cautérisation plus ou moins étendue et plus ou moins profonde, on est en mesure de redresser soit partiellement, soit dans sa totalité, le cartilage tarse, et de combattre ainsi le renversement des cils et les complications cornéennes qui en sont la conséquence.

M. Trousseau a eu parfaitement raison de remettre en honneur ce mode de traitement, connu il est vrai depuis très longtemps, mais à juste titre tombé dans l'oubli, en raison de la grossièreté des anciens instruments et des difficultés de leur maniement quand ils étaient rougis au feu. Mais aujourd'hui, avec l'admirable instrument de Paquelin, on peut régler la destruction des tissus avec une précision presque mathématique, et il y a lieu de s'en servir pour les opérations délicates.

Malheureusement, la cautérisation des paupières avec le fer rouge provoque une douleur extrêmement vive. Malgré lui, le malade, s'il n'est pas chloroformé, bouge, se débat, et rend très difficile l'application exacte du cautère.

Pour obvier à ces inconvénients, j'ai songé à utiliser les propriétés anesthésiantes de la cocaïne.

Je pratique une injection sous la peau de la paupière avec 10 gouttes d'une solution de 2 p. 100, par conséquent environ 1 centigramme de cocaïne ; le tissu cellulaire sous-cutané se laisse facilement distendre, et en malaxant légèrement la paupière, tout le liquide s'étale facilement dans cette couche celluleuse.

Au bout de dix minutes à un quart d'heure environ, l'anesthésie est généralement suffisante pour permettre de commencer l'opération.

La première application superficielle du thermo-cautère, si douloureuse d'ordinaire, est très facilement supportée. Dès que le cautère a dépassé les limites de la peau, le tissu cellulaire apparaît imprégné de liquide, infiltré, œdémateux, mais cela ne saurait apporter quelque obstacle à la continuation de l'opération. Selon l'effet à obtenir, la cautérisation devra être plus ou moins profonde.

S'il ne s'agit que de raccourcir et de faire rétracter la peau exubérante et relâchée, le thermo-cautère ne devra atteindre que les couches superficielles. Si, au contraire, le cartilage tarse est épaissi et fortement incurvé, il faut que l'instrument l'entame dans une certaine partie de son épaisseur.

J'ai pratiqué souvent cette opération, et aussi bien pour la paupière supérieure que pour l'inférieure, je n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de la cocaïne.

Chez les personnes pusillanimes, l'injection sous-cutanée de quelques gouttes d'une solution de cette même substance peut atténuer la douleur parfois assez vive que provoque l'ablation d'un chalazion.

Enfin, dans les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure, fort employées aujourd'hui en thérapeutique oculaire, l'adjonction de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 p. 100 atténue singulièrement la douleur et fait accepter beaucoup plus facilement ce traitement aux malades.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS

Le classement et la répartition des chefs de service et des élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1886 :

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique : M. Capitan ; interne : M. Pignol ; externes : MM. Macquart, Longo, Colin (Henri), Fournier (Frédéric), Cherbulier, Soutakis, Duclos, Souza-Leite et Caryaphillis.

Médecin : M. Mesnet ; interne : M. Camescasse ; externes : MM. Martin (Émile), Flachon, Roques, Prevot et Breteau.

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Jocqs ; externes : MM. Vothronto, Iman, Gottschalk, Moralès et Braumann.

Médecin : M. Empis ; interne : M. Panné ; externes : MM. Vrain, Barthomeuf, Besson, Conchon et Blanc.

Médecin : M. Gallard ; interne : M. Secheyron ; externes : MM. Pailhas, Lepage, Ansaloni, Dusser, Mme Sollier et M. Wallieh.

Médecin : M. Bucquoy ; interne : M. Marfan ; externes : MM. Noël, Macon, Aubry, Dauriac et Chibrac.

Chirurgien : M. le professeur Richet ; chef de clinique : M. Picqué ; internes : MM. Butruille, Lion et Coffin ; externes : MM. Ménard, Demetriade, Gache, Laporte, Amarescu, Jamet, Bernard, Duma et Chesseret.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. de La Personne ; internes : MM. Valat, Villemin, Festal ; externes : MM. Bobinet, Maerle, Kocher, Greiner, Larroussinie et Frœhliger.

Chirurgien : M. Tillaux ; internes : MM. Regnauld et Guillet ; externes : MM. Cuvillier, Taurin, Beaumé, Legrand (Maximin) et Perez.

Hôtel-Dieu annexe. — Médecin : M. Cornil ; interne provisoire : M. Hautecœur.

Médecin : M. Merklen ; interne provisoire : M. Thouvenet.

Médecin : M. Letulle ; interne provisoire : M. Despaigne.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. Netter ; interne : M. Menétrier ; externes : MM. Reynal, Chopard (Jules), Mouret, Lavergne (Jean), Vivant et Arron.

Médecin : M. Dumontpallier ; interne : M. Semelaigne ; externes : MM. Turbure, Hauser, Lavocat, Leblond, Andrerey et Tollemer.

Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Richardière ; externes : MM. Michel (Denis), Louis, Dupré (Edmond), Vilpelle, Pouillot et Lasserre.

Médecin : M. Audhoui ; interne : M. Martha ; externes : MM. Duplaix, Godivier, Sorel et Perruchet.

Médecin : M. Lancereaux ; interne : M. Besançon ; externes : MM. Chevalet, Lamotte, Desmoulins, Clare Saint-Alais, Bonifas et Bureau.

Médecin : M. Cornil ; interne : M. Toupet ; externes : MM. Achalme ; Hamon (Louis), Chevalier (Paul), Pujals y Torruella et Mussy.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil ; chef de clinique : M. Verchère ; internes : MM. Demoulin, Boiffin et Demars ; externes : MM. Tostivint, Meyville, Christoyamakis, Albesco, Martin (Louis), Ritel, Florand et Artus.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Récamier, Dumoret et Bureau ; externes : MM. Basset, Vinson, Bozérian, Renault (Jules), Martin (Paul) et Cornet.

Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Brunon ; externes : MM. Moreau (Paul) et Collin.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Hardy ; chef de clinique : M. Siredey ; interne : M. Hischmann ; externes : MM. Leriche, Caubet, Maurel (Adrien) et Champeil.

Médecin : M. Peter ; interne : M. Martin de Gimard ; externes : MM. Dubrisay, Leroy de Langevinière, Haralambie (Demitry) et Appert.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Belin ; externes : MM. Calbet, Béchet, Comet et Aujay de La Dure.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Gioux ; externes : MM. Audiat, Persillard, Grenet et Defaucamberge.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Grattery ; externes : MM. Audain, Méloir, Leconte (Marcel), Mlle Edwards, MM. Debayle et Lafourcade.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Delaine ; externes : MM. Dortel, Mory, Fournaux et Haralambie (Michel).

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. Marchant ; internes : MM. Gomet, Pozzi et Vignard ; externes : MM. Racoviceano, Poivet, Mary, Barrié, Cantin et Boulloche.

Chirurgien : M. Després ; internes : MM. Lefèvre et Graverry ; externes : MM. Hugues, Vaugrante, Alcindor et Meugy.

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Lancry ; externes : MM. Muller (Émile) et Roche.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Troisier ; interne : M. Guinon ; externes : MM. Bouchinet, Pactet, Le Meignen et Arrivot.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Lavié ; externes : MM. Duval, Hervot, Pessez, Robert et Gérard.

Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Démelin ; externes : MM. Laumet, Muller (Paul), Le Fauve et Auclert.

Médecin : M. Hayem ; interne : M. Lesage ; externes : MM. Bonnecaze, Thiercelin, Enriquez et Weinstein.

Médecin : M. Raymond ; interne : M. Florand ; externes : MM. Canniot, Wirbel, d'Aurelles de Paladines, Lautier et Armand (Léon).

Médecin : M. Hutinel ; interne : M. Jeanselme ; externes : MM. Brée, Blin, Maret et Daguillon.

Médecin : M. Dieulafoy ; interne : M. Carlier ; externes : MM. Philippe, Zaldivier, Dunac, Morau (Henry) et de Vernejoul.

Chirurgien : M. Gilette ; internes : MM. Legrand, Maurin, Laskine ; externes : MM. Lesur, Doucet, Lacavalerie, Goupil, Renaud et Joliot.

Chirurgien : M. Marchand ; internes : MM. Courbarien, Parmentier et Regnault ; externes : MM. Boucher (Arthur), Millard, Breton, Dupasquier, Pineau et Malapert.

Service des varioleux. — Interne provisoire : M. Lefebvre.

Hôpital Necker. — M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Petit ; interne : M. Lepage ; externes : MM. Passant, Brésard, Petit, Morel et Piole.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Gilly ; externes : MM. Doret, Bouel, de Senneville et Masson.

Médecin : M. Rigal ; interne : M. Mérigot de Treigny ; externes : MM. Broussain, Pottier, Lelièvre, Poulalion et Rogues de Fursac.

Médecin : M. Blachez ; interne : M. Baudouin ; externes : Bonvalot, Dehu, Bonneau, Benoît (Ambroise) et Millet.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort ; chef de clinique : M. Ménard ; internes : MM. Lejars, Villar et Le Roy ; externes : MM. Chantre, Mordret, Arbel, Duchaine, Bardol et Rességuet.

Chirurgien : M. Guyon ; internes : MM. Clado, Nourric et Potherat ; externes : MM. Defrance, Gordon, Marx, Dufournier, Mariage et Delaunay.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Bouygues ; externes : MM. Guertin, Rivalier, Robiniau et Paillotte.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Dubief et Jeanton ; externes : MM. Cabaret, Chaumont, Gaston, Belin, Delplanque, Foucher, Tuilant et Mlle Chopin.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Leriche, Valette et Chrétien ; externes : MM. Repin, Dariex, d'Honan de Villiers, Tev-Zacharian, Athanassio, Parosot et Gisclard.

Chirurgien : M. Bouilly ; interne : M. Roulland ; externe : M. Ribet.

Service provisoire. — Médecin : M. Gombault ; interne provisoire : M. Dagron.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Barbier ; externes : MM. Malherbe, Bussat, Blaise et Willemin.

Médecin : M. Guyot; interne : M. Girode; externes : MM. de Saint-Germain, Brossard, Gampert, Guyon et Michel (Charles).

Médecin : M. Gombault; interne : M. Godet; externes : MM. Peltier, Schrœder (Émile), Charrier et Araujo.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Derville; externes : MM. Blond, Bouffe, Marquezy et Vinant.

Chirurgien : M. Cruveilhier; internes : MM. Mouls, Cazals et Wickham; externes : MM. Barlier, Camescasse, Cartier, Martin (Jean), Vercoustre et Pouloux.

Chirurgien : M. Labbé (Léon); internes : MM. Brainé, Peraire et Planchart; externes : MM. Kaplan, Leonardi, Adler, Frey, Hellot, Salle, Faure-Miller et Salmeron.

Accoucheur : M. Ribemont; interne : M. Chartier; externes : MM. de La Walle et Nodot.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Siredey; interne : M. Potocki; externes : MM. Renault, Delagenière (Paul), Vialet, Laurent-Préfontaine et Neiret.

Médecin : M. Proust; internes : MM. Budor et Lutet-Barbon; externes : MM. Zipfel, Billoir, Thirion, Pognon, Homolle et Mallet.

Médecin : M. Constantin Paul; interne : M. Crivelli; externes : MM. Piot, Pottiez, Vauthrin et Delerse.

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Gilbert; externes : MM. Macaigne, Lancelin, Vigneron et Boix.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Varnier; externes : MM. Guérard, Cœur, Matton et Vimont.

Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Léonard; externes : MM. Baret, de Saint-Quentin, Héan, Ribierre et Rancurel.

Chirurgien : M. Duplay; internes : MM. Hartmann et Ballue; externes : MM. Redpremier, Morlat, Mlle Bielsoussoff, MM. Javillard et Decressac.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Dutil et Témoin; externes : MM. Digoy, Picol, Carpentier, Moussaud et Levêque.

Chirurgien : M. Périer; internes : MM. Vaquez et Barraud; externes : Mlle Wilbouschewitch, MM. Gilis, Thomas, Lamiot et Ettlinger.

Chirurgien (maladies des yeux) : M. Delens; internes : MM. Pinel-Maisonneuve et Cousin; externes : MM. Loppe, Gaume et Chopard (Léopold).

Accoucheur : M. Pinard; interne : M. Crespin; externes : MM. Chauveau (René) et Dentu.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Landouzy; interne : M. Roger; externes : MM. Mangin, Lacombe, Leseur, Zaguelmann, Daurios et Lesieur.

Médecin : M. Straus; interne : M. Blocq; externes : MM. Michaut, Simon, Durand, Helary et Montillier.

Médecin : M. Lacombe; interne : M. Leflaive; externes : MM. Soudée, Barrault, Laurent (Émile), Baillet et Guillot.

Médecin : M. Danlos; interne : M. Gillet; externes : MM. Imbert, Godet, Dupont (Alexandre), Dupont (Jules), Fournier (Camille) et Lorentz.

Médecin : M. Cuffer; interne : M. Barbillion; externes : MM. Dudefoy, Bouton, Bertazzi, Mercier et Allot.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Widal; externes : MM. Dufour (Albert), Magé, Critzmann et Veslin.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Lauth; externes : MM. Luzet, Letienne, Coutray de Pradel, Delaborde et Abrial.

Médecin : M. Moutard-Martin (Robert); interne : M. Leudet; externes : MM. Pescher, de Eichstorff, Breitmann, Allix, Callet et Teulière.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Drouet, Jondeau et Legry; externes : MM. Gilles, Gilbert, Sérieux, Casabianca, Degail et Bruant.

Chirurgien : M. Berger; internes : MM. Champeil, Vignalou et Dautigny; externes : MM. Lacoste, Chauveau (Eugène), Besnard, Lefebvre (Achille), Couty et Gauvry.

Accoucheur : M. Bar; interne : M. Lavaur; externes : MM. Clarot et de Burine.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball; interne : M. Courtade; externes : MM. Dubost, Giraud, Dauvergne, D'Hotel et Narodetzki.

Médecin : M. Ferrand; interne, M. Wurtz; externes : MM. Niclot, Luyt, Lebon, Permelle et Dufour (Williams).

Médecin : M. Damaschino; interne : M. Despréaux; externes : MM. Fréal, Provendier, Bosselut, Sainton, Gauly et Thérèse.

Médecin : M. Legroux; interne : M. Duchon-Doris; externes : MM. Joubert, Legrand (Paul), Furet, Rénon et Faure.

Chirurgien : M. Nicaise; internes : MM. Delbet et Dubarry; interne provisoire : M. Pallier; externes : MM. Sauvineau, Noguez, Malaingre, Lamare, Mercier et Richerolle.

Service provisoire. — Médecin : M. Chauffard; internes provisoires : MM. Mathieu-Sicaud et Lenoir.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard; interne : M. Weber; externes : MM. Archambault, Tournier, Pernel, Gavilan et Fourrier.

Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Tissier; externes : MM. Dupont (Désiré), Lambert, Andoque, Danjon et Sourdrille.

Chirurgien : M. Terrier; internes : MM. Bonnet et Renault; externes : MM. Decamps, Hamon (Émile), Aviragnet, Richer, Reinbold et Winocouroff.

Hôpital Andral (*Tournelles*). — Médecin : M. Debove; internes : MM. Achard et Vilcocq; externes : MM. Potel, Dulac, Aldibert, Rousseau, Glover et Bataille (Denis).

Hôpital Broussais (*Mariniers*). — Médecin : M. Talamon; interne provisoire : M. de Grandmaison.

Médecin : M. Barié; interne provisoire : M. Roussau.

Chirurgien : M. Reclus; internes provisoires : MM. Macry et Gommier.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Bruchet; interne : M. Vallin; externes : MM. Nivet, Meneault, de La Nièce et Riocreux.

Médecin : M. Lailler; interne : M. Engelbach; externes : MM. Apard, Gaudard, Veillon et Pannetier (Louis).

Médecin : M. Quinquaud; interne : M. Moulonguet; externes : MM. Duchaussoy, Payrau, Merlin et Moity.

Médecin : M. Vidal; interne : M. Raymond; externes : MM. Bouquet, Poirier, Szczypiorski et Rendon.

Médecin : M. Besnier; interne : M. Jacquet; externes : MM. Cocu, Genesteix, Marty et Dutremblay.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Schachmann; externes : MM. Guitton, Meusnier, Lucas et Stcherbatschoff.

Chirurgien : M. Péan; internes : MM. Chardon, Léonardon-Lapervenche et Jouliard; externes : MM. Guyard (Camille), Favardin, Chamorro, Dumont (Louis), Marot et Maurel (René).

Chirurgien : M. Le Dentu; internes : MM. Sebileau, Lyot et Pichevin; externes : MM. Bourdillon, Richard, Dumont (François), Fauvel (Eugène), Copin et Thibault (Hyacinthe).

Accoucheur : M. Porak; interne : M. Jaille; externes : MM. Dutard et Morin.

Service des varioleux. — Médecin : M. Comby; interne provisoire : M. Dupré.

Services provisoires. — Médecin : M. Oulmont; interne provisoire : M. Boulay.

Chirurgien : M. Reynier; internes provisoires : MM. Reblaud et Sardou.

Hôpital du Midi. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Janet; externes : MM. Marage, Jacob et Doger-Spéville.

Médecin : M. Du Castel; interne : M. Gautier; externe : M. Fontan.

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Thiery; externes : MM. Salmon et Petit (Jean-Baptiste).

Hôpital Lourcine. — Médecin : M. Martineau; interne : M. Deroche; externes : MM. Lefevre (Eugène), Targowla et Leguy.

Médecin : M. Balzer; interne : M. Grandhomme; externes : MM. Cozmovici, Pannetier (Pierre) et Pellissier.

Chirurgien : M. Pozzi; interne : M. de Tornery; interne provisoire : M. Pfender; externes : MM. Cantille, Perchaux et Jaworowski.

Hospice des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Variot; interne : M. Albarran; externes : MM. Gibotteau, Benoît (Eugène), Parelle, Dufestel et Auscher.

Médecin : M. Ollivier; interne : M. Roland; externes : MM. Dimitropolu, Barthelemy, Ménard et Dacquet.

Médecin : M. Labric; interne : M. Hontang; externes : M. Pigelet, Mlle Lewine, M. Chamozzi.

Médecin : M. Jules Simon; interne : M. Gaume; externes : MM. Rojas, Boucher, Menne, Falcoz et Ythier.

Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Plicque; externes : MM. Duprat, Dardel, Oulié et Mlle Kirszenstein.

Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Broussolle et Didier; externes : MM. Lauth, Thérémin, Handjean, Petit (Henri) et Foureur.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Triboulet; interne : M. Hillemand; externes : MM. Loysel de La Billardière, André, Delabrosse et Schmitt.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt; interne : M. Laffitte; externes : MM. Gaignard, Ritzo, Loriot et Bataillard.

Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Polguère; externes : MM. Gand, Courbet, Huguenin et Bègue.

Chirurgien : M. Lannelongue; internes : MM. Hallé et Monprofit; externes : MM. Christen, Sarran, Delobel, Besins, Rosenthal, Guillemain, Orrillard et Destrez.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Bouttier.

Chirurgien : M. Tarnier; chirurgien adjoint : M. Bouilly; interne : M. Berthod.

Hôpital de la Clinique d'accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Pajot; chef de clinique : M. Loviot; externes : MM. Vignerot, Cohin, Maison, Lecomte (Paul) et Joanny.

Maison municipale de Santé. — Médecin : M. Labbé (Edmond); interne : M. Foubert; externes : MM. Encausse, Chapdelaine et Mandraux.

Médecin : M. Lecorché; interne : M. Cahn; externes : MM. Leymarié, Lasne et Gasselin.

Chirurgien : M. Marc Sée; internes : MM. Baudouin (Marcelin) et Mantel; externes : MM. Poussard, Vinaver et Mosès.

Chirurgien : M. Horteloup; internes : MM. Delagenière et Bruhl; externes : MM. Pécharnau, Bourgogne et Mouton.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Moizard; interne : M. Hudelo; interne provisoire : M. Bourges.

Médecin : M. Jules Voisin; interne : M. Caussade; interne provisoire : M. de Lostalot-Bachoué.

Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Conzette et Isch-Wall; internes provisoires : MM. Pilliet et Baumgarten.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Springer; interne provisoire : M. Mosny.

Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Prioleau et Jonesco; interne provisoire : M. Gauthier (Jean).

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Charcot; chef de clinique : M. Babinski; interne : M. Berbez (Paul); externes : MM. Berbez (Henri), Rieder, Civel, Estrada, Souquez, Mlle Iraclidy, MM. Bergé et Henri.

Médecin : M. Joffroy; interne : M. Klippel; externes : MM. Barbarat, Bourgarel, Grumberg, Garrigue, Trékaki et Larger.

Médecin : M. Auguste Voisin; interne : M. Huet; externes : MM. Legros et Bréda.

Médecin : M. Legrand du Saulle; interne : M. Chaslin; externe : M. Artault.

Médecin : M. Falret; interne : M. Rollin; externe : M. Gresset.

Chirurgien : M. Terrillon; interne : M. Jacquinot; externes : MM. Urlatiana, Buscarlet, Puech et Coffin.

Hospice des Incurables. — Médecin : M. Roques; interne provisoire : M. Garnier; externe : M. Lafosse.

Chirurgien : M. Monod; interne : M. Bouisson; externe : M. Labat de Lambert.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Sevestre; internes : MM. Mery et Guinion (Louis); interne provisoire : M. Bellanger; externe : M. Guzard.

Chirurgien : M. Guéniot; interne : M. Cayla; externe : M. Aubert (Théophile).

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Robin; interne : M. Nicolle; interne provisoire : M. Mauny.

Maisons de Sainte-Périne et Chardon-Lagache. — Médecin : M. Gingeot; internes : MM. de Fleury et Lyon (Raphaël).

Maison de Retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Liouville; suppléant : M. Brissaud; externe : M. Humblot.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

26. M. Delahaye. Du col de l'utérus à la fin de la grossesse. — 27. M. Cassine. Du sarcocèle syphilitique à début inflammatoire et douloureux. — 28. M. Bregeat. Contribution à l'étude des gommes du pénis. — 29. M. Lamoureux. Des appareils dans l'anesthésie chirurgicale. — 30. M. Filloux. Des ulcérations de l'amygdale. — 31. M. Desfosses. Étude médico-légale sur les blessures par revolver. — 32. M. Hermantier. Tuberculose de la voûte palatine. — 33. M. Broca. Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux (eczéma, syphilis, ecthyma). — 34. M. Monnier. Introduction à l'étude de la coxalgie. Quelques points de physiologie chirurgicale du membre inférieur. — 35. M. Legal-cher-Baron. Des manifestations de la goutte sur les organes génitaux. — 36. M. Omont. Excursion aux eaux minérales du Caucase. — 37. M. Deschamps (Eugène). De la péritonite périhépatique enkystée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 janvier 1886, M. le docteur Le Jollec, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 31 janvier 1886, M. le docteur Paul Bert, député, membre de l'Institut, est envoyé en mission temporaire en Annam et au Tonkin, pour exercer les fonctions de Résident général.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1884-1885 :

Médecine. — Première année. — Prix : M. Durand; mentions honorables : MM. Lacaze et Lespinasse. — Deuxième année. — Prix : M. Kuzmierski. — Troisième année. — Prix : M. Vincent; mention honorable : M. Viéron. — Quatrième année. — Prix non décerné.

Prix du Conseil général : M. Rabaine.

Prix Godard. — Prix des docteurs stagiaires : M. Princeteau; médaille d'or : M. Bernard; médailles d'argent : MM. Phélippot et Chassériaud; médailles de bronze : MM. Denigès, Moussous, Salvat, Lantier, Dufourcq et Loumeau.

Prix Gintrac : M. Bergonié.

Pharmacie. — Première année. — Prix : M. Beille; mention honorable : M. Tourneau. — Deuxième année. — Prix : M. Roux;

mention honorable : M. Deveaux. — Troisième année. — Prix : M. Brunelière; mentions honorables : MM. Parant et Bouchet.

Prix du Conseil général : M. Brunelière ; mention honorable : M. Bouchet.

Prix Barbet : M. Brunelière.

Prix des travaux pratiques.—Première année. — Prix : M. Tourneau ; mention honorable : M. Passerieux. — Deuxième année. — Prix : M. Roux ; mention honorable : M. Chateteau. — Troisième année. — Prix : M. Bouchet ; mentions honorables : MM. Parant et Lasserre.

— M. le docteur Brard est nommé médecin du lycée de La Rochelle, en remplacement de M. le docteur Pros, décédé.

— *Prix.* — Le lundi 10 janvier 1887, la Société médico-pratique de Paris décernera un prix de 600 francs à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de médecine, chirurgie ou obstétrique. Pour être admis au concours, les mémoires devront être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et une épigraphe reproduite en tête du manuscrit, et adressés *franco* au secrétaire général, M. le docteur Cyr, 21, rue Cambacérès, avant le 1er novembre 1886.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18973.

97

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium.................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la **Pommade** et les **Suppositoires** de Royer (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon f° à MM. les médecins. Ph^le^ A. Dupuy, suc^r^ de Royer, 225, r. St-Martin.

I7

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

416

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT
au **Convallaria Maïalis** (*muguet de mai*).

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Ph^ie^ Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et t^tes^ ph.

79

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boite : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

90

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

QUINA-LAROCHE PHOSPHATÉ

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition du système osseux et musculaire,* pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

77

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours. La boite de 20 cachets à 0,25 c^gr^. . . . *2 fr.* Ph^ien^ ✻, 2 *bis,* r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

6

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris.

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0,60**; *el par la poste,* **0,70**.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

5

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

VIN DE BELLINI (VIN DE PALERME AU

Quinquina et Colombo) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., rue Baudin, 23, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

72

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et ph^ies^. Exiger la signature.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : M. Margier, pharm. à Privas.

13

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boite, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

169

AFFECTIONS UTÉRNIES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

69

DYSPEPSIE, GASTRALGIE, ANÉMIE.

VIN ROBIN AU PEPTONATE DE FER

(*Un verre à liqueur par repas*).

Gros : Trouette-Perret, 165, r. St-Antoine, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans une de ces improvisations d'une merveilleuse facilité dont il a le secret, M. Peter est venu montrer la conformité de ses doctrines pathologiques, exprimées déjà dans maints passages de ses écrits, avec la doctrine que M. Gautier a présentée dans l'une des dernières séances comme la médecine de l'avenir. Ce que l'un nomme *autoinfection,* l'autre l'appelle *autotyphisation,* c'est la principale différence. Mais entre les deux, l'accord est parfait sur tout ce qui touche la manière dont l'homme vivant peut devenir la victime d'une intoxication dont il aurait fourni les éléments lui-même.

Il est probable que les solidistes, qui ne sont pas rares à l'Académie, vont faire une levée de boucliers à l'occasion de ce réveil de théories qu'ils avaient cru rejeter à jamais dans l'ombre du passé. Mais c'est surtout en médecine que les systèmes opposés montent puis descendent chacun à son tour, comme les plateaux d'une bascule.

M. Franck a lu un mémoire dans lequel il a démontré, en s'appuyant sur des expériences de vivisection très nombreuses, que l'on avait eu raison d'admettre, depuis fort longtemps, après les lésions des valvules sigmoïdes, lorsque l'équilibre se rétablissait, une hypertrophie compensatrice, nommée autrefois providentielle, du muscle cardiaque. Il croit aussi que cet accroissement des éléments musculaires du cœur tient à un surcroît de travail. Mais comme après l'irritation simple de la région sigmoïdienne de l'artère aorte, il a observé une excitation du cœur semblable à celle que provoque à la longue une rupture complète des valvules, il tend plutôt à attribuer l'hypertrophie compensatrice à quelque irritation de ce genre qu'au reflux du sang dans le cœur. Là est la question.

HOPITAL NECKER. — M. Léon Le Fort.

Rupture traumatique de l'urèthre, deux uréthrotomies externes successives; rétrécissement infranchissable de l'urèthre, rupture spontanée du canal, infiltration d'urine; troisième uréthrotomie.

Le malade que je viens d'examiner il y a quelques instants, salle Saint-Pierre n° 13, me donne l'occasion de vous montrer la conduite à tenir dans les ruptures traumatiques de l'urèthre et dans les ruptures spontanées de ce conduit, en arrière d'un rétrécissement, et d'examiner aussi les conséquences éloignées de l'uréthrotomie externe pratiquée dans ces circonstances.

Cet homme, âgé de quarante-neuf ans, assez vigoureux, d'une bonne santé habituelle, fut renversé par sa voiture. Il était dans le décubitus latéral droit lorsque le véhicule lui passa sur le bassin, un peu obliquement, de bas en haut, au niveau du grand trochanter gauche, et sur la base du thorax. Pris ainsi entre le poids de sa voiture et la résistance du sol, le bassin se fractura à droite, au niveau du pubis et du tiers supérieur de la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion. Il y eut un notable déplacement, car, aujourd'hui encore, on constate à droite une saillie très notable, formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur de la branche descendante du pubis. On comprend que le tiraillement exercé par le déplacement des fragments ait eu pour résultat une rupture de l'urèthre.

Le malade fut transporté et soigné à Charenton-Saint-Maurice; on essaya vainement le cathétérisme, et comme le malade ne pouvait pas uriner, on fit, avec l'aspirateur, trois ponctions de la vessie, le jour même et le lendemain. J'ignore pour quelle cause on ne renouvela pas la ponction; mais, après cinq à six jours, on constata l'existence d'une infiltration d'urine. Le chirurgien fit la boutonnière périnéale, mais il ne mit pas de sonde à demeure, et l'urine sortit par la plaie périnéale. Des abcès, dont nous voyons encore les traces sur le côté du scrotum et dans le pli génito-crural, furent la suite de l'infiltration urineuse. Ce n'est que plusieurs semaines après la boutonnière qu'on mit une sonde à demeure. Le malade ne la supportant que difficilement, on l'enleva six semaines après l'accident; l'urine sortait alors à la fois par la verge et par le périnée.

La quantité d'urine qui s'écoulait par la verge diminuant peu à peu, on voulut remettre la sonde et, comme on ne put y parvenir, on fit une nouvelle uréthrotomie externe au troisième mois. Cette fois on plaça une sonde à demeure; cependant, vers le septième mois du traitement, un jour qu'on voulut la réintroduire, on ne put y parvenir. Néanmoins, comme le jet d'urine était satisfaisant, le malade quitta l'hôpital. Il essaya en vain de se sonder avec une sonde n° 15; le jet de l'urine diminua peu à peu, et, la miction devenant difficile, le malade entra à Necker, le 15 du mois dernier.

A ce moment, nous constatâmes l'état suivant : pas d'ori-

fice fistuleux périnéal; cicatrice de l'opération régulière; impossibilité d'introduire une bougie, quelque petite qu'elle soit et quelle que soit la forme qu'on lui donne. Ces tentatives sont renouvelées infructueusement jusqu'au 20, c'est-dire pendant quatre jours. Le jet d'urine est petit, mais il ne paraît pas nécessiter d'efforts de la part du malade. Cependant, dans la nuit du 20 au 21, le malade, voulant uriner et faisant cette fois quelques efforts, éprouve tout à coup une douleur violente au périnée et dans l'hypogastre.

Le 21, à la visite, je constate que la vessie est distendue, mais qu'il y a de l'œdème de chaque côté de la ligne médiane du périnée et certainement une infiltration d'urine commençante, la coexistence d'un rétrécissement très serré ne laissant place à aucune hésitation.

Après avoir introduit une sonde jusqu'au rétrécissement, je fis une incision au périnée sur la ligne médiane, j'ouvris le canal sur l'extrémité de la sonde et, prolongeant la dissection en arrière, je cherchai le bout postérieur du canal. J'engageai le malade à uriner, et le jet d'urine me montra le point où existait le bout postérieur et vésical du canal. J'y engageai une sonde par la plaie périnéale, je réintroduisis par le méat un stylet boutonné qui ressortit par la plaie, je coupai en sifflet le bout libre de la sonde, j'y introduisis l'extrémité du stylet, je l'y fixai solidement par quelques tours faits avec un fil, de manière à effacer la saillie formée par l'épaisseur des parois de la sonde, puis, retirant le stylet, je fis passer d'arrière en avant, dans le canal, le bout antérieur de la sonde. J'avais ainsi placé une sonde aboutissant à la vessie, et je la laissai à demeure jusqu'au 28. Ce jour-là, de peur qu'elle ne s'incruste de sels calcaires, je la retire pour en substituer une autre; mais celle-ci, introduite par les voies ordinaires, c'est-à-dire par le méat, est arrêtée au niveau de la plaie périnéale. Comme cette plaie est encore ouverte, j'en profite pour l'introduire par là, d'abord dans le bout postérieur, puis, par le même artifice que le jour de l'opération, dans le bout antérieur.

Aujourd'hui, vingt jours plus tard, elle est encore en place; elle joue librement dans le canal et ne paraît pas incrustée. Tout s'est passé sans incidents, la plaie périnéale est presque cicatrisée, mais je laisserai la sonde en place le plus longtemps possible, afin que le nouveau canal se modèle bien sur elle et que je ne sois pas exposé, quand je voudrai la remplacer, à ne pas retrouver facilement le bout postérieur. C'est là un incident assez fréquent dans l'uréthrotomie externe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Chastaing et Petit qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. Baillet qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

3° Une lettre de M. le docteur Demons (de Bordeaux) qui sollicite le titre de correspondant;

4° Une lettre de M. le docteur Marquez, accompagnant l'envoi du discours prononcé par lui aux obsèques de M. Jules Guérin;

5° Une note de M. le docteur Poulet sur le *Principe acide du suc intestinal;*

6° La relation d'une épidémie de diphthérie observée dans la commune d'Herin (Landes), à la fin de l'année 1884 et au commencement de l'année 1885, par M. le docteur Laurens (de Magescq);

7° Un travail sur une *Bretelle hémostatique*, par M. le docteur Severt, médecin-major au 144e de ligne.

Les produits chimiques étrangers. — M. Léon Le Fort. Dans la dernière séance, il a été question de produits chimiques étrangers vendus sous des noms qui ne leur conviennent pas. Un de ces produits est celui qu'on nomme le bichlorure de méthyle, actuellement employé comme anesthésique et qui, comme l'ont montré MM. Gautier, Regnauld, etc., n'est autre chose que du chloroforme mêlé d'alcool méthylique. Il faut dire cependant qu'au point de vue du chirurgien, ce mélange a des avantages incontestables sur le chloroforme pur. Il donne bien moins souvent lieu à des vomissements et laisse après lui moins de malaises. Aussi les chirurgiens qui, à l'imitation de Spencer Wells, en font usage, le préfèrent-ils de beaucoup au chloroforme proprement dit.

M. Gautier. Ce n'en est pas moins une tromperie sur la nature de la marchandise vendue et une tromperie qui pourrait avoir des conséquences graves, car le vrai bichlorure de méthyle est un poison des plus violents.

RAPPORTS

M. Méhu, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans observations.

DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET AUTRES POISONS ORGANIQUES

M. Peter vient apporter l'appui de la médecine traditionnelle à cette médecine de l'avenir dont M. Armand Gautier a annoncé l'avènement.

Les découvertes de M. Gautier sont relatives à une série d'agents toxiques qui se forment normalement dans le corps humain, mort ou vivant, et qui, en s'y accumulant, sont susceptibles de produire une infection spontanée, nommée par M. Gautier *autoinfection.* Or, depuis longtemps déjà, la clinique a soupçonné cette autoinfection, sans en connaître les agents chimiques et, dans ses ouvrages, M. Peter a particulièrement insisté sur ce point.

On sait maintenant que ces poisons sont d'espèces diverses : les uns rentrant dans la série des alcaloïdes et provoquant, entre autres phénomènes, l'hypothermie; d'autres encore mal déterminés, généralement incristallisables, sans alcalinité et sans acidité, plus toxiques encore que les précédents, et provoquant, contrairement à ceux-là, une élévation plus ou moins marquée de température, une hyperthermie. Ceci peut servir à expliquer des anomalies qui jusqu'ici faisaient l'étonnement du praticien.

Quant à la manière dont ces poisons se produisent dans l'organisme, elle a été parfaitement décrite por M. Gautier, de manière à porter le coup le plus sérieux à la théorie des microbes. Le savant chimiste, qui s'est révélé comme un éminent physiologiste, a en effet montré que les cellules normales organisées en tissus vivants les engendraient incessamment par leur fonctionnement régulier. Il n'y a donc pas à supposer l'intervention d'êtres extérieurs pour expliquer leur apparition; ils sont le résultat forcé des phénomènes vitaux eux-mêmes : et l'on devait le prévoir, sachant que la vie comporte une série de morts partielles, que le renouvellement incessant des divers tissus exige la destruction parallèle incessante des matériaux ainsi remplacés. La santé, toujours relative, ne s'entretient dans les conditions désirables que si l'économie se débarrasse au fur à mesure et suffisamment de ces cadavres d'éléments organiques. Autrement, l'*autoinfection*, ou plutôt l'*autotyphisation* commence par l'accumulation de ces poisons cadavériques qui se font chez l'être vivant.

Pour que l'équilibre parfait soit conservé, il faut qu'ils ne se trouvent jamais qu'en quantité extrêmement faible dans le torrent circulatoire; il faut que tout ce que l'oxygène n'en détruit pas soit éliminé par les différents émonctoires. Que les organes par lesquels ont lieu les éliminations de ces alcaloïdes

et de ces matières extractives, les reins, le foie, etc., secrètent peu ou secrètent mal; que leur fonctionnement soit insuffisant pour compenser une production exagérée, et l'autotyphisation se fait sentir aussitôt. Elle peut se produire dans des circonstances diverses, qui constituent autant d'espèces nosologiques. Chez l'individu surmené, qui par une action exagérée de ses muscles a fait naître une quantité considérable de créatine, etc., les phénomènes d'intoxication peuvent être assez développés pour simuler une fièvre grave. M. Peter le prouve par l'exemple d'un homme qui entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Chomel, après avoir fait le voyage de Compiègne à Paris, à pied, et qui fut d'abord considéré par cet éminent clinicien comme étant sous le coup d'une fièvre typhoïde ou d'une variole commençante. Deux jours de repos suffirent pour éliminer les éléments toxiques accumulés en lui et il sortit, parfaitement guéri, de l'hôpital.

Le typhus des armées en marche est exactement de même nature, avec cette différence pourtant que le surmenage s'étant continué beaucoup plus longtemps, l'autoinfection a été plus forte, plus grave, plus durable. Peu importe, du reste, que cette infection vienne soit du dedans, soit du dehors.

Dans les salles d'hôpitaux, dans les casernes encombrées, quand déjà le typhus existe, les poisons qui en sont la base imprègnent l'air et vont de l'un à l'autre, sans qu'il soit besoin pour cela de faire intervenir des microbes. La spontanéité n'exclut donc en aucune manière la contagiosité. Celui qui s'est empoisonné lui-même par un défaut d'équilibration dans le fonctionnement de ses organes peut également en empoisonner d'autres, et dans des milieux confinés, dans des conditions hygiéniques d'ailleurs mauvaises, les épidémies de typhus se propagent rapidement.

L'urinémie, le typhus urineux, résultats d'une lésion rénale, la cholérine, le typhus cholérique, résultats d'une lésion du foie, sont absolument comparables au vrai typhus dans le mécanisme de leur production, sauf qu'ici c'est l'élimination des alcaloïdes et des produits extractifs qui est insuffisante. Or, chose remarquable, dans l'urinémie, improprement appelée urémie, on avait depuis longtemps noté que tantôt il se produisait de l'hyperthermie (c'était le cas le plus habituel), et tantôt de l'hypothermie. Jusqu'ici on ne savait pas comment expliquer ces différences; on le sait aujourd'hui. Les poisons que les reins doivent éliminer et qui s'accumulent dans le sang quand le fonctionnement de ces organes laisse à désirer sont, en effet, à ce point de vue, diamétralement les opposés les uns des autres. Si donc les alcaloïdes dominent, la température baisse; si ce sont les produits extractifs, elle s'élève. Un clinicien de Genève, M. le professeur Revillod, a fait un travail important sur la symptomatologie des empoisonnements causés par l'assimilation des produits extractifs : ce qui y domine, ce sont les troubles de l'innervation, les hémorrhagies et l'hyperthermie. Ce sont là des symptômes qui peuvent se rencontrer dans les typhisations typhiques proprement dites, cholémiques, urinémiques, athéromiques (c'est à ces dernières qu'il faut rattacher les endocardites végétantes et ulcéreuses). Il y a des séries morbides en pathologie, comme il y a des séries diverses en chimie; chacune de ces séries morbides répond à une cause spéciale d'accumulation de poisons organiques, et les symptômes caractéristiques y dépendent de la prédominance de telle ou telle espèce de ces poisons.

Parmi les autoinfections où dominent les ptomaïnes, on peut surtout citer le choléra, qui présente tous les symptômes de l'empoisonnement par le tartre stibié, par l'arsenic, ou par les alcaloïdes animaux. On a voulu d'abord l'expliquer par le seul bacille en virgule : c'était la théorie première du médecin allemand qui a dirigé une des missions relatives au choléra.

Deux missions scientifiques, inspirées par les doctrines parasitaires, ont été en Égypte y chercher le microbe générateur; l'une et l'autre ont échoué.

Le chef de l'une d'elles, le docteur Koch, avait cependant cru trouver le parasite pathogène.

Mais, acculé par les faits, il en est lui-même réduit à admettre que son bacille en virgule n'engendre pas *directement* le choléra; il ne le ferait qu'indirectement et par l'intermédiaire d'une ptomaïne sécrétée par lui. Ce qui implique deux suppositions : 1° la supposition d'une ptomaïne, qu'il ne montre pas; 2° la supposition de la *sécrétion* de cette ptomaïne par le bacille (supposition qui présuppose dans ce bacille l'existence d'organes sécréteurs que M. Koch ne nous montre pas davantage).

Vit-on jamais plus étrange accumulation d'hypothèses?

Au contraire du médecin allemand, un chimiste français, M. Gautier, ne suppose pas, il démontre et il montre. Il démontre la formation spontanée des leucomaïnes dans les organismes vivants; il démontre la formation de ces leucomaïnes par dédoublement, désassimilation; il démontre l'accomplissement de ces dédoublements par l'action vitale des cellules vivantes propres à l'organisme et non par l'action de microbes étrangers à celui-ci; il démontre la toxité de ces leucomaïnes; il démontre le mécanisme dynamo-chimique par lequel l'organisme vivant échappe à l'empoisonnement. Et ces leucomaïnes (dont il indique la genèse, la nature et les propriétés), ces leucomaïnes, il nous les montre. L'esprit médical pourrait-il hésiter désormais entre des doctrines parasitaires pleines de ténébreuses hypothèses et cette doctrine nouvelle, lumineuse autant que précise, qui explique les phénomènes de la vie normale ou anomale par la vie même en action?

LECTURE

Études de physiologie pathologique. — Reproduction expérimentale de l'insuffisance aortique. — M. François Franck, en brisant les valvules sigmoïdes chez un très grand nombre d'animaux au moyen d'instruments introduits par la carotide droite, a pu étudier les effets, soit immédiats, soit éloignés, de cette insuffisance expérimentale.

Il a constaté que toujours une intermittence prolongée, un arrêt diastolique de plusieurs secondes, succédait à cette rupture des valvules; puis les battements devenaient tumultueux, intermittents, et l'on constatait un abaissement considérable de la pression intravasculaire.

Dans certains cas, chez les animaux comme chez l'homme, la mort survient rapidement dans ces conditions, et M. Franck a constaté que, quand le cœur était déjà antérieurement malade, ou lésé, les chances de réparation fonctionnelle étaient beaucoup moindres, par conséquent la mort plus fréquente.

Quand l'animal doit résister, la pression remonte dans les vaisseaux, et, ainsi qu'on l'avait depuis longtemps pensé, le cœur s'hypertrophie, ses éléments musculaires s'accroissent et il produit vraisemblablement une somme plus grande de travail; en même temps l'activité vasculaire s'accroît, compensant aussi pour une part les effets dépresseurs du reflux aortique.

M. Franck s'est demandé si c'était ce reflux qui provoquait l'excès de travail du muscle cardiaque, et ses expériences l'ont amené à croire que c'était plutôt l'irritation de la région sigmoïdienne, car il a obtenu identiquement les mêmes réactions cardiaques (augmentation de fréquence ou augmentation d'énergie ventriculaire) et les mêmes réactions vasculaires (contraction des vaisseaux périphériques), en excitant mécaniquement ou lésant superficiellement la face supérieure des sigmoïdes.

L'intervention d'un intermédiaire nerveux et la nécessité d'une action réflexe pour la production des réactions vasomotrices sont établies par un grand nombre d'expériences. Le mécanisme nerveux des réactions cardio-excitatrices n'est pas plus contestable, mais on peut supposer que le cœur porte, en lui, la raison suffisante de ses modifications fonctionnelles dans ses propres appareils nerveux. En effet, les irritations aortiques provoquent encore la suractivité du myocarde, après l'isolement nerveux du cœur.

M. Franck explique la gravité de la syncope en cas d'insuffisance aortique par la distension excessive et prolongée du cœur et la dépression artérielle encéphalique.

Il termine son travail par l'analyse des principales manifestations de l'insuffisance aortique et une théorie du souffle artériel.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Notice sur la vie et les travaux du professeur Depaul.

Par M. CHAUVEL
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Il y a deux ans à peine mourait, loin de Paris, presque subitement, le docteur Henri Depaul, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, de la Société de chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc. Il était du petit nombre de ceux qu'on nomme les maîtres, les princes de la science, de ceux dont la réputation est considérable, la clientèle brillante, la situation enviée. Dans le corps médical, qui semble s'en souvenir?

Quelques pages élogieuses dans les feuilles amies, de maigres notices biographiques où la critique, parfois, l'emporte déjà sur la louange; vingt mots dans un journal politique que les autres copient à l'envi; un peu de bruit pendant un mois au plus, puis le silence se fit, silence profond que ne vint même pas troubler, comme il est d'habitude, le panégyrique imposé par l'usage au successeur immédiat du professeur décédé.

Cependant, il n'était pas le premier venu, ce Béarnais à la volonté de fer, qui, parti de son pays, sans soutien, sans fortune, sut acquérir une des plus hautes positions de notre monde médical.

A Paris, son convoi, entouré de ses collègues de la Faculté, de l'Académie, de la Société de chirurgie, rehaussé par les honneurs officiels, eût fait sa mort moins inaperçue, sans doute. Mais dans le tourbillon qui nous emporte, au milieu du mouvement incessant de nos grandes villes, un homme, si méritant qu'il soit, est, hélas! bien vite oublié.

Ils connaissaient cette loi du temps, les maîtres qui fondèrent, il y a bientôt un demi-siècle, la Société de chirurgie. Aussi, par un article des statuts, ils confièrent à l'un des secrétaires le soin pieux de redire, dans la séance annuelle, la vie et les travaux des plus dignes parmi nos anciens. Avec quelle autorité de parole, avec quel bonheur d'expression, se sont acquittés de cette tâche parfois délicate les Broca, les Marjolin, les Trélat, les Legouest, les Guyon, et mes prédécesseurs immédiats, MM. de Saint-Germain et Horteloup, vous le savez mieux que moi, vous qui avez pu les entendre en même temps que les applaudir.

Bien jeune dans la Compagnie, je n'avais, pour occuper ici leur place, d'autre titre que ma bonne volonté. Elle m'a suffi pour obtenir vos suffrages; soyez aussi indulgents, je vous prie, et n'exigez pas plus aujourd'hui.

Anne-Jean-Henri Depaul naquit à Morlàas, département des Basses-Pyrénées, le 26 juillet 1811. Il était fils de Bernard Depaul, ancien avocat au Parlement, juge de paix du canton de Morlàas, et de dame Catherine-Louise de Claverie.

Sa famille habitait depuis des siècles cette petite ville du Béarn, et les chroniques locales citent un certain Anthoine de Paul, seigneur de Moyen, comme vivant à Morlàas en 1640. S'il avait des droits à la particule, notre collègue n'en voulut point faire usage; mieux qu'un arrêt de justice, le travail avait ennobli son nom.

La vie, à ses débuts, n'est pas pour Depaul la période d'insouciance et de joie que presque tous ont connue et, dit-on, regrettée. Il perd son père à quatre ans, puis, tout enfant, il entre au collège d'Aire, pour y faire ses études.

La route est longue qui va de Morlàas à la ville où travaille son jeune fils, les chemins sont difficiles; cependant la pauvre mère, qui ne s'en est séparée que par devoir, ne compte pas la fatigue pour venir l'embrasser plus souvent. C'est dans un de ces voyages que, tombée de voiture, blessée grièvement au genou, elle doit être ramenée chez elle dans un état alarmant.

Depaul n'a que onze ans encore, mais effrayé de l'accident, sans nouvelles de sa mère, frappé de pressentiments sinistres, il demande, il supplie, qu'on le reconduise à la maison maternelle. On hésite, on refuse. Alors, profitant de la nuit, escaladant le mur du collège, bravement il s'élance sur la route de Morlàas, seul, sans crainte de l'obscurité, sans souci de son isolement, guidé, soutenu, entraîné par son unique pensée, par son unique désir : voir, embrasser sa mère. Et comme si la pauvre femme, elle aussi, eût compté sur ce miracle de volonté et d'énergie, elle attend pour quitter ce monde le dernier baiser de son enfant chéri.

A onze ans, à l'âge où la tendresse des parents est si nécessaire et si douce, Depaul est doublement orphelin. Que faire? que devenir? On dit autour de lui que sa mère est morte faute de soins éclairés, qu'un grand chirurgien l'eût peut-être sauvée. Ce bruit qui court dans la petite ville arrive bientôt à l'enfant; il ne le discute pas, il l'accepte, et de ce jour sa volonté est arrêtée : il sera médecin, ses études achevées. Le moment venu, il n'hésite pas un jour; son choix est fait de longtemps.

Tel n'est pas, par malheur, l'avis de son grand-père et tuteur, M. de Claverie. Ancien président au Parlement de Navarre, premier président de la cour royale de Pau, le rigide vieillard ne voit rien au-dessus de la robe. Être médecin, déroger, non; comme ses aïeux, comme son père, Depaul doit être magistrat. Le petit-fils refuse d'obéir, le grand-père ferme sa bourse. Mais l'obstination du vieillard échoue contre l'inébranlable volonté du jeune homme qui se résigne enfin, pour suivre la vocation qui l'appelle, à sacrifier l'affection de son dernier et plus proche parent.

De tels caractères nous étonnent, habitués que nous sommes aujourd'hui à voir les pères, esclaves soumis, satisfaire les caprices les plus ridicules, pardonner, excuser même les plus grandes fautes de leurs enfants. Nous ne comprenons pas ce vieillard inflexible pour qui l'obéissance est la première marque de l'affection filiale. Il en était ainsi cependant, il y a cinquante ans à peine. Les parents savaient commander sans que leur amour en fût moindre. Ils comprenaient le sublime devoir du chef de famille, et pensaient avec raison qu'une éducation sévère, que l'habitude de l'obéissance et du respect ne sont pas, pour se bien diriger dans la vie, une mauvaise préparation. Ils voulaient faire de leurs fils des hommes; je puis dire qu'ils y arrivaient.

Brouillé avec M. de Claverie, nanti de sa part du maigre héritage paternel, Depaul se rend à Bordeaux. Il s'y place dans une maison de commerce, et, grâce à son esprit d'économie, il arrive après quelques mois à réunir près de 1500 francs. C'était bien peu, sans doute; mais à vingt ans sait-on la valeur de l'argent? Plus que jamais résolu à étudier la médecine, notre jeune homme part pour Paris. Il y reconnaît bientôt que 500 écus ne mènent pas au bout du monde, et qu'une bourse s'épuise vite, même au métier de carabin. Pour vivre, pour refaire son pécule, il se remet au commerce et, tout en vendant des étoffes au magasin de la Belle-Fermière, dans le faubourg Saint-Antoine, il prend ses premières inscriptions à la Faculté. Journées au comptoir, nuits à l'étude, son instruction médicale souffre de ce double travail, et sa santé menace ruine. Ou commerce, ou médecine; il faut se décider.

Morlàas est bien loin. Revenir près du grand-père, s'avouer vaincu, Depaul n'y songe même pas. Écrire, implorer assistance, il ne peut s'y résoudre. Faut-il donc après tant de luttes, tant de misères, abandonner la science? Non! Dans ce moment difficile, le jeune étudiant trouve asile et conseil près d'un ami de sa famille, M. Peyronnat, jadis notaire à Morlàas, alors économe au collège de Juilly. Cet excellent homme lui ouvre sa bourse, et dans son modeste intérieur le reçoit avec une affection véritablement paternelle. Jamais pendant sa longue et brillante carrière, jamais aux jours de la fortune, le professeur de l'école n'oublia les secours donnés à l'étudiant, la sympathie témoignée au compatriote. Il avait pour son bienfaiteur un véritable culte, et par reconnaissance il accueillit toujours avec bonté les jeunes Béarnais, les soutenant de son influence, les aidant de son argent.

Assuré du lendemain, Depaul se livre avec passion aux études de médecine. Bénévole du terrible Lisfranc, une grossièreté du maître soulève sa colère; il jette son tablier et quitte le service. La Fortune l'attendait sur sa route. Un jour, sortant de l'hôpital des cliniques, il arrive juste à temps pour relever Antoine Dubois, dont le pied a glissé sur le pavé et l'aider à regagner son hôtel. Heureux d'avoir été reconnu par l'étudiant, le vieux et célèbre chirurgien le fait

admettre comme externe dans le service de son fils. Devenu bientôt l'élève affectionné, le secrétaire du professeur d'accouchements, Depaul, sous son impulsion, s'attache à l'étude de l'obstétrique. De son internat, il passe deux ans à la clinique, un an à la Maternité.

En 1841, sur la proposition de Paul Dubois, la Faculté le nomme, à l'unanimité et pour deux ans, chef de la clinique obstétricale. Docteur depuis 1839, il se présente à l'agrégation de chirurgie en 1844. Parmi ses concurrents étaient nombre de ses futurs collègues au professorat ou à l'Académie : Cazeaux et Jacquemier, comme lui accoucheurs ; Gosselin, Giraldès, Voillemier, Maisonneuve, chirurgiens et maîtres de l'avenir. Vaincu dans cette première lutte, notre Béarnais ne désespère pas, et trois mois plus tard, il obtient le titre convoité et chaudement disputé, dans un concours où se font connaître A. Guérin, Deville, Moreau, Jarjavay, Sappey, Richet, pour ne nommer que les meilleurs. La même année 1847 voit paraître son *Traité d'auscultation obstétricale*.

Agrégé en exercice, chargé du cours des élèves sages-femmes du département de la Seine, professeur libre à l'École pratique, suppléant ordinaire du professeur Paul Dubois, son maître, à l'hôpital des cliniques, Depaul, qui tient à ne pas être seulement accoucheur, veut ajouter à ses titres déjà si nombreux celui dont l'autorité est la moins discutée, celui qui peut lui ouvrir les portes de notre Société, le titre de chirurgien des hôpitaux de Paris.

Certes, demander à un homme la science universelle, est plus qu'absurde aujourd'hui. Même chez nous, la nécessité de divisions dans l'étude s'est depuis longtemps fait sentir, nécessité si grande, si forte, si puissante, que, jadis, médecine et chirurgie formaient deux professions rivales. En supprimant cette séparation néfaste, en créant le doctorat unique, la loi n'a pas eu pour but de faire cesser la distinction qui, dans la pratique, tend à s'établir plus tard. Elle a voulu seulement exiger de tous une instruction générale suffisante ; elle a voulu assurer à tous une base solide de connaissances, sur lesquelles peuvent, sans danger, se greffer des connaissances nouvelles.

Cette base première, le doctorat, est-elle assez large pour que des spécialités étroites puissent s'y implanter sans inconvénient? Au lieu des deux branches maîtresses médecine et chirurgie, d'où s'élancent à leur tour de multiples rameaux, ne vaut-il pas mieux que ces rameaux prennent directement naissance sur la souche primitive? Depaul ne le pensait pas plus à ce moment de sa carrière, qu'il ne l'a jugé bon plus tard. Il concourut donc pour être chirurgien des hôpitaux, et, nommé en 1853, il prit et conserva jusqu'à son passage à la clinique le service des Enfants-Assistés.

Depuis un an déjà il était membre de l'Académie de médecine, l'emportant, au second tour de scrutin, sur Lenoir, compétiteur aussi méritant que redoutable, sur Devilliers et Jacquemier, futurs collègues dans la section d'accouchements. En se l'adjoignant d'aussi bonne heure, — il n'avait que quarante et un ans, — l'Académie avait eu la main heureuse. Secrétaire annuel en 1855, Depaul, toujours sur la brèche, remplit trois années de suite ces honorables mais parfois bien lourdes fonctions. Désormais la fortune lui sourit. Chevalier de la Légion d'honneur, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie, en quinze ans, le jeune et vaillant Béarnais a franchi toutes les étapes ; il a montré au président de Claverie, son grand-père, qu'une volonté puissante et un labeur opiniâtre triomphent de tous les obstacles.

Que peut-il désirer encore? Être professeur en titre. Son bienfaiteur Paul Dubois abandonne sa chaire juste à temps pour la lui donner. Élu par ses collègues de la Faculté, Depaul, en 1861, rentre enfin comme chef dans ces salles où, depuis plus de dix ans, il suppléait le maître, dans cet hôpital des cliniques qui l'avait reçu externe et le faisait professeur. Clinicien habile, praticien éminent, Dubois n'avait ni l'activité ni l'exactitude nécessaires à qui enseigne. Tout au contraire, pendant près de vingt ans, avec une ponctualité digne d'éloges, Depaul gravit chaque matin l'escalier de pierre qui mène à son service.

Pendant vingt ans, dans ces salles tristes et sombres, dans ce petit amphithéâtre aujourd'hui disparu, il forme à la pratique les générations qui se suivent.

En même temps, il prend part aux travaux des Sociétés de biologie, d'anatomie, d'émulation, d'observation; des Sociétés médicales du Temple et du Xe arrondissement, dans plusieurs desquelles il occupe le fauteuil présidentiel. A l'Académie, qu'il dirige en 1873, son activité est restée proverbiale. Rapports, discussions, communications, on le trouve constamment à l'œuvre. Directeur du service de la vaccine, il sait maintenir les droits et défendre les prérogatives de la Compagnie vis-à-vis de l'autorité.

Membre titulaire de la Société de chirurgie le 11 août 1858, Depaul en est le secrétaire en 1859, le président en 1863. Honoraire en 1871, il ne déserte pas nos séances. Pendant six ans encore, il prend part à nos travaux. Alors, absorbé par l'enseignement, par une clientèle exigeante, par la direction des Archives de tocologie et, durant quelques années, par les occupations de la politique militante, notre collègue cesse peu à peu de paraître rue de l'Abbaye. Mais son énergie est restée la même, son ardeur ne s'est pas affaiblie, et dans les discussions aigres-douces que suscite la construction de la nouvelle clinique d'accouchements, on retrouve le rude jouteur de l'Académie, le polémiste, ardent jusqu'à la violence, pour la défense de ses convictions scientifiques.

Pressé par le temps, ne voulant à aucun prix d'une installation temporaire, Depaul avait dû se contenter du terrain insuffisant, de l'emplacement irrégulier et par trop exigu que l'État et la ville de Paris mettaient à sa disposition. Sur ses indications, M. Ginain établit ses plans ; architecte et médecin s'unissent pour lutter contre les conditions difficiles qui leur sont imposées. Il ne m'appartient pas de juger la valeur réelle de leur œuvre commune. Certes, ce n'est pas un hôpital modèle, ce bâtiment mesquin, sans air, sans lumière, enserré entre les maisons qui le dominent et les arbres du Luxembourg qui l'abritent par trop du soleil. Mais à Depaul qui quittait la clinique, réceptacle des miasmes accumulés de générations de malades, cette construction toute neuve devait sembler un palais. Puis, c'était son œuvre, et, comme père, il ne donnait à aucun autre le droit de lui trouver des défauts. Tout reproche le blessait, toute observation l'irritait. Bien volontiers sans doute, il eut fermé la porte à ces confrères curieux qui ne venaient rue d'Assas que pour y chercher des critiques.

Cependant la lutte prit fin, et Depaul, désormais à l'abri des attaques, put reprendre dans son nouvel amphithéâtre ses leçons cliniques ainsi que ses opérations. Honneurs, réputation, fortune, bonheur intime, il possédait tout ce qu'on peut désirer. Malgré les années, sa santé restait florissante. Mais lui, songeant à la retraite, se fit bâtir une maison vaste, luxueuse même, à Sarrabat, près de Morlàas, son pays natal. C'est dans cette campagne que, chaque année, entouré des siens, il passait ses quelques semaines de vacances, s'occupant des questions locales et préparant une vaste exploitation agricole que dirige aujourd'hui son fils. C'est là que la mort vint le prendre, le 23 octobre 1883, après quelques jours de maladie, au moment où, esclave du devoir, il se disposait à rentrer à Paris.

A défaut des honneurs officiels, il eut pour lui faire cortège jusqu'à sa dernière demeure toute une population en larmes : elle perdait à la fois un bienfaiteur et un ami.

... Membre titulaire de la Société de chirurgie pendant treize ans, Depaul y prit une part active à toutes les discussions qui touchaient aux sujets de ses études habituelles. Dans les imperforations congénitales de l'anus, il conseille et pratique volontiers la recherche du rectum par le périnée, mais sans aller jusqu'à la résection du coccyx. Si l'occlusion porte sur l'intestin grêle, l'anus de Littre lui semble préférable à l'entérotomie lombaire. Pour le bec-de-lièvre, il est partisan d'une intervention hâtive, même dans les cas compliqués, et se contente de la simple suture avec des épingles qu'il laisse très longtemps en place.

Présentations de pièces, observations, notes, communications, chaque volume de nos *Bulletins* contient des œuvres de notre laborieux collègue. Je ne puis les citer toutes, moins encore les analyser. Je signalerai, parmi les plus importantes : les cloisonnements du vagin, les fistules vésico-vaginales (1862); les déforma-

tions du vagin, consécutives aux luxations de la hanche (1865); l'action des corps fibreux sur la grossesse et les modifications que l'état de gestation imprime à ces tumeurs (1868-1869); l'opération césarienne et la suture de l'utérus (1870); les kystes de l'ovaire (1871); la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine.

Très réservé en fait d'innovations, Depaul rejette l'anesthésie dans l'accouchement simple, l'opération du spina-bifida surtout chez les nouveau-nés, l'ostéotomie dans les courbures rachitiques de l'enfant qui, d'ordinaire, se redressent presque seules par les progrès de la croissance. Dans les mémorables discussions que soulève dans cette enceinte l'hygiène des hôpitaux et des maternités (1864-1866), notre collègue n'intervient qu'à peine. Presque seul il réclame le maintien des rideaux de lit dans les salles de femmes; seul aussi, il proteste contre le vote de la contagiosité de la fièvre puerpérale, contagiosité qu'il avait jadis si énergiquement soutenue à l'Académie de médecine.

Cette trop longue, bien qu'incomplète énumération montre la part considérable que Depaul a prise à nos travaux. Mais notre collègue ne siégea pas seulement dans des assemblées médicales. Au Conseil municipal de Paris, il combattit en 1874 l'établissement de cimetières à Méry-sur-Oise. Contre le projet Alphand-Belgrand, appuyé par le préfet Herold, notre collègue n'invoque pas uniquement les dépenses excessives, les sentiments froissés, un culte pieux gêné dans ses manifestations les plus respectables, il prouve, pièces en main, que les cimetières suburbains sont sans danger pour la santé publique.

Au Conseil général de la Seine, en 1871, il insiste, dans un lumineux rapport, sur les avantages financiers, matériels et moraux, du rattachement du service des aliénés à l'Assistance publique. Médecins directeurs, médecins administrateurs, nommés sans concours, négligent bientôt la médecine pour se confiner dans un bureau. Cette distinction de services, sans profit aucun pour la science, peut créer à l'enseignement de sérieuses difficultés. Depaul n'obtient pas gain de cause, mais l'avenir lui a donné raison.

Conseiller municipal de Paris après la Commune, plus tard conseiller général des Basses-Pyrénées, notre collègue ne fut pas cependant un homme politique. Membre de la droite au pavillon de Flore, l'éminent professeur se rallie ensuite à la République modérée, à ce libéralisme si rare, dont son ami M. Thiers était le plus illustre représentant. Peut-être, si la mort ne l'eût surpris, eût-il brigué une situation plus haute. Chaque jour, en quittant sa clinique, le palais du Sénat attirait ses regards. Songea-t-il à y occuper un siège? On l'a dit et écrit; son mérite lui en donnait le droit.

Si le médecin appartient à tous, chez tous, si haut que soit leur rang, il a le droit à la première place. La réputation de Depaul avait franchi les mers. Deux fois il fut appelé au Brésil pour délivrer la comtesse d'Eu, fille de l'empereur dom Pedro. Une loi de cet empire exige que, sous peine de déchéance, les héritiers du trône naissent sur le sol brésilien. Quand, après des couches malheureuses, la princesse, française par son mariage, demanda l'assistance du professeur de la Faculté de Paris, elle dut, soumise à cette législation sévère, imposer à son accoucheur ce déplacement lointain. Malgré sa situation scientifique, Depaul ne trouva pas chez ses confrères d'outre-mer un accueil empressé. Il fut question d'exiger de lui examens et diplôme; mais le dépit céda devant son double succès. Désormais riche d'héritiers, la comtesse d'Eu put venir faire ses couches à Paris; le résultat fut aussi heureux pour elle et pour son enfant.

Comblé d'honneurs, de dignités, notre éminent collègue sut rester aussi simple. Jamais on ne vit à sa boutonnière que la rosette, à son cou que la cravate de commandeur de la Légion d'honneur, même dans les réceptions officielles. Très répandu dans le monde, il quittait tout, dîners, théâtre, soirées, si une opération urgente l'appelait à la clinique. La nuit, il ne consentait pas à confier à ses adjoints ces graves interventions, non qu'il doutât d'eux, mais parce qu'il avait pour principe : il faut voir pour enseigner.

Depaul était grand, robuste, portant sur de larges épaules une tête aux traits fortement accentués. Son extérieur n'était pas précisément engageant; son air sévère, ses manières rudes, sa voix aux accents métalliques, inspiraient tout d'abord une certaine appréhension. Tel je le vis ici pour la première fois. il y a plus de vingt ans, et sa voix, son visage que certaine tumeur mal dissimulée rendait encore plus reconnaissable, étaient de ceux que l'on n'oublie jamais. Dans les discussions, son ardeur de lutte, sa vigueur d'argumentation, ses emportements le faisaient redoutable. Malheur à qui se plaçait sur son chemin. Marchant droit devant lui, sans pitié, il l'écrasait de ses railleries, de ses sarcasmes, oubliant trop souvent qu'il frappait l'homme, non le contradicteur. Et cependant Depaul n'était pas l'être acerbe, méchant, que certains en ont voulu faire. Descendu de la tribune, il ne pensait plus à mal dire de ses adversaires; ses cours, ses cliniques n'avaient rien de la violence de ses argumentations. C'est qu'il était de ces hommes qui supportent mal la contradiction. Excité par l'attaque, irrité et non convaincu, il ne discutait plus, il frappait, et sa main, souvent trop lourde, faisait des plaies difficiles à fermer.

Sévère pour les autres, notre collègue l'était aussi pour lui-même; chacun de ses écrits témoigne de son labeur. Praticien, il joignait à l'autorité que donne la science l'humeur franche et gaie, la bonté, qui font aimer des souffrants. Opérateur habile, il possédait le sang-froid, sans lequel ne sont rien l'adresse et l'expérience; médecin, il se montrait soucieux de la dignité de la profession. Bon pour les pauvres, il n'était pas exigeant pour les riches; souvent, à ses débuts, il vint en aide à ses confrères, pour le mérite et pour l'honneur. Il n'eut jamais pour devise : *Arriver quand même*, et repoussait la réclame dissimulée à l'égal du charlatanisme éhonté. Flatter lui fut toujours impossible. Quand son bienfaiteur Paul Dubois prit les fonctions de doyen, Depaul ne put se résoudre à l'en féliciter. Comme le nouveau dignitaire lui en faisait un amical reproche : « Ce n'est pas oubli, lui dit-il; c'est que je ne vous crois pas être né pour ces fonctions, et que je crains pour vous les fatigues et les ennuis. »

Le bon sens, la sûreté de jugement étaient dans les plus belles qualités de notre collègue. Peu disposé à se lancer en avant, il redoutait le changement et n'acceptait que difficilement le progrès. Instruments, médicaments, doctrines, tout ce qui naissait lui était suspect. S'il modifia le tube de Chaussier, s'il perfectionna le céphalotribe, il ne se permit pas une invention. Habitué à un certain état des hommes et des choses, il ne quittait qu'à regret les routes bien tracées et réclamait toujours le contrôle de l'expérience avant de se prononcer. Dans son service, il repoussait toute innovation, n'ayant pas, disait-il, le droit d'exposer la vie de ses malades; dans sa pratique, il préférait les anciens procédés comme les vieux instruments.

L'âge l'avait fait tel; cependant il resta tolérant, même libéral à l'occasion. Lui qui, profondément religieux, répondait au curé de Morlàas, lui demandant à son lit de mort s'il croyait en Dieu : « Si je crois en Dieu? mais c'est la seule chose dont je n'ai jamais douté », le même Depaul réclama, dans le Conseil municipal de Paris, la suppression des lettres d'obédience. Constamment, il plaida pour le rétablissement des concours de professorat; et dans sa leçon d'ouverture de la clinique, en 1881, il proclamait hautement que, grandie par l'âge et l'expérience, sa conviction était toujours : « Que de tous les modes par lesquels une Faculté peut être appelée à recruter des professeurs, des maîtres, le concours est le seul qui offre toutes les garanties nécessaires. »

Tel fut le professeur Depaul. Distinctions, honneurs, richesse acquise par cinquante ans d'un labeur opiniâtre, ne lui avaient pas fait oublier sa petite ville natale. Fier de l'amour de ses compatriotes, il était particulièrement heureux des marques d'estime, des témoignages de sympathie qu'on lui prodiguait à Morlàas. N'habitant plus la vieille maison patrimoniale, il résolut de la transformer en asile pour la vieillesse. Plans, devis, règlements, tout était prêt; ses enfants n'ont eu qu'à exécuter sa pieuse pensée.

A la Faculté de médecine de Paris, le professeur de clinique a légué son musée, ses instruments, ses observations : c'était justice. A nous, il a donné mieux encore : l'exemple de l'exactitude et du travail.

Si, dans une autre enceinte, quelques inimitiés persistent, si les vieilles blessures ne sont pas cicatrisées, ici rien de pareil. Nous avons pour devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.* A ceux qui l'ont volontairement acceptée, à ceux qui n'ont combattu que pour la vérité et la science, nous devons pardonner les ardeurs, même les erreurs de la lutte, ne gardant souvenir que du labeur accompli. Depaul fut tout par le travail ; en lui, c'est le travail que j'ai voulu glorifier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'inauguration de la statue de l'illustre physiologiste Claude Bernard aura lieu au Collège de France, le dimanche 7 février 1886, à dix heures précises. Les souscripteurs sont invités à assister à cette cérémonie. — Les cartes d'admission dans l'enceinte réservée sont distribuées rue de l'École-de-Médecine, 15.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18986.

74

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : 3 francs.

Phie, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes phies.

80

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies, en **Elixir** dosé à 20 centigr. par cuillerée et en **Pilules** dosées à 10 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

97

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

111

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve

des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

79

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	**Peptonisent 30 grammes albumine.**
Ou cinq pilules Defresne...........	**Dédoublent 11 grammes corps gras.**
Ou une cuillerée sirop digestif......	**Saccharifient 10 grammes amidon.**

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DEFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPÔT : *2, rue des Lombards*, et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE*.

65

VINS D'OSSIAN HENRY

membre de l'Académie de médecine.

Vin de quinquina titré simple. — Titrant 1 gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1000 grammes. — *Tonique*. — *Fébrifuge*.

Vin de quinquina ferrugineux.— Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, longues convalescences*, etc. 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les phies.

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

31

LES BAS-VARICES LE PERDRIEL

sont souples, solides, perméables à la transpiration. Ce sont de véritables agents de guérison qui donnent promptement les plus heureux résultats. Leur force peut être graduée suivant les besoins.

Avec les mêmes tissus, la maison confectionne *des ceintures de toutes formes; corsets, caleçons, brassards* et autres appareils de compression qui joignent aux avantages du tissu à jour ceux d'une fabrication irréprochable garantie par le cachet et par la sigature.



44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. BERTRAND aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

21

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De *Salies-de-Béarn* (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

113

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guerison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le fl.on de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

13

PEPTO-FER DU Dr JAILLET

Ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.

Le plus assimilable des fers combiné à la peptone

H. Schaffner, 4, faubg Poissonnière, Paris.

N° 16. — SAMEDI 6 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 6 FÉVRIER 1886. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Scarlatine grave anomale ; accidents consécutifs multiples.

Un malade du service de M. le professeur Jaccoud, à l'hôpital de la Pitié, présente en ce moment un exemple d'une scarlatine très grave, et qui a offert dans sa marche des anomalies qu'il nous a paru intéressant de signaler ici.

Rien à dire de l'éruption elle-même qui a marché régulièrement. L'un des accidents les plus importants qu'a présentés ce malade, est l'angine tardive ou secondaire, bien différente de l'angine scarlatineuse proprement dite, du début, ou précoce, qui est toujours une angine herpétique ou pultacée. L'angine tardive ou secondaire dont il s'agit ici, est une angine diphthéritique ; la diphthérie s'est manifestée d'abord sur la langue, puis sur divers points de la cavité buccale, d'où elle a gagné graduellement le pharynx. Ce n'est donc pas seulement par le fait de son apparition tardive, à une période déjà avancée de la maladie, — elle ne s'est manifestée que le treizième jour de l'éruption, — qu'elle diffère de l'angine initiale ou de début de la scarlatine, mais elle en diffère surtout par sa nature et par la gravité qu'elle acquiert en général ; c'est, comme on ne l'ignore pas, une des complications les plus graves de la scarlatine et le plus souvent mortelle. Ici cependant il y a une circonstance qui atténue la gravité du pronostic qu'on serait tout d'abord enclin à porter. Cette circonstance, c'est le peu d'étendue de la lésion lors de son apparition, les progrès lents qu'elle a faits depuis, et les limites de son invasion, qui n'a pas dépassé le pharynx. On a eu le temps d'agir.

Une autre circonstance à prendre aussi en grande considération au point de vue du pronostic, est l'état des bronches. Lorsque les bronches viennent à se prendre en même temps que se manifeste la diphthérie, ou consécutivement, les malades sont considérés comme perdus. Chez ce malade, il y a du catarrhe bronchique, et pourtant on n'en a point pris peur. Pourquoi ? La raison en est bien simple, c'est que la bronchite est contemporaine du début de l'éruption ; il existait des râles bronchiques généralisés dans toute l'étendue de la poitrine, lors du premier examen, par conséquent bien antérieurement à la manifestation de la diphthérie.

On a dit que l'angine diphthéritique de la scarlatine ne se propageait pas au larynx. C'était l'opinion de Trousseau. M. Jaccoud regarde cette proposition comme trop absolue. Graves, dans ses leçons, en a rapporté plusieurs exemples. Quoi qu'il en soit de cette question de localisation, il est certain que la diphthérie complique très fréquemment la scarlatine. Un travail publié à Berlin, en 1884, contient les procès-verbaux des autopsies de 81 sujets morts de scarlatine. Sur ces 81 cas, 40 (la moitié) présentaient la complication diphthéritique. Or comme il est un certain nombre de cas de scarlatine compliquée de diphthérie qui n'entraînent pas la mort, on voit par là quelle est la fréquence de cette complication. Cette fréquence est telle qu'on en est venu même à discuter, à une certaine époque, la nature diphthéritique de la scarlatine.

On a vu plus haut, à propos de cet incident, que le malade dont il s'agit avait eu des râles bronchiques dans la poitrine avant l'apparition de la diphthérie, et dès le début même de sa scarlatine. Bien que les phénomènes morbides des voies respiratoires n'aient pas dans cette fièvre éruptive l'importance qu'ils ont dans la rougeole, ce serait une erreur de croire qu'ils y soient rares. On peut y voir la bronchite simple, la broncho-pneumonie et même la pneumonie fibrineuse.

Ces localisations varient d'ailleurs beaucoup suivant les épidémies. En 1868 et 1869, dans l'Italie centrale, il a régné une épidémie de scarlatine, dans laquelle la mort était presque toujours déterminée par des accidents des voies respiratoires. Il y a même des contrées, telles que la ville de Presbourg, par exemple, où les complications pulmonaires constituent le caractère grave prédominant de la scarlatine. Il y a donc lieu de compter toujours avec elles, et ce qui a été constaté chez ce malade n'est pas une exception.

Un autre genre d'accident également commun dans la scarlatine, est la tendance à la suppuration. La scarlatine crée dans l'organisme la diathèse purulente. Il n'y a qu'une autre affection qui produise la purulence avec plus d'intensité encore, c'est la variole. Ce malade a eu, deux ou trois jours après son éruption scarlatineuse, plusieurs foyers de suppuration superficiels, plus un adéno-phlegmon du cou.

Le vingt-neuvième jour (le 9 janvier), une complication nouvelle survient : c'est une endo-péricardite, accusée par un double bruit de souffle et de frottement.

On sait que l'endocardite n'est pas rare dans la scarlatine. On en connaît deux formes : l'une bénigne, qui survient vers le huitième jour et qui est ordinairement associée à la variété bénigne des arthrites ; elle siège à l'orifice mitral.

A côté, il y a une forme qui ne pardonne pas : c'est l'endocardite infectieuse. Tandis que la première se montre avant le deuxième septénaire, celle-ci ne se manifeste qu'à la suite de la formation de foyers purulents ou des accidents diphthéritiques. Il y a un abîme entre ces deux variétés. Tout porte à craindre qu'on ait affaire ici à la forme grave. Le pronostic reste donc toujours sérieux.

Le traitement a été dirigé ici d'abord en vue de l'albuminurie. Le malade a été mis, dès son entrée à l'hôpital, à la diète lactée ; il a pris de 4 à 5 litres de lait par jour. Sous l'influence de ce régime, l'albuminurie qui n'était pas la manifestation d'une affection rénale, mais l'un des symptômes initiaux habituels de la scarlatine, a disparu. Les plaques diphthéritiques qui se sont montrées à la suite ont été enlevées en touchant les surfaces ulcérées avec une solution de sublimé au 500e. Elles ne se sont pas reproduites. M. Jaccoud se loue beaucoup de l'emploi de ce moyen dans ces circonstances. Enfin en présence de l'adéno-phlegmon, on a eu recours à un moyen qui réussit souvent très bien aussi, l'application d'un vésicatoire recouvrant toute la tumeur et le pansement de la surface dépouillée de son épiderme avec de l'onguent napolitain, qui amène ordinairement la résolution de ces phlegmons. Il est quelquefois nécessaire de réitérer ces applications. On y est revenu à trois fois chez ce malade. Sous l'influence de cette médication topique, la tumeur s'est réduite de moitié ; si elle vient à suppurer, l'étendue du foyer sera moitié moindre de ce qu'elle aurait été.

Enfin le malade prend en ce moment de 1 gramme à 1^{gr},50 par jour d'acide salicylique. Il a été mis, en outre, à l'usage des toniques, quinquina, alcool, etc.

A l'exception de la néphrite, ce malade a présenté, comme on le voit, pendant une période de trente-six jours, les complications les plus graves, l'éruption ayant été d'ailleurs parfaitement régulière. Le pronostic reste encore douteux. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'issue qui sera survenue depuis.

Un cas de folie sympathique traumatique.

Une femme de vingt-trois ans, d'une constitution vigoureuse, n'ayant à son actif aucun antécédent héréditaire, ayant toujours habité la campagne jusque-là, est venue à Paris, il y a dix-huit mois, pour accompagner une malade affectée de cancer, et qui n'a pas tardé à succomber. Cette femme se trouvait réduite à chercher une place, lorsqu'elle fut prise d'une hydarthrose du genou, qui l'obligea à recourir à l'hôpital. Elle entra en octobre dernier à l'hôpital Laënnec où l'on constata, en même temps que son hydarthrose, un délire violent, qui s'était manifesté presque immédiatement après l'affection articulaire.

Des renseignements pris sur les habitudes et le caractère de cette femme, il résulte qu'elle est d'un caractère habituellement sombre, recherchant la solitude, très honnête d'ailleurs, et d'une grande dévotion. Les propos délirants qu'elle tenait à son entrée dans l'hôpital étaient en rapport avec ses idées religieuses, elle chantait des cantiques à tue-tête, elle manifestait la plus grande défiance et la plus grande antipathie envers les personnes qui l'entouraient ; elle injuriait les internes et les infirmières du service. Enfin, elle avait quelques hallucinations de l'ouïe et de la vue ; elle voyait des ombres menaçantes rôder autour d'elle ; elle disait qu'on voulait la faire passer pour la maîtresse du pape.

Après quelques jours de séjour à l'hôpital Laënnec, dirigée de cet hôpital à l'asile Sainte-Anne, elle était, au moment où elle y est entrée, sans fièvre ; sa température était de 38 degrés ; son pouls était calme. Les accidents chirurgicaux pour lesquels elle était entrée à Laënnec avaient pris un grand développement, l'hydarthrose du genou était énorme. Il s'était fait une rupture de la capsule articulaire et un épanchement dans les parties voisines, et consécutivement il était survenu un phlegmon de la cuisse, que l'on dut inciser, pour prévenir une résorption et l'imminence d'une infection purulente.

Sous l'influence d'un traitement calmant et de pansements méthodiques, l'état de cette malade s'est considérablement amélioré. Néanmoins l'état psychique qui s'était manifesté sous l'influence de cette lésion n'a été jusqu'à présent que peu modifié ; bien que son début remonte déjà à trois mois, la malade délire encore et continue à être en proie à des hallucinations.

C'est là, assurément, un cas de folie sympathique très remarquable, à cause du siège et de la nature de la lésion qui l'a provoquée. Notons, pour qu'on ne puisse pas soupçonner ici et mettre en cause le rhumatisme cérébral, que l'hydarthrose du genou ne se rattache nullement chez cette malade à une diathèse rhumatismale, dont elle n'a jamais ressenti aucune atteinte.

Voici quelques-unes des considérations générales sur la folie sympathique, que M. le professeur Ball a rappelées, à l'occasion de ce fait.

Toutes les maladies, toutes les lésions viscérales peuvent donner lieu à la folie sympathique. Mais il en est quelques-unes qui méritent d'être particulièrement signalées, comme y prédisposant plus que les autres, ce sont les maladies des organes génitaux et celles du tube digestif, et de la plupart des organes contenus dans la cavité abdominale. Ainsi on a cité des cas de folie brightique. Les maladies ou lésions des organes thoraciques ne viennent sous ce rapport, pour l'ordre de fréquence, qu'après celles des organes abdominaux. On connaît quelques exemples de folie sympathique de la phthisie pulmonaire et de folie d'origine cardiaque.

Toutes les manifestations de la vie sexuelle, depuis la puberté jusqu'à la ménopause, chez les femmes, depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement, peuvent devenir des causes de délire. Il y a la folie de l'adolescence, la folie menstruelle, la folie de la grossesse, la folie de la parturition, la folie puerpérale. Ces faits sont trop connus pour que nous nous y arrêtions en ce moment. Rappelons seulement l'exemple cité par M. Ball, d'une femme, qui, devenue aliénée à l'âge de quinze ans, lors de sa première menstruation, resta aliénée pendant toute la durée de son activité sexuelle, et ne récupéra sa raison qu'à quarante-deux ans, lors de la ménopause.

L'onanisme est une des causes les plus communes de la folie sympathique, qui affecte plus particulièrement dans

ces circonstances le caractère mélancolique ou hypochondriaque.

On connaît aussi la folie *post nubia*, plus particulièrement signalée par les médecins anglais. Une femme rentre chez elle un soir ; traversant un champ, elle est attaquée et violée : elle devient immédiatement aliénée.

La blennorrhagie est aussi une cause assez fréquente de délire ; elle donne quelquefois lieu à un délire particulier, le délire du toucher, celui qui a été décrit sous le nom de délire des boutons de porte. Nous en parlions récemment, à l'occasion du délire avec conscience, dont il est une des nombreuses variétés.

Il faudrait, enfin, si l'on voulait compléter ce tableau à large esquisse, parler aussi des délires provoqués par les troubles stomacaux et gastro-intestinaux, par les affections du foie, rappeler surtout l'influence si connue de la constipation.

Résumons ces considérations générales par quelques mots sur le caractère de ce délire, et sur les moyens de traitement qu'on peut lui opposer.

Le caractère de la folie sympathique est généralement la lypémanie, la tendance à la dépression. Beaucoup de ces aliénés finissent par le suicide.

En thèse générale, la folie sympathique rentre dans l'ordre des folies avec conscience ; elle est curable, les causes qui l'ont engendrée ou qui l'entretiennent, pouvant être supprimées. Il y a toutefois un facteur dont il faut tenir compte dans le pronostic, c'est celui des prédispositions individuelles spéciales et notamment de l'hérédité.

Mais la lésion originelle n'est pas toujours curable. Dans ce cas, il faut veiller à l'état des voies digestives, et surtout à celui des intestins. Les purgatifs sont souvent utiles dans ces circonstances. On peut recourir encore avec avantage aux bromures alcalins et à de légers toniques. Les occupations intellectuelles doivent également être mises en œuvre.

Hémorrhoïdes procidentes irréductibles. — Destruction partielle par la cautérisation au fer rouge combinée avec la compression.

Dans la petite revue des malades à opérer dans le service de M. Richet, que nous avons fait passer sous les yeux de nos lecteurs samedi dernier, nous avons mentionné en passant un cas d'hémorrhoïdes avec procidence, sur lequel nous reviendrons aujourd'hui pour ne pas laisser perdre cette occasion de rappeler la méthode de traitement à laquelle le professeur de la clinique de l'Hôtel-Dieu donne la préférence.

Il s'agit d'une femme ayant un volumineux bourrelet hémorrhoïdaire faisant procidence au dehors. Cette femme a été opérée, il y a trois mois, par le procédé de la dilatation. Ainsi qu'il arrive le plus ordinairement avec ce procédé, il y a eu un soulagement momentané, mais les hémorrhoïdes n'en ont pas moins persisté à sortir, et à cet accident permanent est venu s'ajouter une incontinence des matières fécales. En présence de cette aggravation dans l'état de la malade, M. Richet s'est déterminé à recourir à la destruction partielle des hémorrhoïdes par le fer rouge.

Ce cas nous remet en mémoire un fait en tous points semblable, qui s'est présenté l'année dernière dans le même service, presque jour pour jour à la même époque, et qui lui donna l'occasion d'entrer dans quelques développements sur le moyen de traitement en question.

Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, qui était entrée à l'hôpital pour un volumineux bourrelet hémorrhoïdaire dont l'origine remontait à une ancienne grossesse ; les hémorrhoïdes, développées pendant la grossesse et probablement par son fait, loin de cesser après l'accouchement, n'avaient fait que s'accroître graduellement, et elles avaient fini par acquérir le volume considérable que l'on constata alors. Elles sortaient à chaque effort qu'elle faisait pour aller à la selle et dès qu'elle se mettait à marcher.

Elles étaient fluentes, et depuis trois mois cette femme avait perdu une telle quantité de sang qu'elle en était devenue anémique ; elle avait des battements de cœur avec un bruit de souffle, sa face était décolorée et elle se plaignait de maux de tête.

La dernière fois qu'elle était allée à la garde-robe, elle n'avait pu faire rentrer ses hémorrhoïdes qui étaient restées étranglées. L'anus se trouvait obstrué par une tumeur du volume d'une grosse noix, au-dessus et au-dessous de laquelle existaient deux volumineux bourrelets, un extérieur, celui qui était étranglé, et un supérieur et interne, formé aux dépens de la muqueuse.

Dans ce cas, les hémorrhoïdes avaient perdu leur droit de domicile ; il fallait renoncer à toute tentative de réduction. Passant alors en revue les divers procédés opératoires proposés pour la destruction totale ou partielle des hémorrhoïdes, M. Richet élimina successivement : la dilatation, comme insuffisante et simplement palliative, — on vient de voir par le cas présent, cité plus haut, que cette méthode peut avoir d'autres conséquences plus sérieuses ; — l'excision, comme un mauvais moyen et dangereux ; la ligature extemporanée de Maisonneuve, comme très douloureuse ; l'écrasement linéaire de Chassaignac, comme trop long d'abord et ne mettant pas toujours d'ailleurs à l'abri de la phlébite ou de l'infection purulente ; les caustiques d'Amussat ou de Gosselin, comme provoquant également de vives douleurs ; le thermo-cautère ou l'anse galvano-caustique, comme agissant trop rapidement et donnant lieu à des hémorrhagies qu'on ne peut plus arrêter. M. Richet, pour échapper à ces divers inconvénients, a imaginé de se servir d'un appareil analogue au fer à friser, composé de deux mors crénelés entrant l'un dans l'autre et chauffés au rouge sombre. On écrase et brûle ainsi en même temps les hémorrhoïdes qui sont réduites à une simple membrane. Mais comme il y aurait à craindre les conséquences d'une cicatrice circulaire, si l'on appliquait ce procédé à la totalité du bourrelet, M. Richet ne l'applique que partiellement sur deux ou trois points du bourrelet. A cet effet, il attire au dehors, à l'aide d'une érigne double, la portion de muqueuse sur laquelle il se propose d'agir, de manière à la pédiculer, et avec la pince cannelée et chauffée il la détruit.

Sur 160 fois environ qu'il a eu recours à ce procédé, M. Richet n'a perdu qu'un seul malade, qui a succombé à une pneumonie intercurrente. Tous les autres ont guéri ; quelques-uns ont eu à la suite des érysipèles, mais sans gravité.

C'est ce même procédé, dit de volatilisation, qu'il a mis en œuvre sur les deux malades dont nous venons de parler, celle de l'année dernière et celle qui a été opérée il y a huit jours.

THÉRAPEUTIQUE

Du régime dans la convalescence.

Par M. le docteur A. Judet.

Quand la maladie est jugulée, la convalescence nettement confirmée, la thérapeutique n'a plus guère qu'à s'effacer devant une hygiène bien entendue et un régime alimentaire sagement ménagé.

La dominante de la convalescence est la débilité qu'accusent nettement l'amaigrissement, la faiblesse musculaire, la pâleur des tissus, l'affaiblissement des fonctions nerveuses et l'atonie des organes digestifs.

Relever les forces, réparer l'appauvrissement de l'organisme, le tirer de l'état de déchéance, de misère physiologique où l'a conduit la maladie, tel est le but qu'on doit se proposer dans le traitement de toute convalescence, et dont une diététique bien entendue fera à elle seule tous les frais dans la grande majorité des cas. Mais si c'est le régime alimentaire qui contribue le plus puissamment à parfaire une convalescence, c'est lui aussi qui réclame la plus active surveillance. Deux écueils à éviter : 'excès et l'insuffisance ; une alimentation insuffisante conduira à l'inanition qui deviendra la source de nouveaux accidents ; une nourriture prématurée trop abondante pourra provoquer des indigestions et amener des rechutes : elle est dangereuse si elle est absorbée, elle le devient surtout si elle s'assimile mal, et fatigue inutilement des organes encore souffrants. Dans la convalescence, en effet, l'estomac et l'intestin n'accomplissent leurs fonctions qu'avec une certaine lenteur; comme pour tous les autres muscles, la contractilité musculaire du tube digestif est affaiblie ; de plus, les sécrétions qui concourent pour une si large part à l'acte de la digestion ne sont pas encore complètement rétablies. On comprend combien aisément, dans ces conditions, peut être provoquée l'indigestion qui est le grand écueil contre lequel vient échouer la guérison attendue. Le problème consiste donc à nourrir sans imposer à l'estomac la fatigue d'une digestion laborieuse qui s'accuse si facilement chez les convalescents par des pesanteurs pénibles, des éructations, etc.

En principe, manger peu et souvent. Dans le début, des potages, des œufs frais, des viandes blanches, certains poissons, puis se rapprocher peu à peu du régime ordinaire. Ne jamais perdre de vue non plus qu'il est essentiel de varier l'alimentation et surtout de choisir les aliments selon les goûts particuliers de l'estomac : « On supporte bien les aliments et les boissons auxquels on est accoutumé, même quand la qualité n'en est pas bonne naturellement, et l'on supporte mal les aliments et les boissons auxquels on n'est pas habitué, même quand la qualité n'en est pas mauvaise. » (Hippocrate.)

« L'appétence et le désir doublent, en quelque sorte, les aptitudes digestives de l'estomac ; or, c'est généralement une faute que d'insister auprès des malades pour qu'ils prennent des aliments qui leur répugnent, alors même qu'ils sont utiles et inoffensifs de leur naturel. » (Fonssagrives.)

Un adjuvant des plus précieux, dont nous retirons pour notre part les plus grands avantages, nous est fourni par les peptones que nous administrons généralement à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour en deux ou trois fois, et pendant les intervalles de ces repas légers ; c'est un aliment nullement encombrant, bien que de grande puissance nutritive, et dont le grand mérite est de pouvoir s'assimiler presque immédiatement et sans aucune fatigue pour l'estomac.

Au début de la préparation des peptones, leur saveur prononcée, leur odeur désagréable, pouvaient être, dans certains cas, un obstacle à leur administration ; mais aujourd'hui, grâce à de grands perfectionnements des appareils de préparation, la digestion artificielle, tout en étant parfaite, peut être arrêtée à temps pour que ces inconvénients aient complètement disparu.

Nous conseillons de préférence l'emploi de la peptone *phosphatée* (*vin de Bayard*) ; acceptée avec plaisir par nos convalescents, c'est véritablement un aliment complet. Son phosphate de chaux, en outre de sa fonction spéciale d'excitant de l'assimilation, nous devient particulièrement précieux chez certains enfants où des pyrexies de longue durée tendent à provoquer une altération du système osseux.

D'une façon plus générale, nous pouvons dire aussi qu'à notre époque, où l'anémie a une part si prépondérante dans la pathologie, la thérapeutique trouve dans le vin de Bayard un agent vraiment précieux pour relever le taux de l'économie et permettre à l'organisme de lutter avec avantage contre tout agent morbide. Son emploi est tout aussi nettement indiqué dans toutes les affections qui conduisent à une altération de nutrition ou à de la dénutrition ; c'est ainsi que, dans cet ordre d'idées, nous nous promettons de publier prochainement l'observation d'un de nos malades atteint d'ulcère de l'estomac, et que nous alimentons presque exclusivement, depuis longtemps déjà, avec cette préparation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Résection de la clavicule. — M. **GILLETTE** présente un malade âgé de vingt-cinq ans, auquel il a pratiqué la résection des trois quarts externes de la clavicule. C'est un homme chétif, non tuberculeux, non rhumatisant, ayant eu la syphilis à l'âge de dix-sept ans. Il y a cinq mois, il a commencé à avoir des abcès multiples autour de la clavicule ayant laissé des fistules; la clavicule est hypertrophiée. L'exploration avec un stylet montre l'existence de masses molles, saignantes.

Le 13 octobre 1885, M. Gillette pratique la résection sous-périostée; il fait son trait de scie à 3 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire; pas d'accidents. L'os est rugueux, sans être friable. Il contient un séquestre. M. Gillette croit qu'il s'agissait d'une affection de nature syphilitique. Ce malade a conservé les mouvements complets de l'épaule.

M. **TRÉLAT**, dans des cas de ce genre, gratte d'abord à fond sur l'os; alors il voit s'il a affaire à une tuberculose osseuse ou à une ostéomyélite. Dans le premier cas, l'os est friable, dépressible ; il évide partout où pénètre la tréphine. Quand il y a un seul séquestre à enlever, la cavité est bourrée de gaze iodoformée. Cette manière de faire permet de rectifier le diagnostic au cours de l'opération.

M. **LE DENTU** dit que la conservation des mouvements chez ce malade est remarquable. Il a, dans un cas analogue, enlevé les quatre cinquièmes externes de la clavicule avec l'acromion ; malgré une suppuration profuse et une péri-arthrite antérieure très étendue, le malade a guéri avec une mobilité inattendue.

Opération de Porro. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait un rapport sur une observation de M. Delesmare (de Saint-Quentin). Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, rachitique, enceinte de huit mois, présentant un diamètre sous-pubien de 5 centimètres. Le 1er novembre, elle perd les eaux ; à trois heures, il pratique l'opération de Porro selon le procédé de Müller (opération hors du ventre). L'enfant pèse 3600 grammes ; il paraît mort, et cependant il a vécu. Le pédicule a été suturé à la peau ; la température n'a pas dépassé 38°4 ; la cicatrisation a été complète et rapide ; guérison parfaite.

Le procédé de Müller, selon M. Lucas-Championnière, n'est pas très avantageux; il exige une trop grande incision abdominale. Pour l'opération de Porro et l'opération césarienne simple, les statistiques les plus récentes donnent une mortalité de 56 p. 100 (Eatson). Les causes de mort dans l'opération de Porro sont les réflexes utérins et ovariens dont on ne peut prévoir la violence. On a noté en outre des phénomènes ultérieurs plus ou

moins graves, la perte des règles, difficile à expliquer, des troubles nerveux rarement intenses.

A la suite de l'opération césarienne, le retour à la santé est plus rapide et plus complet, il y a moins de phénomènes nerveux; une nouvelle grosseur est possible, ce qui est un danger. Dans une opération césarienne récente, M. Lucas a perdu sa malade d'accidents nerveux, et c'est précisément la crainte de ces accidents qui lui avait fait rejeter l'opération de Porro.

En résumé, les indications sont différentes pour les deux opérations, la pratique seule permettra de conclure : en tous cas, il faut compter sur une mortalité élevée.

LECTURES

M. LE BEC communique une observation de tumeur fibro-kystique du ligament large qu'il a opérée avec succès par la laparotomie.

M. DELORME lit deux observations de raclage de gros nerfs sans troubles consécutifs.

M. ROUTIER communique une observation de fracture ancienne du crâne ayant déterminé des accès épileptiformes; trépanation quatre ans après ; guérison.

M. HUMBERT présente, au nom de M. Anger, un jeune Italien qui, à la suite d'un coup de stylet dans le dos, a eu une paralysie et une hémi-anesthésie du côté droit résultant, selon M. Anger, d'une hémi-section de la moelle.

M. BERGER croit qu'il s'agit d'une compression passagère.

M. DESPRÉS a vu un malade qui, à la suite d'un coup de revolver dans la bouche, a eu une paralysie des muscles du bras et une contracture dans la jambe du côté opposé, qui lui ont permis de diagnostiquer une lésion des racines de la moelle qui président à ses muscles.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXV

1819.

Le 6 octobre, mon ami le docteur Grateloup, alors médecin à Dax, et plus tard à Bordeaux, vint me rejoindre à Saint-Sever pour l'exécution d'un double projet : une visite à Ogenne, près Navarrenx, au vénérable Palassou, le savant auteur de *la Minéralogie des Pyrénées*, et l'exploration des cristaux de soufre à Saint-Boès.

Le 7, à cheval pour aller coucher au chef-lieu de canton Amou; à Gaujac, nous visitâmes des carrières de plâtre en exploitation; nous y vîmes plusieurs variétés de cette chaux sulfatée, depuis la *niviforme* jusqu'à la *lamellaire;* le 8, à Saint-Boès où nous mettons pied à terre dans une auberge pour aller au *moulin de Mounic* près duquel est la mine de soufre. On traverse un plateau de forme arrondie appelé *Casteigt;* c'est un camp retranché de l'époque romaine, analogue à ceux qu'on observe fréquemment dans les environs de Saint-Sever; les talus de ce camp sont recouverts de châtaigneraies. Nous arrivâmes trop tard pour trouver les ouvriers fouisseurs; nous en demandâmes quatre pour le lendemain. Nous reprîmes nos chevaux pour aller à Navarrenx; halte à l'endroit où fut livrée la bataille d'Orthez, en 1814, entre les armées de Soult et de Wellington. Ce champ de bataille est formé de collines basses, landeuses, sans arbres ni arbrisseaux, favorable aux manœuvres de l'infanterie et de la cavalerie; nous nous rappelâmes avec douleur qu'à la suite de ce combat le maréchal Soult fut obligé de se replier sur Saint-Sever, pour prendre la direction de Toulouse. Nous passons successivement à Orthez, Laa, Loubiens, Méritens. A Navarrenx, nous soupâmes chez le comte de Vallier, naturaliste instruit dont la famille habitait jadis Saint-Sever. Le 9, après une visite au docteur Darralde, nous nous acheminâmes à pied vers Ogenne, distant d'une lieue. Palassou nous fit l'accueil le plus bienveillant, bien qu'il ne nous connût pas personnellement. Sa modeste habitation est sur le penchant de la colline. Vieillard de quatre-vingt-deux ans, taille ordinaire, maigre, sec, ridé, basané, mais bien portant et d'un aspect vivace, presque aveugle, esprit vif, gai, d'une conversation instructive et sans prétention, savant pur sang. Il insista pour nous retenir une journée, mais nous étions bridés par le délai de notre courte absence, il fallut se serrer la main pour la première et la dernière fois. Palassou me fit cadeau de toutes ses œuvres qu'on trouvera dans ma bibliothèque; je lui ai dédié mes *Lettres sur les Montagnes maudites*. Nous demeurâmes en correspondance jusqu'à sa mort. Le 10, dès l'aurore, nous étions sur le chantier du soufre; nos ouvriers n'avaient retiré que quelques rognons calcaires avec des géodes de cristaux de soufre tout à fait informes et peu dignes de figurer dans mon cabinet. Nous apprîmes que cette mine avait été épuisée par un pharmacien breton qui en avait fait une spéculation.

1822.

Un grave événement vint signaler pour moi l'année 1882, événement qui, en brisant ma liberté individuelle, a exercé sur mon avenir une influence considérable et a changé ou modifié toutes mes habitudes; événement dont les conséquences éludent et confondent toutes les prévisions, tous les calculs; événement dont les oscillations présentent tous les degrés du haut et du bas, du chaud et du froid; événement qui excite ou fait naître des sentiments à divers titres, des passions, du bonheur avec ses variations, des déceptions; événement qui peu à peu met en relief des traits de caractère qui étaient dissimulés ou latents; événement plus redouté aujourd'hui que jadis, plus redoutable en effet, à cause de la tiédeur du sentiment, du relâchement des mœurs, du progrès effrayant du luxe, de la tendance à spéculer, tantôt orgueil d'un nom, tantôt le désir de la fortune; enfin, événement qui se résume en une association binaire, religieuse et légale, vulgairement appelée le mariage.

Je n'avais pas tout à fait mes quarante-deux étés, lorsque Mlle Z. de L... vint leur additionner ses vingt-deux beaux printemps et perdre son nom dans le mien. C'était, il m'en souvient, le 22 février que la combinaison conjugale se consacra devant M. le maire et à l'église de Saint-Justin (Landes), et, ce même jour, les époux favorisés par un ciel serein et un soleil éclatant arrivèrent au cap de Gascogne. Cette existence à deux, par des conséquences physiologiques fort naturelles, a produit quatre existences nouvelles : le premier et le dernier né du sexe maternel, les deux intermédiaires du sexe paternel. Le 11 décembre de cette même année, ma fille aînée, aujourd'hui religieuse carmélite, vint inaugurer ma douce dignité de père.

1823.

Le 6 décembre, je reçus la visite de mon intime ami Rampont, jadis mon médecin principal à l'armée d'Aragon; il passa quatre jours avec moi. Il revenait de Cadix où il avait pris part, comme médecin en chef, à l'expédition commandée par le duc d'Angoulême; il était accompagné par un jeune médecin militaire, neveu de Coste, l'ancien inspecteur du service de santé des armées, qui était plein d'esprit et de gaieté et qui mourut peu d'années après, à Lille, de phthisie pulmonaire. Le général Lamarque voulut les accueillir à sa table; il eut grand plaisir à entendre Rampont raconter la prise du Trocadéro qui fut une affaire peu sérieuse, dont l'importance tint surtout à la présence du duc d'Angoulême. Rampont avait pour moi une grande affection; notre correspondance dura jusqu'à sa mort (1832). En traversant Madrid, il s'était souvenu que j'avais laissé à Valence le magnifique ouvrage de Cavanilles sur le royaume de Valence; il acheta ces deux gros volumes et il eut la généreuse attention de les déposer dans ma

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 85.

bibliothèque. Plus tard, prévoyant sa fin, il me légua un petit tableau peint par notre ami commun d'Esclaibes, où il est représenté arrivant au château où la sœur de d'Esclaibes était dangereusement malade.

Rampont avait, en 1823, cinquante ans ; taille au-dessous de la moyenne, visage un peu gravé de petite vérole, caractère sérieux mais se déridant dans l'intimité ; il était en butte à des souffrances gastriques qui assombrissaient son humeur et le condamnaient à un régime sévère.

1824.

Depuis longtemps, je formais le projet d'explorer la botanique de notre littoral océanique et la grande lande, cette vaste contrée du sable, du pin et de la bruyère. Le 31 mai, j'entrepris ce voyage à cheval, avec un jeune élève en pharmacie de Saint-Sever. Mon domestique nous suivait, avec un cheval chargé de deux comportes renfermant nos effets, et, plus tard, nos conquêtes en histoire naturelle. Nous passâmes par Mont-de-Marsan, Uchac, Garcin, pour aller coucher à Sabres. Mon confrère Dubosc nous y offrit une cordiale hospitalité. Le lendemain, nous étions à Pissos où nous passâmes deux jours chez mon condisciple et ami le docteur Gourgues. Je fis la connaissance d'un capitaine d'artillerie, M. Guillaud, qui était chargé de l'inspection des projectiles dans les usines de M. Larreillet. Cet officier, botaniste des plus zélés, nous accompagna jusqu'à La Teste ; nous déjeunâmes à Ichoux, chez M. Larreillet, et nous passâmes la nuit à l'auberge du pauvre village de Sanguinet, le dernier bourg de notre département de ce côté. Nous séjournâmes quatre jours au chef-lieu de l'ancienne seigneurie des Captals de Buch ; nous en explorâmes soigneusement la plage, les forêts, les îles. En 1825, je publiai mes observations sur les plantes de cette région. Le 8 juin, nous allâmes de La Teste à Parentis ; le 9, à Mimizan ; le 10, à Tartas ; le 11, nous rentrâmes à Saint-Sever.

1825.

Le 7 avril, je revenais à cheval d'une tournée médicale dans la plaine de l'Adour ; je rencontrai, sur le pont de Saint-Sever, la diligence au galop arrivant vers moi ; je me rangeai aussitôt du côté du garde-fou, mais pas assez complètement, le pommeau de la selle fut accroché, les sangles se rompirent, cavalier et cheval furent culbutés ; je fus lancé comme un projectile sur la vive arête d'un chasse-roue. Je ne perdis point connaissance ; j'aperçus mon bucéphale les quatre fers en l'air et dessellé ; j'aurais pu être précipité dans la rivière par-dessus la balustrade. On me crut mort, et les personnes qui, de Morlanne, virent l'accident furent très alarmées. J'avais à la tête une plaie simple, longue de 2 pouces, qui saignait abondamment. Je fis un bandage de mon mouchoir, j'acceptai l'offre de quelques passants accourus qui relevèrent et ressellèrent le cheval, plus stupéfait que moi, et je repris ma route, voulant prévenir des bruits sinistres et rassurer ma famille. Dès mon arrivée, je me fis pratiquer une saignée ; quatre jours après cet accident, je me rendis à Saint-Justin (40 kilomètres), sur le même cheval, pour visiter mon beau-père, très malade.

Le 28 septembre, naissance de mon fils aîné Albert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 février 1886, M. Vincens, médecin principal de deuxième classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1886, M. Couton, pharmacien aide-major de première classe, a été désigné pour occuper un emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce.

— La seconde épreuve définitive (épreuve clinique) du concours de l'agrégation de médecine a commencé le vendredi 29 janvier 1886. Les candidats, appelés à subir cette épreuve jusqu'à ce jour, sont : vendredi 29 janvier, M. Lobert ; — lundi 1er février, MM. Sardat et Lannois ; — mardi 2, MM. Simon et Boinet ; — mercredi 3, MM. Barth et Parizot ; — jeudi 4, MM. Dubreuilh et Letulle.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Chateauvillard, d'une valeur de 2000 francs, à M. le docteur Testut, pour son ouvrage intitulé : « Des anomalies musculaires chez l'homme. » Deux mentions très honorables sont accordées : 1° à M. le docteur Redard pour son « Traité de thermométrie médicale » ; 2° à M. le docteur Gellé, pour son livre sur « Les maladies de l'oreille. »

— Par arrêté préfectoral, en date du 31 janvier 1886, M. le docteur Fauconnier fils est nommé membre de la douzième commission locale chargée de veiller, dans le VIe arrondissement de Paris, à l'exécution de la loi du 19 mai 1874 sur le travail des enfants et des filles mineurs employés dans l'industrie.

— Le Conseil municipal de Paris a voté une subvention de 2500 francs pour l'année 1886, à la clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.* — Un concours s'ouvrira le jeudi 1er juillet 1886, à neuf heures du matin, dans le grand amphithéâtre de l'École, pour la nomination à une place de chef des travaux d'anatomie et de physiologie. La durée des fonctions sera de neuf années et le traitement annuel de 1 000 francs.

Un concours s'ouvrira le jeudi 15 juillet 1886, à neuf heures du matin également, dans le grand amphithéâtre de l'École, pour la nomination à une place de chef des travaux de physique et de chimie. La durée des fonctions est également de neuf années et le traitement annuel de 1 000 francs.

— *École de médecine de Limoges.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1884-1885 :

Élèves en médecine. — Première année : prix, M. Louis Léonet. — Deuxième année : prix, M. Jean Decoux. — Troisième année : prix, M. Léonard Freysselinard.

Élèves en pharmacie. — Première année : prix, M. Georges Cardin ; mentions honorables, MM. Eugène Cordier et Joseph Vallet. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Alfred Manières.

Prix des travaux pratiques et manipulations. — Première année : premier prix, M. Léon Picaud ; deuxième prix, M. Georges Cardin. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Gabriel Cluzeau.

— Le Congrès des délégués des Sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 27 avril 1886. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre, le samedi 1er mai.

— M. le docteur Langlais est nommé médecin du lycée de Pontivy, en remplacement de M. le docteur Le Fur, décédé.

— Au moment de mettre sous presse la nouvelle édition de l'*Annuaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris*, la Commission de l'*Annuaire* prie les internes et anciens internes de vouloir bien lui communiquer les changements survenus depuis la nouvelle édition et d'adresser ces renseignements le plus tôt possible, à M. le docteur Sevestre, 7, rue Scribe.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 7 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18995.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

JULES GUÉRIN

Une page d'histoire du journalisme médical.

« La science a ses spéculateurs sublimes et comme ses prophètes, qui démêlent d'un coup d'œil les grandes lois de l'univers. Autour d'eux se rangent les observateurs sagaces, qui excellent à rechercher les phénomènes particuliers, les constatent, les décrivent et les rattachent successivement au domaine de la science. Et dans ce domaine ainsi enrichi entrent des esprits législateurs, qui classent les faits recueillis, en assignent les rapports, en déterminent les lois et les résument dans ces formules générales qui définissent l'état présent de la science et deviennent le point de départ et l'instrument de conquêtes nouvelles. » Ainsi s'exprimait Guizot dans sa réponse au discours de réception de Biot à l'Académie française. Dans une sphère moins haute que celle où se plaçait l'illustre orateur, il y aurait une part à faire, dans chacune de ces trois catégories de savants, à l'homme considérable qui vient de nous être enlevé, et qui, ainsi que le disait M. Trélat en annonçant sa mort à l'Académie, y laissera un vide dont l'étendue sera vivement appréciée par tous ceux qui l'avaient suivi depuis plus d'un demi-siècle, toujours sur la brèche, soit par ses travaux scientifiques, soit par ses nombreuses tentatives thérapeutiques, soit par son rôle dans la presse.

Dans le cercle restreint, quoique déjà assez large où s'est mue avec une rare activité, pendant une longue carrière, sa merveilleuse et insatiable intelligence, J. Guérin a montré, en effet, ce coup d'œil et cet esprit de spéculation qui conduisent aux grandes inventions et à la découverte des lois générales; cette sagacité d'observation dans la recherche et la constatation des phénomènes particuliers qui viennent successivement se ranger, suivant leur nature et leur ordre, sous ces lois; enfin cet esprit d'ordre et de coordination, dirigé par un judicieux sens critique, qui classe les faits recueillis, en assigne les rapports et les résume dans des formules générales.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les nombreux travaux scientifiques de J. Guérin, connus de tous nos lecteurs, et qui, malgré les oppositions et les contestations violentes qu'ils ont soulevées, n'en classeront pas moins dans l'avenir J. Guérin comme l'un des plus grands esprits, l'un des savants les plus ingénieux et les plus féconds de notre époque. L'argumentateur académique est suffisamment connu du public qui assiste aux séances de l'Académie, où il tenait une si grande place, et des lecteurs des bulletins et des comptes rendus des journaux de médecine.

Nous voulons envisager ici J. Guérin sous un autre aspect, qui n'est ni le moins saillant, ni le moins original de cette riche personnalité, aux aptitudes si multiples et à la si prodigieuse capacité de travail. C'est du journaliste, moins connu peut-être de la génération actuelle, que nous voulons parler.

C'est en 1830, époque de mouvement, d'agitation, de renouveau, non seulement en matière d'art et de littérature, mais aussi en science et particulièrement en médecine, que J. Guérin a débuté dans le journalisme par la création de la *Gazette médicale de Paris*, transformation de la *Gazette de santé*, réunie plus tard à la *Clinique des hôpitaux*.

La presse médicale en France comptait déjà à cette époque de nombreux représentants; mais la plupart de ces publications étaient des recueils de mémoires et d'actes des Sociétés savantes officielles ou libres, plutôt que des journaux. Le journal proprement dit, la feuille volante, à périodicité rapprochée, écho de l'enseignement des écoles et des hôpitaux, contenant, avec l'exposé des faits scientifiques produits au jour le jour, les actes, les informations, les nouvelles de nature à intéresser le public médical en tout ce qui concerne l'art et la profession, n'existait pas encore. Il fallait un homme né journaliste, avec toutes les qualités que comporte ce titre, indépendance de caractère comme de situation, allure d'esprit alerte, prompt à comprendre, rompu à l'analyse, armé pour la critique et toujours prêt à la réplique. Cet homme fut Fabre, notre ancêtre, le créateur de la *Lancette française*, notre *Gazette des hôpitaux* d'aujourd'hui. C'est dans cette voie nouvelle ouverte en 1828 par le « Phocéen », qu'entra deux ans après J. Guérin, en élargissant un peu plus le cadre de sa publication et lui donnant une plus grande envergure.

Voici en quels termes il énonçait dans le premier numéro de la deuxième série, en 1833, le but de sa création et la tâche qu'il s'était imposée : « Notre but, disait-il, en créant la *Gazette médicale*, ne fut point d'ajouter un nouveau recueil de médecine à ceux qui existaient, et de nous borner, comme eux, à enregistrer les travaux de l'époque, à quelque

opinion qu'ils appartinssent et dans quelque esprit qu'ils fussent dirigés. En prenant l'obligation de présenter un tableau exact et complet de tout ce qui se faisait en médecine, nous avions aussi en vue d'exercer une influence sur les directions à prendre, et c'est principalement en cela que nous voulions que la *Gazette médicale* se distinguât des autres journaux... » C'est cette tâche que J. Guérin a poursuivie avec l'ardeur, le talent, la finesse de critique et la supériorité de vues que l'on connaît, jusqu'au moment où il a abandonné la direction de ce journal.

Quelques exemples, pris autant au feuilleter de la collection qu'à nos propres souvenirs, nous aideront à marquer les principales étapes qu'a parcourues ce puissant esprit, et les transformations qu'il a subies lui-même dans cette longue et brillante carrière de journaliste.

1832, c'était l'époque où venait de s'éteindre le brillant météore de la doctrine physiologique. Battu en brèche de toutes parts, assistant du haut de la chaire qui avait été créée pour lui à la Faculté de médecine, à la décadence de son École, Broussais cherchait un regain de la popularité qui lui échappait, dans la phrénologie et dans l'adaptation de sa théorie physiologique de l'irritation à l'interprétation et à la curation du choléra. La *Gazette médicale*, par la plume de J. Guérin et de quelques-uns de ses collaborateurs, se mit en travers de ces deux nouvelles prétentions et porta à la doctrine les derniers coups. L'histoire de la maladie à laquelle venait de succomber l'un des hommes les plus éminents de l'époque, Casimir Périer, et dont Broussais avait eu la haute direction, fut le point de départ et le texte d'une polémique qui prit cette fois la forme d'un volume, et qui est resté et restera comme un modèle de discussion scientifique.

C'est de cette même année que datent les premières recherches qui ont conduit J. Guérin à dégager des notions encore vagues et obscures que l'on avait alors sur le choléra le fait si important de sa période prodromique et de ce qu'il a appelé, l'appliquant depuis à un grand nombre d'autres maladies, les formes ébauchées.

Après avoir contribué pour une large part à combattre et à ruiner une doctrine erronée, la tâche du journaliste était loin d'être à bout. Il restait à rechercher jusqu'à quel point il y avait lieu de tenir compte des faits et des idées nouvelles que la doctrine physiologique avait pu introduire dans la science, et dans quelles limites ses enseignements avaient pu être utiles aux vrais progrès scientifiques, en un mot à discerner le vrai du faux, à s'en emparer pour le relier au faisceau général des connaissances acquises. Il fallait, surtout, apprécier à sa juste valeur le nouvel apport de l'anatomie pathologique, qui avait pris à cette époque un si important essor, et qui ne visait pas à moins qu'à régenter la médecine entière ; et, à l'aide des faits éprouvés au crible d'une sage critique, chercher à renouer en quelque sorte les liens de la tradition violemment rompus avec le présent et l'avenir. C'était le programme qu'allait se proposer désormais la rédaction de la *Gazette médicale*. Mais il fallait, pour atteindre ce but, une méthode, un critérium. Les termes de la méthode se trouvaient déjà formulés dans l'*Essai sur l'éclectisme en médecine*, dû à la plume du rédacteur en chef : observation exacte et rigoureuse de tout ce qui entre dans la composition phénoménale des maladies, observation dégagée de toute explication théorique ; interprétation des maladies par l'évolution de toutes les circonstances et de toutes les conditions qu'elles renferment.

Plus tard cette méthode devait se compléter en se précisant davantage par la série des études étiologiques auxquelles J. Guérin a consacré un grand nombre d'articles. La nouvelle formule étiologique, au lieu de ne s'appliquer qu'aux faits morbides, embrassant dans leur ensemble et dans leurs rapports mutuels l'anatomie, la physiologie et la pathologie, comme parties d'un même tout inséparable, devenait sous sa plume comme une nouvelle lumière éclairant les obscurités de la pathogénie, et un nouvel élément de contrôle.

Il nous faudrait passer en revue toutes les innovations, tous les progrès dont la science et la pratique médicale se sont successivement enrichies, pour dire avec quelle justesse et quelle hauteur de vue, grâce à cette méthode, J. Guérin savait du premier coup en apprécier la valeur et en prévoir l'avenir. Mais c'est surtout dans les analyses, dans les jugements et les appréciations des œuvres des grands maîtres de la science, ainsi que dans les revues rétrospectives, qu'il avait l'habitude de faire, à l'occasion de chaque fin d'année, des travaux qu'elle avait produits, que se révélaient sa vive pénétration et sa merveilleuse aptitude à s'assimiler les idées et les questions, quels qu'en fussent les objets, les plus ardus, comme les plus délicats.

J. Guérin était loin de rester indifférent aux questions professionnelles. Veut-on savoir comment il entendait les droits et les devoirs de la presse scientifique ? C'était en 1848, au 1er janvier de cette année, par conséquent avant la Révolution qui devait soulever peu de temps après les questions sociales auxquelles médecins et médecine allaient être mêlés. La question soulevée alors, à l'occasion du Congrès médical, était celle des rapports mutuels des divers organes de la presse médicale. Dans quelles limites, à quelles conditions doit s'exercer le droit de la presse médicale ? A cette première question, J. Guérin répondait en ces termes : « Nous sommes pour des limites très étendues. Otez le secret de la vie privée et le caractère moral des individus, et nous ne voyons plus grand'chose qui ne tombe légitimement sous le contrôle de la presse. Tout ce qui se produit sur la scène médicale, tout ce qui entre, tout ce qui sort, tout ce qui reste, tout ce qui se dit ou se fait, toutes les opinions, toutes les plaintes, toutes les défaites et tous les triomphes, la presse a le droit de tout raconter et de dire son avis sur tout. Et si dans les incidents de la scène, il en est que la honte essaye de cacher dans un coin obscur, elle a le droit de les traîner de force au grand jour de la rampe et de leur infliger la peine d'une vitupération publique. Tout cela, elle doit le faire résolument, virilement, sans acception de parti, contre ses amitiés, contre ses propres intérêts, uniquement préoccupée de la chose et non des hommes. Tout ce qui est d'accord avec ses opinions scientifiques, avec ses principes, en matière d'organisation ou de morale professionnelle, elle doit le louer ; tout ce qui est contraire à ces opinions ou à ces principes, elle doit le blâmer... »

« A côté de ses droits, la presse a ses devoirs. Le premier est le respect des personnes. Par les mêmes raisons qu'elle ne doit pas se préoccuper de leurs qualités pour se prononcer sur leurs travaux ou leurs actes, elle ne doit pas les mettre en scène dans le jugement porté. »

Voici, en résumé, en quels termes J. Guérin résolvait, dans cet article, la question des rapports mutuels de la presse :

« D'un côté, sorte de contrat entre la presse et le corps médical, dont on a lu plus haut les clauses. Solidarité mutuelle des organes de la presse, constituant une communauté dont tous les membres sont liés par un même principe ; la liberté des opinions, un même intérêt, celui de la dignité; un même but, celui d'aider aux progrès de la science, à la moralisation et au bien-être de la profession.

D'un autre côté, droit de contrôle des journaux l'un sur l'autre... »

Telle est la doctrine développée dans le premier feuilleton de la *Gazette médicale* du mois de janvier 1848. Ne dirait-on pas d'un code dont tous les articles semblent dictés autant par l'expérience que par le bon sens? Moins de deux mois après la Révolution de février 1848, bien qu'elle ne dût avoir, ni sur l'exercice de la médecine ni sur la profession médicale, l'influence qu'on en attendait, et que J. Guérin appelait de tous ses vœux, il saisit cette occasion pour communiquer au corps médical, par la voie de son journal, une sorte de programme de *médecine sociale*, pour la constitution de laquelle il faisait appel à son concours, partant de ce fait que les nombreux rapports qui existent entre la médecine et la chose publique, sous les divers titres de police médicale, d'hygiène publique, de médecine légale, étaient étreints dans un cadre trop étroit pour donner à leurs applications tout l'essor et toute la fécondité dont ils étaient susceptibles. Beaucoup, pour ne pas dire la plupart de ces desiderata, subsistent encore malgré les appels réitérés reproduits depuis sur tous les tons et sous toutes les formes.

Après une carrière aussi laborieuse et aussi agitée, après cette vie de luttes presque incessantes soutenues, mais souvent aussi provoquées par lui-même, là où d'autres n'eussent aspiré qu'au repos, J. Guérin ne songeait qu'à compléter son œuvre et à y ajouter encore. Quel sera l'avenir d'un tel labeur? Que restera-t-il de tant de faits éclairés et coordonnés dans leur ordre naturel, de tant d'idées soulevées et jetées à tous les vents de la publicité? Lorsque les passions qu'il a suscitées ou subies seront éteintes, quel jugement la postérité impassible portera-t-elle sur lui? Bien des changements, bien des perfectionnements peuvent en quelques années substituer des notions nouvelles à celles qu'il a si laborieusement et si péniblement introduites dans la science, des procédés nouveaux aux procédés ingénieux qu'il a fait pénétrer comme de vive force dans la pratique. De quelle transformation ne sommes-nous pas témoins depuis quinze ou vingt ans en chirurgie? Et ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que les vrais savants, les hommes à longue vue, ont appris par leur propre expérience qu'il ne fallait point assigner de limites au progrès. Il y a plus d'un siècle que Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie royale de chirurgie, disait, dans un de ses Éloges : « Il serait bien à désirer pour le bien de l'humanité que la chirurgie se perfectionnât au point que, tous les dix ans, nous puissions corriger les livres que nous aurions estimés comme excellents. Ce serait une preuve bien certaine du progrès de notre art. » Si dans dix ans d'ici ou plus tard, un homme de la trempe de J. Guérin venait à mettre à nu les imperfections que peut renfermer son œuvre et faire mieux que lui, son nom n'en resterait pas moins dans l'histoire comme celui d'un homme qui a éclairé, de son temps, de quelque lumière nouvelle presque tous les sujets auxquels il a touché et élevé un véritable monument dans l'une des branches spéciales de la chirurgie. Ce mérite même vînt-il à lui être refusé, il lui resterait toujours, ce qui est impérissable, le mérite de l'écrivain et la réputation justement acquise de premier publiciste médical de son temps.

Dr H. BROCHIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Un cas de mort par le chloroforme.

Nous voulons vous entretenir d'une de ces catastrophes à laquelle tous les chirurgiens sont exposés, c'est-à-dire un cas de mort par le chloroforme survenu au début de l'opération.

Quand par malheur pareil événement, toujours si douloureux pour nous autres chirurgiens, se produit, notre première pensée est toujours de nous demander jusqu'à quel point nous en sommes responsables.

C'est la seconde fois que, dans ma carrière chirurgicale, semblable accident m'arrive. Loin de vouloir m'en cacher je considère comme un devoir de le dire en toute franchise, d'en rechercher, d'en étudier les causes, et d'insister pour que l'on tâche de trouver enfin le moyen d'éviter dans l'avenir des malheurs de ce genre.

La science n'est pas encore fixée sur le mécanisme de la mort dans la chloroformisation. On peut mourir : 1° par asphyxie ; 2° par syncope cardiaque ; 3° par syncope pulmonaire. L'asphyxie suppose un arrêt dans la circulation pulmonaire ; la syncope cardiaque un arrêt dans la circulation cardiaque ; la syncope pulmonaire un arrêt dans les mouvements de la respiration. Ce troisième mode est moins connu que les deux autres.

Ces divers mécanismes de la mort peuvent s'associer les uns aux autres; ils ne sont pas nécessairement mortels; ainsi la syncope peut avoir lieu sans que mort s'ensuive fatalement.

Le premier cas de ce genre était celui d'une femme entrée à l'hôpital de Lourcine pour une fistule vésico-vaginale. A la suite d'une hémorrhagie considérable elle eut une syncope telle que je dus cesser immédiatement toute opération.

L'asphyxie survenant pendant l'administration du chloroforme n'est ni très rare ni toujours mortelle, et les malades peuvent heureusement revenir à la vie.

Dans certains cas, il y a combinaison à la fois de l'asphyxie et de la syncope. Ainsi chez notre malade de vendredi, il y a eu asphyxie dès le début ; il devenait promptement d'une teinte bleuâtre, ce que voyant je quittai immédiatement le bistouri pour tâcher de le ranimer. Malheureusement tout fut inutile. Après l'asphyxie, il y avait eu syncope cardiaque, les battements du cœur s'étaient arrêtés et nous n'avions pu les ramener non plus que la circulation pulmonaire. Il y a donc eu chez lui suspension de la respiration d'abord, puis de la circulation.

Cet homme n'est pas mort par asphyxie, car l'air que nous avons insufflé pénétrait très bien dans les poumons qui ont reçu ainsi plusieurs litres d'air ; il a même respiré quatre ou cinq fois, c'est-à-dire qu'il a fait quatre ou cinq grandes inspirations, mais celles-ci n'étaient qu'un effort isolé.

Ordinairement, j'insiste toujours sur l'état antérieur des malades ; mais on voit quelquefois mourir ainsi des sujets chez lesquels, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion capable d'expliquer la mort. D'autres fois, au contraire, l'autopsie révèle des lésions sérieuses, profondes de l'appareil

cardio-pulmonaire : un cœur gras, des lésions valvulaires, des lésions des poumons, etc.

Je vous disais, en commençant, que cette mort par le chloroforme était la seconde survenant dans mon service hospitalier. La première eut lieu chez un malade auquel j'avais à pratiquer un débridement de la région anale. Cet homme était phthisique et je n'ignorais nullement l'état de sa poitrine. On le chloroformise, et à peine il est endormi, à peine je commence l'opération que la respiration et la circulation se trouvent arrêtées : le malade était mort!

Je vous disais que j'avais très bien diagnostiqué chez lui une phthisie pulmonaire ; néanmoins, à l'autopsie, je fus frappé de l'état des poumons, dont le tissu était aux trois quarts remplacé par des masses tuberculeuses et des cavernes telles que nous nous demandâmes comment il avait pu vivre jusque-là et comment d'autre part ni l'auscultation, ni la percussion ne nous avaient révélé des lésions aussi étendues, aussi considérables.

Donc vendredi je m'en allais fort triste, fort ému, attendant avec impatience de connaître par les résultats de l'autopsie en quoi ma responsabilité était engagée.

M. Nepveu, mon chef de laboratoire, soupçonna alors l'existence de lésions sérieuses, car il savait notre malade imprégné de syphilis, et par suite la possibilité de rencontrer quelque altération du cœur ou des centres nerveux. Ses soupçons ont été pleinement confirmés par la présence de gommes dans les reins, dans le plexus choroïde, dans les poumons. De plus tout un poumon était le siège d'une pneumonie chronique avec ces infiltrations grisâtres que l'on rencontre quelquefois dans la syphilis, et avec des adhérences pleuro-pulmonaires nombreuses, bref nous pouvons dire que l'un des deux poumons n'existait plus au point de vue fonctionnel.

J'ajoute, en passant, que, en dehors du chloroforme, la mort subite a lieu parfois à la suite d'une opération, à la suite d'une simple thoracentèse.

Ici, une grande partie de la responsabilité de la mort de notre malade porte sur son état antérieur, sur l'état de son poumon gauche qui était complètement anéanti, et le chloroforme n'a eu seulement qu'un rôle adjuvant. Que cet homme ait eu un épanchement pleurétique nécessitant la thoracentèse, il aurait pu tout aussi bien mourir subitement d'une simple piqûre de trocart, de même qu'un cardiaque peut mourir de syncope en dehors de toute chloroformisation.

Je pourrais vous citer aussi la mort d'un individu atteint de lésions cardio-pulmonaires qui succombait subitement au moment où on allait pratiquer chez lui la trachéotomie, avant même de donner le premier coup de bistouri.

Chez mon malade de vendredi, personne n'aurait supposé l'état véritable de son poumon, car il paraissait fort, vigoureux ; la maladie pour laquelle il était entré à l'hôpital était une gomme suppurée du tibia, et l'opération pour laquelle il avait été endormi n'était autre que le grattage dudit tibia que j'étais en train de trépaner lorsqu'il est mort. Je l'avais préalablement soumis pendant quelque temps au traitement par la médication spécifique.

Je déplore donc au plus haut point ce qui est arrivé, et l'autopsie m'a donné non pas la consolation mais l'explication de cette mort, dont pas plus que moi l'élève chargé du chloroforme n'a la responsabilité.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Pajot.

Rétention du placenta dans l'utérus, statistique, conduite à tenir.

I

Toute femme qui, après être accouchée, a conservé son placenta dans la matrice sans qu'on ait pu l'extraire, est une femme morte. Ceci est une vérité malheureusement des plus éclatantes. Jamais donc, au grand jamais, ne laissez un placenta dans l'utérus et ne vous arrêtez pour l'extraire que devant la violence qui tuerait, sinon plus sûrement encore, du moins plus immédiatement, la femme.

Je profite d'un fait de cette nature que nous venons d'avoir sous les yeux pour traiter aujourd'hui cette question devant vous.

Cette femme nous avait été apportée deux jours après être accouchée, sans avoir pu être délivrée. Le cordon avait cédé aux efforts tentés pour extraire le placenta, il s'était rompu. Après avoir examiné avec soin la malade, nous fîmes des tentatives réitérées pour avoir le placenta. Mais l'orifice interne du col utérin était tellement rétréci, que mes doigts ne pouvaient pas pénétrer. Et cependant cette femme n'avait pas pris d'ergot de seigle ; mais il y avait là une de ces dispositions que j'ai rencontrées plusieurs fois dans le cours de ma carrière.

J'essayai alors avec des pinces. Elles ne purent pas entrer non plus dans la cavité utérine. Je fis faire alors d'autres pinces non moins longues, mais beaucoup plus petites comme volume ; néanmoins, j'eus encore grand'peine à les introduire. Pourtant, enfin, elles pénétrèrent dans la cavité utérine, et je pus placer les deux branches de chaque côté ; puis, quand je crus sentir le délivre saisi entre les mors, je cherchai à l'extraire, avec la plus grande douceur bien entendu. Rien ne vint. Le placenta était-il ou n'était-il pas décollé ? Les faits militaient tout autant en faveur de l'une et l'autre hypothèse. Oui, il était décollé, pouvait-on dire, puisqu'il y avait un commencement de putréfaction. Non, pouvait-on dire aussi, puisque l'on n'avait aucune prise. Mais il est probable que la vérité était entre les deux, c'est-à-dire que le placenta était en partie adhérent, en partie décollé. Je dis « probable », puisque la femme ayant succombé au bout de quinze jours, nous n'avons pas encore examiné les pièces, nous réservant de le faire maintenant devant vous.

Examen des pièces anatomiques. — Le tissu utérin est confondu avec le tissu placentaire, ce qui nous explique l'insuccès des tentatives d'extraction. La main seule, si elle avait pu pénétrer, aurait pu aller à la recherche du délivre et l'extraire. Mais pour cela il eût fallu que la manœuvre eût lieu peu après l'accouchement, avant le resserrement du col.

A propos de ce cas, j'ai relevé tous les faits que j'ai pu rencontrer de rétention du placenta dans la matrice et, y joignant mes observations personnelles, savez-vous ce que j'ai trouvé? Un enseignement de la plus haute importance : Sur 68 femmes qui avaient gardé le placenta dans la matrice et qui ont été abandonnées aux efforts de la nature, 60 sont mortes !! Par contre, sur 120 femmes dans les mêmes conditions, chez lesquelles on est allé chercher le délivre en temps utile, et dont quelques-unes même étaient déjà épui-

sées par des pertes plus ou moins considérables quand on les a secourues, 4 seulement ont succombé !

Quoi de plus éloquent que de pareils chiffres : 60 sur 68 ; 4 sur 120 ! Aussi je n'ai rien à ajouter, la conclusion se tire d'elle-même.

Il me reste seulement, en m'appuyant sur de pareils chiffres, absolument vrais, à vous tracer la conduite à tenir en pareilles circonstances.

Une femme vient d'accoucher, le fœtus est expulsé, etc., que devez-vous faire? La délivrer. Mais quand et comment? Nombre d'hommes expérimentés vous disent, au bout d'un quart d'heure. Quant à moi, je ne connais pas de formule à ce sujet, et je dis hautement : « L'accouchement n'est pas une affaire d'horlogerie; mais il s'agit d'étudier les phénomènes de la délivrance et de savoir si et comment l'intervention de l'accoucheur est nécessaire. »

Que se passe-t-il après l'accouchement, c'est-à-dire après la sortie du fœtus? L'utérus s'abaisse et se rétracte, il devient dur, résistant comme un muscle de la vie de relation. Rien n'est plus facile à constater à travers les parois abdominales. Deux conséquences en résultent : l'une d'elles surtout est si importante que, si elle n'avait pas lieu, la femme serait un de ces insectes que l'on appelle des éphémères, qui coïtent, pondent et meurent.

Le premier effet des contractions utérines est de décoller les attaches, ordinairement molles, du placenta, les décoller de la circonférence vers le centre jusqu'à ce qu'il tombe. Mais à mesure que ce décollement se produit, les vaisseaux mis à nu versent des flots de sang, et la seconde conséquence de la rétraction de l'utérus est de faire cesser généralement tout de suite l'hémorrhagie.

Ceci dit, j'en reviens à ma question : Quelle conduite le médecin doit-il tenir après l'accouchement?

Dans les cas ordinaires, le temps ne fait rien à l'affaire, du moins dans une certaine mesure, et dès que vous constatez que l'utérus se rétracte bien, il vous est enjoint de rechercher si le placenta est décollé. Or, s'il n'y a ni état morbide, ni anomalie placentaire, le délivre doit être décollé. Mais il ne suffit pas de dire « cela doit être », il faut pouvoir dire « cela est ». Alors vous saisissez doucement de la main gauche le cordon, tandis que l'index de la main droite, le suivant dans son trajet, rencontre à un moment donné le placenta, bien reconnaissable à ses caractères, et notamment à ses ramifications en relief. Or si vous le sentez déjà introduit, même légèrement, dans l'orifice du col, c'est qu'il est décollé.

Si, cette constatation faite, vous attendez tout de la nature, il est certain que celle-ci achèvera son œuvre. Néanmoins je n'y vois aucun avantage, mais seulement des inconvénients : tout d'abord cela nécessitera des contractions douloureuses dont la durée, plus ou moins longue, peut aller jusqu'à vingt-quatre heures, c'est-à-dire un véritable petit accouchement après le grand ; cela peut amener ensuite des pertes, des hémorrhagies, etc. Il y a donc tout avantage à y parer par une intervention *bien comprise*, telle qu'en France depuis trois cents ans on la pratique, intervention basée sur la raison et sur la prudence.

Donc le placenta est décollé, vous en êtes certain, et vous cherchez à l'extraire par un moyen rationnel : vous saisissez le cordon ombilical enroulé deux ou trois fois autour du doigt jusqu'à ce que votre main arrive au contact de la vulve, afin de rendre vos tractions douces plus efficaces. Vous tendez doucement le cordon, qui se détend de lui-même au fur et à mesure que le placenta progresse dans sa sortie de la matrice ; mais vous continuez à le tendre *sans jamais le lâcher ni l'abandonner*, quand même la délivrance devrait durer une heure, ce qui n'est pas ; le plus long temps que je sois resté dans cet état de tension continue n'a pas dépassé vingt-cinq minutes. Il s'agissait d'un de ces placentas immensément larges, quoique peu épais, comme je n'en avais jamais vu. Tout se résume donc pour la délivrance en ces deux mots : *tendre* et *attendre;* mais, je le répète, quand on est *certain* que le placenta est décollé. En effet, si, d'une part, il n'est pas décollé et que, de l'autre, le cordon ombilical soit solide, résistant, vous amènerez infailliblement l'utérus à vous en le renversant comme on retourne un doigt de gant, et ce avec toutes les conséquences effroyables qui peuvent s'ensuivre. Si, au contraire, l'utérus résiste au renversement, le cordon casse, et votre femme se trouvera dans la situation de celle dont vous venez de voir les pièces anatomiques.

Pendant vingt-cinq ans, je n'ai jamais cassé un seul cordon ; depuis lors, cela m'est arrivé une fois, une seule dans ma vie, dans des conditions tout à fait exceptionnelles, mais le mal, heureusement, a pu être réparé immédiatement, ma main pouvant pénétrer aussitôt dans l'utérus et aller y chercher le délivre.

Voici pour les cas ordinaires; mais ce qui est plus embarrassant, c'est la conduite à tenir dans les cas où les choses ne se passent plus normalement.

C'est ce que nous examinerons dans notrepr ochaine leçon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 janvier 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Expérience de Galvani. — M. CH. RICHET adresse une note dans laquelle il déclare avoir refait l'expérience dans les conditions indiquées par M. d'Arsonval et avoir reconnu comme lui qu'on n'observait pas de contraction musculaire après avoir desséché le mercure.

Mesure de l'acuité auditive. — M. GELLÉ étudie la durée de l'excitation sonore nécessaire pour la perception et a fait construire un *acoumètre* basé sur cette notion.

Après avoir rappelé brièvement les divers moyens de constater l'acuité auditive, M. Gellé a cherché à la mesurer autrement qu'en modifiant l'intensité ou la distance, ou la tonalité, ou le timbre, ou les associations diverses des sons qu'on donne à entendre au sujet. L'expérience clinique lui a montré que, l'intensité et le ton restant égaux et constants, on obtient des résultats très différents de ces épreuves d'audition, suivant le temps pendant lequel on laisse le corps sonore en face du méat auditif. En un mot, la durée de l'excitation est un facteur important de l'audition. De là l'idée de mesurer cette durée. M. Gellé, au cours de ses essais, est arrivé à installer le dispositif simple suivant, qui donne toute facilité pour les expériences sur la durée de l'excitation sonore et pour la mesurer en même temps.

Une lame d'acier de 60 centimètres est fixée dans un étau et oscille dans le plan horizontal. Son extrémité libre porte un diapason fort, ou mieux un téléphone qui transmet, au moyen d'un courant de pile, le son du trembleur ou d'un diapason placé dans le circuit, son que l'on gradue à volonté au moyen de la bobine à chariot et que l'on donne très atténué sur la limite de la perception du sujet (seuil de l'excitation). Celui-ci place son oreille au centre d'un anneau où elle reste immobile et toujours à la même distance du corps sonore.

Les choses ainsi disposées, on écarte le téléphone d'un nombre

de centimètres calculé sur une échelle graduée horizontale, placée sur la planche de chêne qui supporte l'appareil, et le son passe devant le méat auditif avec une vitesse d'autant plus grande que l'écart a été plus étendu; or l'oscillation simple de la lame a été reconnue durer un quart de seconde. Si le chemin parcouru dans une allée de celle-ci est, par exemple, de 20 centimètres, le son à son passage devant l'oreille aura une durée de 1/80e de seconde. Si l'oscillation a 30 centimètres d'étendue, la durée de l'excitation au passage du corps sonore devant le méat sera de 1/120e de seconde, etc. M. Gellé remarque que l'on arrive très vite, en opérant ainsi, à connaître la limite de la perception, c'est-à-dire la durée de l'excitation indispensable pour qu'il y ait sensation sonore. On se trouve donc posséder une méthode et un instrument qui fournissent la notion de la durée de l'excitation sonore nécessaire à l'audition, ce qui permet de mesurer l'acuité auditive du sujet.

La séance est levée.

Séance du 6 février 1886. — Présidence de M. Paul BERT.

COMMUNICATIONS

Formation des cartilages articulaires. — M. RETTERER fait une communication dans laquelle il fait connaître les résultats de ses recherches sur la formation des cartilages articulaires chez les vertébrés. Il ressort de ces recherches que les cavités articulaires sont le résultat de la rencontre de deux couches chondrogènes.

Un réflexe particulier. — M. DASTRES appelle l'attention sur un réflexe particulier, parfaitement localisé, qu'il a constaté chez le chien. Sous l'influence de l'excitation la plus légère produite sur la lèvre supérieure d'un chien, on voit se produire un mouvement de projection en avant dans le maxillaire inférieur. Quelles sont les voies par lesquelles se transmet cette excitation? Évidemment par une branche du nerf maxillaire supérieur, et la voie de retour se fait par le nerf facial ou l'hypoglosse. Ce réflexe se produit, l'animal étant sous l'influence des narcotiques ou du chloroforme. Il disparaît assez tard.

Retard de la contraction résultant de l'électrisation des circonvolutions cérébrales. — M. DUPUY rappelle que l'on constate un vingt-cinquième de seconde de retard dans la contraction musculaire produite par l'électrisation des circonvolutions cérébrales. S'étant servi, pour produire cette excitation, de l'aiguille de platine à électrolyse, il a constaté que ce retard n'existait plus quand l'aiguille traversait la pie-mère.

Mouvement de giration provoqué par la piqûre du pédoncule cérébral. — M. LABORDE rappelle que, dans l'une des dernières séances, M. Dupuy faisant une communication sur certaines lésions expérimentales de l'isthme de l'encéphale, déclarait qu'après avoir fait la section complète d'un pédoncule cérébral d'un côté, il avait observé la continuité des mouvements des deux côtés du corps de l'animal. Il ajoutait que l'animal présentait aussi, dans ces cas, un mouvement de giration. C'est sur le point de départ exact de ce mouvement de giration que M. Laborde veut appeler l'attention.

La simple piqûre d'un pédoncule cérébral détermine un mouvement de manège se produisant constamment du même côté. Si, au lieu du pédoncule cérébral seul, on vient à piquer les fibres transverses qui constituent le pédoncule cérébelleux moyen, on détermine un mouvement de roulement ou de giration sur l'axe. La piqûre du pédoncule cérébelleux inférieur a pour conséquence que l'animal se met en cercle de telle sorte que sa tête et sa queue viennent à se toucher. On peut avoir des phénomènes mixtes quand la lésion n'est pas exactement localisée aux points que vient de désigner M. Laborde.

Fatigue de l'accommodation; intermittence de la sensation sonore à la limite de la perception. — M. GELLÉ. Un sujet perçoit la montre à 20 centimètres; laissez la montre à la même place, et interrogez plusieurs fois l'audition : le son est d'abord perçu; puis il l'est moins nettement; enfin il disparaît. Quelques secondes après, la sensation renaît, devient vive et nette, et peu à peu s'éteint encore, bien que le corps sonore soit immobile. Évidemment, ces intermittences de la sensation tiennent uniquement à des modifications dans l'état fonctionnel du sujet en expérience.

Un individu dur d'oreilles, perçoit le son du téléphone animé par un aimant de pile d'intensité moyenne, brusquement, en éloignant la bobine à chariot vous abaissez l'intensité du son d'une façon marquée, mais dans la limite de perception du sujet, connue d'avance. A ce moment un silence se fait, le sujet ne perçoit plus rien pendant un temps qui dure de quelques secondes à une minute et plus; puis le son est de nouveau faiblement perçu. Cet intervalle silencieux intermédiaire aux deux sensations d'intensités différentes n'existe pas chez l'individu dont l'ouïe est normale. Il y a donc chez le sourd un retard dans la perception des sons faibles; et l'appareil de transmission se prête et s'accommode lentement, ou ne s'accommode pas du tout; mais ces effets de l'accommodation et la fatigue de l'organe sont manifestes sur l'oreille saine comme sur l'oreille sourde, par les intermittences de la sensation à la limite de la perception.

M. PAUL BERT, au moment de lever la séance, adresse ses adieux à ses collègues et les prie d'accepter sa démission.

ÉLECTION

M. Dubois est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'inauguration de la statue de Claude Bernard a eu lieu hier dimanche, à dix heures du matin, comme nous l'avions annoncé. Cent cinquante à deux cents personnes seulement y assistaient; il est vrai qu'aucune estrade n'avait été dressée et que l'inauguration se faisait en plein air, sur la plate-forme où la statue est dressée et par un froid des plus vifs.

Les discours ont été prononcés d'abord par M. Paul Bert, président du comité d'organisation, qui rappelle la grande œuvre de l'illustre savant et ses belles découvertes; puis par M. Berthelot, qui, témoin de sa vie, a raconté les liens qui ont rattaché toute la vie scientifique de Claude Bernard au Collège de France. Viennent ensuite M. Chauveau, parlant au nom de la ville de Lyon, patrie du savant physiologiste; M. Dastre, évoquant l'homme lui-même, c'est-à-dire sa simplicité, sa sereine bienveillance, sa hauteur morale enfin qui s'alliait à sa grande intelligence; M. Frémy, saluant d'un dernier hommage l'ancien professeur du Muséum; enfin M. Renan qui est venu remercier tous ceux qui ont concouru à l'édification du monument de Claude Bernard, tous ceux qui ont voulu, membres de l'Institut, professeurs et étudiants, lui rendre un dernier hommage en assistant à l'inauguration d'hier.

— M. le professeur Verneuil vient d'adresser à M. le docteur Lereboullet, le nouveau rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, une lettre demandant la création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose. — La première liste de souscription s'élève à 4270 francs. Les souscriptions peuvent être adressées à M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

— M. le docteur Durand-Fardel commencera un cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques, le mardi 9 février, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. — Ce cours sera fait en 12 leçons.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19002.

25

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

« Un grand nombre d'accidents « morbides dont la cause paraît « ignorée sont dus à un état de « constipation habituelle.

. . . .

« Loin de modifier heureuse« ment la constipation, les pur« gatifs l'augmentent et la ren« dent presque invincible.

« Professeur TROUSSEAU. »

Les expériences nombreuses faites depuis 1872 dans les hôpitaux ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation habituelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépatique.

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous les matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées sans aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. — En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents dont elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.

Prix : 3 fr. la boîte dans toutes les pharm.

52

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 *milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).*

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le plus grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, quoique au même titre d'excitant général de la nutrition. — Dans les névralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scrofule, c'est-à-dire dans un très grand nombre de manifestations.

Un, puis deux granules aux deux principaux repas.

Prix : 3 fr. le flacon dans toutes les pharmacies.

42

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

21

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph^ies.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU DR CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

46

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Préparés par E. MOUSNIER, *pharmacien à Saujon.*

Médication à base d'arséniate d'antimoine

(0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Régulateur de la circulation, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Catarrhe, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : Ph^ie GIGON, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes pharmacies.

Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

49

La Direction de la Source amère purgative *de*

FRANÇOIS-JOSEPH

A BUDAPEST

*a l'honneur de soumettre à MM. les Médecins l'*ANALYSE COMPARATIVE CI-DESSOUS, *en les priant de prescrire comme essai, s'ils ne l'ont déjà fait, cette eau, qui se trouve chez les Pharmaciens et Marchands d'Eaux minérales, sous le nom de* FRANÇOIS-JOSEPH.

Par litre.	Sulf. de magnésie.	Sulf. de soude.
FRANÇOIS-JOSEPH . . .	21^gr,60	20^gr,70
HUNYADI-JANOS	16^gr,01	15^gr,91

Paris, 16 mai 1878. Eug. BOUTMY.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, ph^ien, 41, B^rd Haussmann et t^tes ph^ies.

15

CHLORO-ANÉMIE, NERVOSISME, ETC.

Gouttes concentrées de

PEPTONATE DE FER ROBIN

(*15 à 20 g^ttes par repas ou 0,05^cs fer assimilable.*)

Gros : TROUETTE-PERRET, 165, r. St-Antoine, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

120

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

41

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

19

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0^g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

65

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 c^gr. . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Ph^ien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

51

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

69

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.

Ph^ie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Ph^ies.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

74

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

43

CAPSULES VIDES LE HUBY

ENVELOPPES A MÉDICAMENTS

préparées par **CH. LE PERDRIEL**, 11, r. Milton.

Ces capsules permettent l'absorption facile et sans dégoût de tous les médicaments solides ou liquides.

Leur forme cylindro-sphérique les fait avaler sans peine.

Leur solidité est suffisante pour empêcher la rupture dans la bouche.

Leur grande solubilité dans l'estomac assure un effet immédiat.

Cinq numéros de capacités différentes.

MM. les docteurs recevront, sur leur demande, une boîte d'échantillons assortis.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

10

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu de Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle.	(no 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle.	(no 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(no 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supérr.	(no 4)	pr adultes :	15c 1/2

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris: le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

416

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

8

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

51

PRODUITS OLOQUINIQUES

OLOQUINA PATON

Cette préparation, déjà ancienne, est conseillée par beaucoup de médecins dans tous les cas où le quinquina est indiqué. Elle se recommande par son dosage toujours identique et par le choix rigoureux des écorces de quinquina qui entrent dans sa préparation.

La petite cuiller qui accompagne chaque flacon représente la quantité nécessaire pour un verre à bordeaux de vin de quinquina.

Prix du flacon : **1 fr. 50.**

ÉLIXIR OLOQUINIQUE DUGUET

A la fibrine musculaire et au JUS de VIANDE DE BŒUF

Chaque verre renferme : Extrait de quinquina, 10 centigrammes.

Fibrine musculaire dissoute et jus de viande retiré par expression de : Viande de bœuf, 75 gr.

D'un goût très agréable, d'une conservation indéfinie, il est tout à fait inutile de détailler les cas, les maladies, etc., dans lesquels son emploi peut être prescrit. La nature de la préparation l'indique suffisamment par elle-même. D'ailleurs, en pareille circonstance, le médecin est seul juge.

Prix du flacon : **3 fr. 50.**

NOTA. — MM. les médecins qui désireraient expérimenter ces produits sont priés de s'adresser à M. DUGUET, qui se fera un devoir de leur être toujours agréable. Deux échantillons de chaque produit seront mis immédiatement à leur disposition.

LABORATOIRE A LONGJUMEAU (S.-et-O.).

Vente en gros : DUGUET, pharmacien de 1re classe, 12, rue de Sévigné, Paris.

Détail dans toutes les pharmacies.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes et Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L'ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la **Pommade** et les **Suppositoires** de ROYER (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon fo à MM. les médecins. Phie A. DUPUY, sucr de ROYER, 225, r. St-Martin.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

72

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies.

Exiger la signature. *A. Sabourdy*

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

21

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre.* Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL, 11, rue Milton, et pharmacies.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

32

GOITRES, GLANDES, SCROFULES

Diminuent dès les premières applications et guérissent par l'emploi du véritable **Sirop de Bochet Iodé** et la **Pommade Résolutive de Bertrand aîné.** Les attestations de guérison reçues sont la meilleure preuve de l'efficacité de ces deux remèdes. — Phie Bertrand aîné, Hantzer successeur, 21, place Bellecour, à Lyon.

78

ERGOTININE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous ne nous étions pas exagéré l'émotion que pourrait produire à l'Académie de médecine la lecture de M. Gautier. Déjà les séances se prolongent au delà de l'heure réglementaire et, ce qu'on ne voyait plus depuis longtemps, un grand nombre de membres restent jusqu'à la fin.

C'est qu'en effet il s'agit des problèmes les plus actuels, les plus inquiétants, puisque les solutions que l'on peut leur donner doivent avoir des applications immédiates dans la pratique, soit de la médecine, soit surtout de la chirurgie.

A côté de la théorie, aujourd'hui pleinement dominante, des microbes, voici celle des leucomaïnes. Il est vrai que M. Gautier, qui a fourni tous les éléments pour cette dernière, se garde bien, sans doute par modestie pure, de vouloir paraître ébranler l'autre. Il a soin de faire, au contraire, la part aussi large que possible à ces cellules organisées qui, vivant de leur vie à part, viennent jouer un rôle parasitaire dans les grands organismes.

Mais le principe nouveau qu'il a introduit dans la science et qui, il faut bien le dire, constitue sa grande découverte, le principe que les tissus, avec les cellules ou les éléments non cellulaires qui entrent dans leur composition, jouissent eux-mêmes des propriétés réservées jusqu'ici à ces cellules à part constituant par elles-mêmes des êtres séparés, ce principe est un puissant ferment qui, dans les théories modernes, nous paraît appelé à jouer un grand rôle, que ne laisserait pas supposer tout d'abord le peu de place qu'il occupe. N'en est-il pas d'ailleurs ainsi des microbes de M. Pasteur?

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

La fièvre typhoïde chez les enfants (1).

III

Il nous reste, pour terminer ce qui a trait à la question qui nous a occupés dans les deux précédentes leçons, à vous tracer : 1° le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de quelques affections avec lesquelles on pourrait la confondre ; 2° son traitement.

La première forme de la fièvre typhoïde, sa forme légère, peut ressembler à un embarras gastrique, à une angine inflammatoire simple, à un état bilieux fébrile. Cependant, dans ces divers états, l'instantanéité du début permettra de les différencier de la fièvre typhoïde, ainsi que l'examen de la gorge, par exemple, pour l'angine; de plus, l'état de la langue, lancéolée, rouge sur les bords et à la pointe, la sensibilité de la fosse iliaque droite au bout de quelques jours, la persistance du mouvement fébrile avec paroxysmes le soir, les vomissements, etc., sont les signes de la fièvre typhoïde.

La fièvre intermittente des enfants est plus difficile à diagnostiquer, mais elle revêt souvent chez les petits enfants le type double tierce ou tierce.

La seconde forme de la dothiénentérie peut ressembler quelquefois, à s'y méprendre, soit à une affection du cerveau, soit à une pneumonie, soit à une affection abdominale, et ce n'est que péniblement qu'on arrive, dans quelques cas insolubles les premiers jours, à un diagnostic certain.

Voyons d'abord pour la méningite tuberculeuse. Ici les prodromes sont, à peu de chose près, les mêmes, sauf les douleurs de tête qui sont gravatives, paroxystiques le soir et la nuit; ce n'est plus une simple céphalée mais une céphalalgie véritable. Ajoutons : l'agitation des membres, le front plissé, la figure inquiète, grimaçante, alternativement pâle et rouge, l'air hagard, un peu de strabisme, les vomissements spontanés en dehors de toute ingestion de boissons ou d'aliments, et surtout la langue nette, non abdominale, la constipation opiniâtre, le ventre creux, rétracté, douloureux au niveau des attaches des muscles droits, les taches méningitiques, l'absence de douleurs dans la fosse iliaque droite, de râles dans la poitrine, le ralentissement et l'irrégularité du pouls qui présente parfois des intermittences franches au début, une température peu élevée (38 degrés), à oscillations irrégulières, enfin des phénomènes de paralysie, de contracture, etc., en un mot tout un ensemble symptomatologique caractéristique de la méningite.

Certaines affections de l'appareil respiratoire ressemblent aussi parfois à la fièvre typhoïde au début. Ainsi la pneumonie des enfants peut être une cause d'erreur, surtout si vous n'avez aucun renseignement fourni par les parents; cependant ici encore, l'absence de prodromes et l'instanta-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 92.

néité du début, le visage empourpré, la respiration haute et fréquente, la toux sèche, petite, le battement des ailes du nez, etc., vous mettront sur la voie d'une pneumonie, que la percussion et l'auscultation du deuxième au quatrième jour confirmeront définitivement.

Quant à la phthisie pulmonaire subaiguë, les caractères différentiels seront tout d'abord les signes stéthoscopiques beaucoup plus prononcés au sommet, dans la phthisie, qu'à la base du poumon où on les rencontre d'habitude dans la fièvre typhoïde compliquée d'accidents thoraciques. La matité à la percussion des sommets, les antécédents, la conservation de l'intelligence, la netteté des réponses seront encore des signes différentiels de la phthisie.

Je ne parlerai pas de la broncho-pneumonie qui n'apparaît jamais au début de la fièvre typhoïde, mais qui lui est toujours secondaire.

J'arrive maintenant aux affections abdominales et d'abord à l'entérite, plus facile à confondre chez les petits enfants que chez les adultes, bien que chez les petits sujets de deux à trois ans la fièvre typhoïde soit assez rare. Mais il y a des entérites qui s'accompagnent chez eux de coma, de convulsions, de phénomènes adynamiques, d'une constipation apparente survenant après la diarrhée, etc., etc. Voici cependant des éléments de diagnostic : l'entérite débute par des douleurs vives dans le ventre, avant, pendant et après les selles; les matières sont glaireuses, verdâtres, liquides, ce que vous ne trouvez pas dans la fièvre typhoïde; dans celle-ci, ce qui domine, c'est l'état général, tandis que dans l'entérite, c'est l'état local. Dans l'entérite, avant d'en arriver à la période grave, l'enfant a conservé son intelligence, il répond aux questions; même dans la forme adynamique, il répond encore nettement et reste lucide, malgré son état de faiblesse et d'épuisement.

Les malades atteints de typhlite ou de pérityphlite peuvent ressembler aussi à des typhoïdiques, mais ils n'ont pas de céphalalgie, pas d'insomnie ni d'agitation nocturne, et le système nerveux reste indemne, ce qui est le contraire dans la fièvre typhoïde.

La péritonite tuberculeuse peut quelquefois en imposer aussi pour une dothiénentérie; cependant l'intensité des phénomènes locaux et l'état du système cérébro-spinal, beaucoup moins atteint que dans cette dernière affection, permettront généralement de l'en différencier. Pourtant je me suis trouvé une fois chez une jeune fille, pendant assez longtemps, près d'un mois, dans l'incertitude du diagnostic à émettre. La péritonite avait débuté chez elle dans la fosse iliaque droite, par le cæcum, puis le péritoine s'était pris, se généralisant peu à peu, et la maladie mit six mois à se développer.

Le pronostic de la fièvre typhoïde des enfants n'est pas aussi grave que celle des adultes parce que le poison typhique a moins de prise chez les premiers que chez les seconds.

La fièvre typhoïde se rencontre à tous les âges chez les enfants; on l'a vue avant l'âge de vingt mois, mais je ne l'ai jamais observée chez d'aussi petits êtres. Comme étiologie, j'ajouterai qu'elle peut être spontanée : l'acclimatement, un travail excessif, une alimentation mauvaise et insuffisante en seront les causes; elle peut se produire par infection, par l'émanation des fosses d'aisances ; elle peut résulter de la contagion, se propageant par les matières alvines. Vous savez qu'à Paris elle est endémique et qu'elle y procède quelquefois aussi par épidémie.

Mais je passe rapidement pour en arriver au traitement, tel que je le comprends. Pour un certain nombre de médecins, dès que la maladie est reconnue, le traitement est toujours le même. C'est là une erreur grave ; en médecine, il n'y a pas que des maladies, il y a aussi des malades.

Il y a tout d'abord un traitement général, pour tous, quelle que soit la forme de la maladie. Il consiste en ceci : mettre l'enfant pendant le jour dans une pièce et pendant la nuit dans une autre pour le changer de milieu et de lit, mais, bien entendu, sans le refroidir ; faire dans la chambre des malades des pulvérisations de thymol; activer les fonctions de la peau par des lavages, des lotions aromatiques à température douce, toilette de la bouche, toilette génitale, toilette rectale, lavements quotidiens avec deux ou trois verres de liquide qui sont comme de véritables bains internes; un ou deux laxatifs légers par semaine ; boissons délayantes, fraîches, acidulées, agréables (groseille ou citron).

Quant au traitement proprement dit, il varie selon le septénaire auquel la maladie est parvenue. Pendant le premier septénaire, s'il existe une grande agitation, on prescrit l'aconit, la teinture de musc et le sirop de codéine, en potion, par exemple, sous la formule suivante :

Eau de laurier-cerise.	10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit .	5 à 8 gouttes.
Teinture de musc	10 gouttes.
Sirop de codéine.	6 à 8 grammes.

Dans le second septénaire, les soins de propreté que nous avons indiqués tout à l'heure seront continués, de plus on aura recours à l'alcool, au perchlorure de fer et à l'opium. Je donne l'alcool à tous mes petits malades sous quelque forme que ce soit, (grog, vin d'Espagne, potion cordiale du Codex, etc.), parce qu'il a pour double effet d'abaisser la température trop élevée et de soutenir les forces; je donne le perchlorure de fer par doses de 2 gouttes, de façon à en faire prendre 12 gouttes dans les 24 heures, chez les enfants âgés de huit à quinze ans afin de les empêcher de décliner, même en l'absence de toute hémorrhagie. J'en ai maintes fois observé les bons effets dans le second septénaire. Enfin je prescris l'opium sous la forme de laudanum en lavements dans certaines indications sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. De plus, j'ai soin d'alimenter l'enfant avec du bouillon, du lait, de l'eau rougie.

Dans la troisième période de la maladie, le quinquina, la noix vomique, l'ergot de seigle peuvent être utilisés pour le rétablissement des choses quand la maladie est sur le point de se terminer.

Après une constipation assez opiniâtre, les enfants ont parfois, dans la fièvre typhoïde, une diarrhée très abondante; alors le laudanum est indiqué à la dose de 4 à 5 gouttes en lavements matin et soir, afin de diminuer une sécrétion intestinale sérieuse dont le résultat serait l'épuisement rapide des forces, la gangrène, des eschares, etc.; j'y joins des fomentations sur le ventre.

La fièvre typhoïde peut se compliquer d'accidents divers : 1° d'accidents cérébraux ; dans ce cas pas d'opium, pas de sirop de codéine. Ce dernier est bon seulement pendant un jour ou deux pour combattre une céphalée très vive, mais il ne faut pas le continuer. Par contre, je conseillerai la valériane, l'assa fœtida, le musc et surtout le chloral à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme en lavement; j'ajoute 10 gouttes de musc, du camphre, de la valériane si cela est nécessaire, comme calmants non déprimants; de plus je fais

envelopper les jambes dans des bottes de ouate sinapisée.

2° Les accidents thoraciques ne sont pas rares chez les enfants, d'où je condamne les bains froids donnés à tout propos. J'interdis aussi les antimoniaux, les vomitifs, l'ipéca, le polygala, le kermès, l'opium, car ils ne font qu'abattre davantage l'enfant. Mais il faut agir vite par les révulsifs, les ventouses sèches en grand nombre, les vésicatoires volants d'une application de très courte durée (3 heures seulement) et pansés avec soin; par l'alcool à haute dose, l'acétate d'ammoniaque, les excitants diffusibles.

3° Les hémorrhagies intestinales sont rares chez les enfants; on les combat par des boissons glacées, par l'eau de Rabel à la dose de 4 grammes, par le perchlorure de fer, la glace sur le ventre, l'ergotine, etc. Il est rare qu'on soit obligé d'en arriver au tamponnement, dans le cas d'épistaxis, cependant si cela est nécessaire on prend des lanières d'amadou trempées dans un mélange d'eau et de perchlorure de fer et on les pousse aussi loin que possible dans les fosses nasales, on les maintient au moyen d'une plaque d'amadou et d'une ligature bien faite et on laisse le tout en place jusqu'à ce que les lanières tombent d'elles-mêmes par suite des mucosités dont elles s'imprègnent peu à peu.

Enfin, il faut avoir soin de surveiller le siège en raison des eschares qui pourraient se former.

Les formes ataxique et ataxo-adynamique exigent un traitement particulier. Les malades présentent une thermalité excessive; vous pouvez recourir alors, tout en continuant l'alcool, aux bains *frais*, pour obtenir une détente du système nerveux, bains d'une température de 22 à 25° dans lesquels vous plongez le malade 3 ou 4 fois par jour pendant quelques minutes; puis vous l'essuyez avec le plus grand soin et le remettez au lit.

Voilà les cas où les bains frais sont utiles de même que dans les cas où vous avez affaire à une congestion pulmonaire double, relevant du système nerveux.

Dans la forme franchement adynamique je prescris le quinquina, le fer, la noix vomique ou l'ergot de seigle, en insistant, de même que dans la forme putride, sur l'alcool et les toniques généraux.

Quant à la période de convalescence, je ne saurais trop vous mettre en garde contre le danger d'alimenter trop vite les malades, sous peine de rechute, contre le danger aussi de tout refroidissement pouvant amener des accidents pulmonaires.

Tels sont, en somme, rapidement esquissés, les moyens de soulager l'enfant atteint de fièvre typhoïde et de faire évoluer le mieux possible cette maladie.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Par le docteur L. Guesdon.

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin [de New-York], A. Dumas [de Cette], de Molènes).

L'excellent travail publié par le docteur A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très refractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les pilules Moussette par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le docteur Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880.)

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre cette complication que le docteur Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et à moins de cas exceptionnels on ne devra pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les véritables pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable, et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Laugier et Motet, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale;

2° Une lettre de M. Paulet, qui sollicite le titre de correspondant national;

3° Un mémoire intitulé : *Recherches sur la transmission, l'incubation et la prophylaxie de la rougeole*, par M. Geschwiad, médecin-major de première classe.

RAPPORT

Sur l'épidémie de choléra en Bretagne. — M. PROUST rend un compte sommaire de la mission qu'il vient de remplir en Bretagne, accompagné de M. le docteur Charrin. Ce dernier surveille actuellement l'exécution des mesures prescrites.

---

(1) Docteur A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette. *De l'aconitine; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

Le choléra est apparu à Concarneau le 18 septembre. Il s'y est éteint le 2 février, après 35 décès.

Au Guilvinec, il y a eu 71 décès entre le 1er octobre et le 24 décembre.

A Audierne, 144 décès, du 25 octobre au 15 janvier.

A Kerhnou, 15 décès, du 27 octobre au 30 novembre.

A Brest, 39 décès, du 3 novembre au 1er février.

A Douarnenez, l'épidémie a commencé le 13 octobre; elle y a produit 65 décès, et elle n'y est pas encore éteinte.

A Quimper, il y a eu 35 décès cholériques, du 29 novembre au 1er janvier,

A l'ile de Sein, 24 décès, du 4 décembre au 24 janvier.

Enfin, à Plougastel, il y a eu dans une seule maison trois cas qui se sont terminés par la mort, les 14 et 15 janvier.

M. le rapporteur expose les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles se trouvaient toutes ces localités. Il conclut en ces termes :

1° L'importation du choléra à Concarneau et à Quimper est probable ; elle est absolument démontrée pour le Guilvinec, Audierne et Douarnenez;

2° Dans aucune de ces localités, il n'existait, avant l'apparition du choléra, de constitution médicale dite prémonitoire. Les médecins de Concarneau, du Guilvinec, d'Audierne et de Douarnenez sont très affirmatifs sur ce point. Ils font même remarquer que la santé générale était exceptionnellement bonne depuis un ou deux mois, lorsque les premiers cas de choléra se sont montrés. Ce ne fut que plus tard, lorsque le choléra était tout à fait installé, que l'on a observé des cas de cholérine et de diarrhée ;

3° Le choléra est resté à peu près circonscrit dans les villes et les villages placés au bord de la mer. Ce fait s'explique par l'habitude qu'ont les habitants de ces ports de ne pas se porter vers l'intérieur du pays. Quelques cas se sont montrés cependant dans les localités du voisinage à la suite de l'arrivée de quelques émigrants. Quimper, chef-lieu du département, qui a de plus fréquentes relations avec les villes du littoral, est la seule ville de l'intérieur qui ait été le siège d'une épidémie;

4° Dans chacune des localités atteintes, à Quimper comme dans les différents ports, le choléra est resté localisé, surtout dans certains quartiers, et il a présenté le caractère des épidémies de maison;

5° Les personnes frappées appartenaient presque toutes à la classe pauvre ; un grand nombre étaient des alcooliques. Les corps de troupe ont été épargnés. Ils avaient été soumis à une surveillance spéciale, à des mesures d'hygiène disciplinairement exécutées;

6° Il est urgent, dans toutes les localités, de faciliter l'écoulement des eaux; plus particulièrement à Poulqoazec, il est urgent de faciliter l'écoulement des matières putrides qui encombrent la rue principale, d'autant qu'au bas de cette rue se trouve le puits qui alimente cette localité ;

7° L'eau a joué un rôle évident dans la propagation de la maladie au Guilvinec. Cette action paraît probable à Quimper et pour un quartier de Douarnenez. Elle a été nulle à Audierne et surtout à Concarneau;

8° Les habitations présentent de nombreuses conditions d'insalubrité, au point de vue du sol de l'habitation, de l'absence d'air, de l'encombrement, de la forme des lits, etc.;

9° Il n'y a presque jamais de cabinets d'aisances dans les maisons. On trouve dans quelques-unes d'entre elles des sortes de tinettes appelées *bailles*. Ces bailles ne sont pas couvertes le plus ordinairement, et quand il y a un couvercle, l'occlusion n'est jamais que très imparfaite. Habituellement, les matières sont projetées sur le sol, devant les maisons, et vont infecter la nappe souterraine.

10° Les villes et les villages qui offrent les conditions hygiéniques les plus déplorables ont été le plus frappés par l'épidémie. Au Guilvinec, où ces conditions sont plus particulièrement défavorables, le choléra a sévi à diverses reprises avec intensité. Il a épargné le Chiâgat, village situé en face, dont les conditions sont bien supérieures;

11° Un certain nombre de mesures ont été prises pour combattre l'épidémie; on a cherché partout à désinfecter les matières; mais l'isolement, à part ce qui a été fait à Quimper, n'a été pratiqué nulle part; sauf à Douarnenez, les tentatives de désinfection des chambres ont été nulles ou très imparfaites. Néanmoins, dans toutes les villes que nous avons visitées, nous avons pu constater la diffusion des idées de désinfection;

12° Les mesures immédiates d'hygiène visent surtout l'isolement et la désinfection des locaux. Il sera nécessaire d'exiger une surveillance rigoureuse au moment de l'encombrement qui aura lieu à Audierne et au Guilvinec à l'époque de la pêche.

Les mesures ultérieures visent plus spécialement l'usage d'eau pure, la suppression des puits, l'entretien des rues et la création de fosses d'aisances.

RAPPORT

Sur le raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles. — **M. POLAILLON** lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Martel (de Saint-Malo) sur ce sujet. Chez un jeune homme de trente-deux ans qui avait eu la jambe écrasée sous une roue de tombereau, au bout de deux mois, après la chute des eschares, il existait une plaie beaucoup trop étendue pour que la cicatrisation parût possible. C'est dans ces conditions que le 25 février 1883, M. Martel se décida à réséquer le tibia et le péroné, fracturés l'un et l'autre, sur une longueur de 75 millimètres. Les sections osseuses dont la direction était oblique de haut en bas et de dehors en dedans portèrent à la fois sur les fragments supérieurs et inférieurs qui furent réunis par un fil d'argent après avoir été mis en contact par le tassement des parties molles. Au bout de trois mois, la consolidation était obtenue, la cicatrisation des téguments se fit parfaite et linéaire sur la plus grande longueur.

Après la guérison, la jambe présentait un raccourcissement de 7 à 8 millimètres, mais le pied avait repris toute sa mobilité et supportait bien le poids du corps. Le malade marchait sans canne grâce à une épaisse semelle de linge.

Les résultats sont donc des plus encourageants, et on peut, à l'imitation de M. Martel, au lieu d'amputer, réséquer dans des cas où la destruction trop étendue des parties molles ne permet pas d'espérer une cicatrisation.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Martel ; 2° de conserver son travail dans les archives de l'Académie ; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Adopté.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES ET LEUCOMAINES

M. GAUTIER est heureux de l'approbation d'un clinicien tel que M. Peter, qui, avec sa perspicacité et son tact médical, a voulu tirer de ces études toutes les conséquences qu'elles lui paraissaient comporter.

Il est un point sur lequel M. Gautier est absolument d'accord avec lui. L'organisme animal fabrique incessamment des matières vénéneuses, et leur imparfaite élimination, aussi bien que leur destruction incomplète par l'oxygène du sang, est la cause de cette autoinfection ou autotyphisation qui débute le plus souvent sur un point de l'organisme, pour se généraliser ensuite, grâce à l'action du poison sur les centres nerveux.

Mais M. Gautier ne pense pas que l'on puisse déduire de ses recherches la conséquence de la *spontanéité* de la maladie dans ces très grands nombres de cas où on la voit se terminer par la contagion, directe ou indirecte, de l'organisme malade à l'organisme sain, en plein fonctionnement physiologique normal, et moins encore dans ceux où il est bien certain que le contage est un de ces ferments cellulaires dont nous connaissons aujourd'hui, grâce aux beaux travaux de M. Pasteur, la constitution, l'organisation et l'évolution, ferment par lequel apparaît et sans lequel ne se produit pas la maladie spécifique. M. Peter ne croit certainement

pas que l'organisme puisse créer spontanément le charbon infectieux, le choléra des poules, le rouget, la lèpre, la variole, la scarlatine, etc. ; que la syphilis peut résulter d'une transformation morbide spontanée de nos cellules, en dehors de tout contact d'un organisme étranger spécifiquement modifié. Peu importe qu'il s'agisse d'une cellule ou d'un protoplasma organisé, car la forme cellulaire n'est pas nécessairement liée à l'organisation.

Mais les microorganismes, les microbes infectieux interviennent souvent. Les ptomaïnes elles-mêmes, à la différence des leucomaïnes, paraissent avoir besoin pour se produire des ferments atmosphériques de la putréfaction. Et quant au choléra indien, bien que semblable par certains symptômes aux empoisonnements que peuvent produire les leucomaïnes, il paraît, par cela seul qu'il est infectant, se rattacher à la présence d'un de ces agents microscopiques. Que dans aucun cas l'organisme ne puisse produire d'emblée un agent infectieux, apte à transmettre une maladie spécifique, c'est là une question que M. Gautier se garderait de trancher. Mais sauf peut-être pour le typhus des camps (dont l'origine pourrait à la rigueur être expliquée par les théories microbiennes), jusqu'ici jamais la démonstration n'a été faite qu'une maladie spécifique ait pu se produire spontanément, en dehors de tout apport de contages extérieurs et devenir épidémique. Mais M. Gautier pense, comme M. Peter, qu'il existe un très grand nombre de maladies dont la cause est en nous-mêmes, et qu'il serait absurde et dangereux, poussant à l'extrême les conséquences de cette grande découverte de la nature organisée et vivante des contages de la plupart de nos maladies épidémiques, de croire qu'il faut toujours admettre l'introduction de microbes dans l'économie animale, alors qu'éclate la maladie.

M. Pasteur n'a jamais tiré cette conséquence de ses recherches. La goutte, le rachitisme et l'ensemble des dyscrasies acides, l'anémie avec ses accidents si variés, le diabète et les autres maladies résultant d'oxydations incomplètes, la fièvre de famine et les autres maladies par ralentissement de la nutrition, la pneumonie et la pleurésie franches, la fièvre traumatique avec plaies contuses sans déchirure des enveloppes extérieures, le surmenage physique et intellectuel ; enfin toutes les maladies si nombreuses qui résultent d'une atteinte au système nerveux et qui, par son intermédiaire, frappent la sensibilité, la motilité, la nutrition, l'intelligence, sont des maladies, fébriles ou non, dont les causes premières sont en nous, ou du moins se développent par des traumatismes dans lesquels il n'y a nulle intervention d'agents infectieux. C'est en ce sens qu'il faut entendre que ces études pourront soustraire quelques esprits à la *tyrannie* des microbes.

M. Gautier a, dit-il, mis plus de dix ans à s'apercevoir que ces cellules pathogéniques que M. Pasteur nous a si bien appris à connaître, à différencier et à cultiver, virus, contages, ferments figurés ou microbes, sont, relativement à elles-mêmes, des cellules normales constituées et vivant physiologiquement, et qu'il était par conséquent logique de rechercher si les cellules de nos tissus produiraient, comme le font les bactéries et les vibrions, des alcaloïdes vénéneux, même en présence de l'oxygène, qui semble les baigner abondamment. Cette conception était nouvelle. Aucun chimiste jusque-là n'avait pu admettre que les grands animaux fabriquassent normalement des *alcaloïdes* véritables, encore moins qu'une partie de nos tissus pût vivre en dehors de l'oxygène de l'air. M. Gautier croit avoir été le premier à donner la démonstration que nous vivions en partie anaérobiquement, c'est-à-dire putréfactivement, quoique cette remarque ait été déjà faite d'après des considérations d'ordre physiologique, en particulier par Claude Bernard. Mais M. Gautier a ajouté à la démonstration de cette vie partiellement anaérobie, qu'il établissait par le calcul de l'oxygène total consommé et rejeté dans nos excrétions, la démonstration expérimentale fondée sur la production incessante de ces alcaloïdes vénéneux, physiologiques, auxquels il a donné le nom de *leucomaïnes*. A ces diverses preuves physiologiques et chimiques, M. Peter vient, avec son autorité personnelle, ajouter les preuves si précieuses d'ordre clinique. Il vient montrer que cette vieille médecine traditionnelle avait eu un singulier et heureux instinct en déduisant de l'observation pure des maladies la conséquence qu'il existe en nous des causes perpétuelles d'infection, d'autotyphisation ; que la maladie n'est généralement qu'un empoisonnement dont l'origine est l'être vivant lui-même, et que l'altération chimique des phénomènes de nutrition, de désassimilation, d'oxydation, d'excrétion, suffisent à expliquer dans bien des cas l'établissement de l'état morbide. M. Gautier, par le travail qu'il vient de publier, aura donné à son tour à ces anciennes conceptions un nouveau et solide point d'appui.

M. LE FORT vient, lui aussi, apporter, comme M. Peter, à la médecine de l'avenir l'appui de l'observation clinique ; mais cette fois de l'observation en chirurgie. Les découvertes de M. Gautier permettent de croire que la doctrine microbienne a nié à tort la genèse primitive de certaines maladies infectieuses. Quoique M. Gautier lui-même ne semble pas croire à cette genèse, M. Le Fort n'en voit pas moins dans la production des leucomaïnes l'interprétation la plus simple et la plus probable de certains faits généralement rattachés aujourd'hui à la théorie des microbes. On a voulu faire du microbe, pour ainsi dire, une personne civile, une individualité morbigène. Il ne pourrait naître spontanément ; et les maladies endémiques seraient toujours le résultat de l'action d'un de ces petits êtres. M. Verneuil n'a-t-il pas exprimé l'espoir qu'on arriverait à faire disparaître les microbes d'une endémie comme on a chassé le loup de nos forêts, les lions du nord de l'Afrique et les baleines de l'Océan Atlantique ? Ce serait le cas de dire : « Plus on en tue, moins il en naît ».

Depuis 1865, M. Le Fort soutient à ses cliniques qu'il peut naître spontanément une complication chirurgicale engendrant un principe morbide transmissible. La découverte de M. Gautier anéantit les objections.

Bien entendu, l'orateur n'a en vue que les affections compliquant d'autres affections préexistantes et ne pouvant exister sans elles. Telles sont, par exemple, l'infection purulente, qui ne pourrait exister sans plaie ou phlébite, et l'infection puerpérale, qui exige un accouchement récent ou tout au moins la présence des règles. Tels sont aussi l'érysipèle, la septicémie, l'infection putride, qui se rattachent intimement à l'existence d'une plaie.

M. Gautier a décrit des ptomaïnes et des leucomaïnes toxiques. La clinique montre, de son côté, que certaines plaies sont septiques. Déjà, en 1868, Bergmann avait cru trouver dans ces plaies un principe toxique qu'il nommait sepsine. C'était une erreur d'analyse chimique : mais le fait clinique n'en reste pas moins.

Il est des circonstances dans lesquelles on voit naître soit des érysipèles, soit des infections purulentes, etc., sans qu'il soit possible de les rattacher à aucun contage. C'est en pleine campagne, dans des endroits où, de mémoire d'homme, il n'y avait pas eu d'accidents semblables. Comment expliquer de tels faits ? Deux hypothèses sont en présence : 1° celle de microbes qui, pendant longtemps, seraient restés à l'état latent, sans influence sur les blessés qui auraient vécu au milieu d'eux, puis qui se seraient subitement manifestés par de graves sévices ; 2° celle d'une génération primitive de la maladie, par suite de causes accidentelles et souvent de causes locales.

La septicémie notamment survient surtout chez des blessés qui ont éprouvé au moment de leur accident une émotion morale très vive, chez ceux qui ont eu quelque membre écrasé sur un chemin de fer, etc.

Faut-il supposer qu'alors les roues ou les rails, imprégnés de microbes, les aient déposés dans la plaie ? ou ne faut-il pas plutôt attribuer la septicémie à la dépression morale, à la fracture avec éclat des os, parfois aussi à l'alcoolisme ?

Il en est de même de l'infection purulente quand elle se produit hors de toute contagion possible ; de même de l'infection puerpérale quant, à la campagne, elle apparaît chez une première femme prédisposée, pour de là se répandre en en atteignant d'autres.

M. Le Fort raconte la remarquable épidémie de fièvre puer-

pérale dont le récit a été publié déjà dans la *Gazette des hôpitaux* 1886, p. 2).

La femme qui fut le point de départ de cette épidémie portait depuis longtemps sur la cuisse une fistule qui donnait issue à du pus. Il n'y avait eu aucun cas de fièvre puerpérale dans la contrée depuis longtemps. On n'a donc à choisir qu'entre deux hypothèses : 1° un dépôt de microbes qui préexistaient à l'état latent et qui ont soudain envahi l'organisme de cette femme; 2° une modification dans les conditions de la vie de cette femme, produite par l'état puerpéral, influencé par l'état pathologique antérieur, et aboutissant à un empoisonnement par des leucomaïnes, etc.

L'objection de la génération spontanée n'arrête pas M. Le Fort. Rien ne se crée, mais tout se transforme. Le transformisme crée bien des espèces; du moins on le croit aujourd'hui. Pourquoi ne produirait-il pas une maladie transmissible? Sous des influences morbides se ferait un groupement de cellules qui engendreraient une maladie capable de se régénérer et de se reproduire. La découverte de M. Gautier vient confirmer les observations des cliniciens. Avant que les poisons organiques aient été révélés par la chimie, ils l'étaient déjà par l'observation.

M. Le Fort est complètement d'accord sur ce point avec M. Peter.

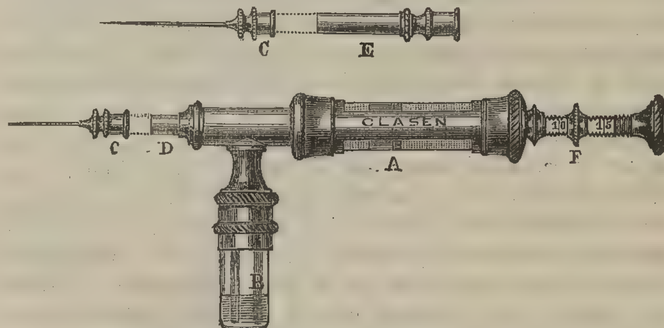
M. VERNEUIL expliquerait autrement que M. Le Fort ne l'a fait l'origine de l'épidémie de fièvre puerpérale en question. La femme qui a été la première atteinte devait porter en elle, à l'état latent, le germe de la maladie qui l'a frappée. On voit ainsi durant des années les microbes spéciaux les germes producteurs de telle ou telle infection vivre et se maintenir à l'état latent dans l'organisme, où on le retrouve quand on l'y cherche. Tel est le cas chez les malades qui, à la suite d'une ostéomyélite infectieuse de l'adolescence, gardent une fistule et présentent dans le pus de cette fistule les *cocci* caractéristiques. Bien plus, tout récemment encore, avec l'aide de M. Nepveu, très compétent dans ces matières, M. Verneuil s'est assuré, par une expérience bien conduite, qu'après douze ans les *micrococci* de cette maladie, encore persistants, pouvaient se trouver en quantité considérable dans le pus d'un nouvel abcès au moment même où on l'ouvrait. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans qui, à diverses reprises, d'abord une première fois à l'âge de huit ans, puis à l'âge de douze, puis, sans aucune manifestation dans les intervalles, huit ans plus tard, avait eu des poussées d'ostéomyélite quelquefois dans des régions très éloignées les unes des autres. La dernière fois l'abcès fut ouvert et le pus recueilli avec toutes les précautions de rigueur; or, c'était par milliards que l'on y rencontrait l'agent spécial, le *coccus* cultivable qui, inoculé, a reproduit chez les animaux l'ostéomyélite en question. Ainsi s'est trouvée démontrée l'existence latente de microbes, aussi virulents, aussi nocifs que possible, dans l'économie où ils ne se révèlent par des désordres apparents qu'à de longs intervalles, des intervalles de quatre, huit, douze ans et même plus.

M. TRÉLAT serait parfaitement d'accord avec M. Verneuil si celui-ci n'eût pas employé l'expression « latente ». Ce qualificatif ne lui paraît convenir en rien à des microbes qui manifestent leur présence par une série d'accidents successifs. Il est très vrai que le micrococcus caractéristique de l'ostéomyélite de l'adolescence peut persister durant un temps presque indéfini dans le pus fourni par une fistule. Il en est absolument de même du microbe de la tuberculose. On voit tous les jours des individus qui portent le microbe cantonné dans un coin de l'organisme, qui n'ont absolument qu'une lésion limitée de leur diathèse tuberculeuse, jusqu'au jour, parfois éloigné, parfois séparé de quarante ans du début de cette diathèse, où elle envahit l'organisme en se généralisant. Mais c'est là le fait de certains microbes particuliers; ce serait, à ce que pense M. Trélat, une erreur grave que de vouloir trop généraliser et appliquer, par exemple, au microbe de la septicémie, de l'infection putride, de la fièvre puerpérale, du charbon, etc., ce que l'on observe pour des maladies d'une tout autre allure. L'individu atteint de charbon meurt ou guérit. S'il meurt, la question des microbes est vidée pour lui; s'il guérit, il en est de même : il n'en garde pas à l'état latent.

M. LE FORT n'admet pas que l'on puisse supposer une septicémie latente chez la malade qui est devenue l'occasion de l'épidémie de fièvre puerpérale observée par lui. La septicémie a d'autres allures. On ne la porte pas durant des années sans s'en douter. Quand on est atteint, les symptômes qu'on éprouve ne causent de doutes pour personne.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Seringue à injections sous-cutanées. — MM. Clasen et Gudendag, fabricants d'instruments de chirurgie à Paris, soumettent à l'examen de l'Académie de médecine un nouveau modèle de seringue à injections sous-cutanées, dont l'idée leur a été suggérée par l'aspirateur Delstanche. Dans cet instrument, le piston n'étant pas en contact avec le liquide à injecter, toute cause d'altération, soit du liquide, soit du piston, se trouve ainsi écartée.



Cette seringue est de la forme de celles que l'on emploie habituellement pour les injections hypodermiques. Elle en diffère en ce qu'un petit réservoir B, destiné à recevoir le liquide à injecter se trouve adapté à l'extrémité du corps de pompe. — Grâce à cette disposition particulière, le liquide expiré est entraîné dans le réservoir B par suite du déplacement de l'air, qui se produit lorsqu'on arme l'instrument.

Pour la facilité de l'application, l'extrémité D de la seringue est munie d'une rallonge mobile E, sur laquelle on fixe l'aiguille dans tous les cas où la manœuvre de l'opérateur pourrait être gênée par le réservoir.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats qui ont subi la deuxième épreuve définitive — épreuve clinique — du concours de l'agrégation en médecine depuis notre avant-dernier numéro, sont : vendredi 5 février, MM. Ballet et Chuffard; — samedi 6 février, MM. Brousse et Lannois; — lundi 8 février, MM. Chauffard et de Beurmann; — mardi 9 février, MM. Brissaud et Gaucher.

— Par décision ministérielle, en date du 25 janvier 1886, M. Schmitt, médecin major de deuxième classe, a été désigné pour le 4e régiment de tirailleurs algériens.

— Par décision ministérielle, en date du 5 février 1886, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de première classe : Chabert, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital du Dey, à Alger; Massaloup, pour l'emploi de directeur du service de santé de la division d'Oran; Arnaud, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Belfort; Dieu, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Marseille.

M. le médecin principal de deuxième classe Driout, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

— M. le docteur Contreau, membre du bureau d'administration du collège de Châtellerault, est nommé officier d'Académie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19011.

97

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

de toutes les variétés

D'ECZÉMA, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Dépôt pour la vente en gros : COIRRE et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

33

QUASSINE ADRIAN

Dragées de quassine **amorphe** à 25 milligr.

Granules de quassine **cristallisée** à 2 milligr.

SULFURINE DU DR LANGLEBERT

Bain sulfureux sans odeur.

N'ALTÉRANT PAS LES MÉTAUX.

VÉSICATOIRE LIQUIDE BIDET

Effet certain. — Application facile.

PAS D'ACCIDENTS CANTHARIDIENS

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

De Vr DESCHIENS.

Principe ferrugineux naturel

ne causant ni constipation ni maux d'estomac.

Dragées. — Sirop. — Vin.

CAPSULES BRUEL

Éther amylvaliéranique.

Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines.

Spécifique des maladies nerveuses.

POUDRES ALIMENTAIRES ADRIAN

Les poudres de viande Adrian ne renferment amais de viande de cheval.

CAPSULES D'HYPNONE ADRIAN

à 5 centigrammes de médicament.

L'HYPNONE a les propriétés HYPNOTIQUES supérieures à celles du chloral et de la paraldéhyde. Dose : 0,15 à 0,20 par jour.

Gros : Société française, 11, r. de la Perle, Paris. **Échantillons franco aux médecins.**

19

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.** MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

42

BAIN DE PENNÈS, HYGIÉNIQUE

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail: toutes pharm.

1

ANALYSE DE FÉVRIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de février, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.031,5
	gr.	
Beurre par litre	52.400	
Albumine	8.900	
Caséine	20.000	
Sucre de lait	57.000	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	145.300	145.300

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.136
Acide sulfurique	0.154
Chaux	1.638
Magnésie	0.141
Potasse	1.745
Soude	0.477
Soude, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.709
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : 3 francs.

Phie, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes phies.

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

65

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

44

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est rtès abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

17

QUINOIDINE-DURIEZ

10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

27

BROMURE DE CAMPHRE DU DR CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »

(Gaz. des Hôpitaux.)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » *(Un. Méd.)*

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10 } Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

77

DRAGÉES & ÉLIXIR DU DR RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

49

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses*, *lavages*, etc. Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr. DÉPOT : 105 rue de Rennes, Paris, et les Phies.

71

PILULES BENZOIQUES AU BROMURE DE LITHIUM ROCHER

Essence de juniperus et alcaloïdes du quinquina (quinine, cinchonine, cinchonidine).

Succès sans précédent contre diathèse urique et phosphatique, maladies des reins et de la vessie, catarrhe, cystite, prostatite, néphrite, gravelle, goutte, rhumatismes, névroses du col de la vessie, etc. 5 centigr. de chaque produit par pilule.

Fl. : 5f. — Echant. gratis à MM. les médecins.

Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

30

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mecomptes et même à des accidents.

Ch Le Perdriel *Reboulleau*

79

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées.—Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

8

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies, en **Elixir** dosé à 20 centigr. par cuillerée et en **Pilules** dosées à 10 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

15

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote ; 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreusses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : 5 francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR
CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

2, rue des Lombards et toutes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine.**

26

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND-FARDEL).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSÈRE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (PÉTREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

21

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frcs, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

46

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. Dr Zed

111

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve

des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce. Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

25

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus ils lustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND aîné**, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,
26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES
BREVETÉES S. G. D. G.
et
PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

57

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent. ; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(*Vingt-cinq centigrammes de sel pur.*)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un **emploi** plus **commode** et **agréable.** — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(*Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.*)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. (*Se défier des contrefaçons.*). Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

39

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de succès par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30 francs** *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

113

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

88

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 19. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 13 FÉVRIER 1886. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50.**	6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. ».	6 mois : **18** fr.	1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux cas d'endocardite végétante, ulcéreuse, ayant pour origine des foyers de suppuration des organes génito-urinaires.

Il y a dix-huit ans, en 1868, la *Gazette des hôpitaux* rapportait une observation extrêmement intéressante de M. Bourdon, alors médecin de la Maison municipale de Santé. Il s'agissait d'un homme qui, ayant contracté une blennorrhagie, avait présenté successivement des accidents articulaires, des accidents cérébraux, une endocardite, une éruption cutanée, et qui avait fini par succomber aux progrès de la fièvre hectique. L'autopsie révéla l'existence d'une grande quantité de petites vegétations verruqueuses au niveau des valvules mitrale et tricuspide, ce que l'on désignerait aujourd'hui sous le nom d'endocardite ulcéreuse ou infectieuse. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 1.) Deux malades du service de M. Lancereaux, à l'hôpital de la Pitié, viennent de présenter, à peu près simultanément, une série de phénomènes morbides semblables, également terminés par la mort.

Le premier de ces malades était un homme de trente-trois ans, Italien, ne parlant que très inintelligiblement le français, entré le 10 décembre dernier à l'hôpital, dans le service de M. Polaillon, pour un furoncle de la main droite. Cet homme, ayant été pris de fièvre quelques jours après, fut renvoyé dans le service de M. Lancereaux, où il entra le 20 décembre. Il avait la peau sèche, brûlante, 39 degrés et quelques dixièmes de température. Indépendamment du furoncle, il présentait sur les doigts une éruption moitié pustuleuse, moitié bulleuse. On voyait également quelques pustules et quelques bulles semblables au cou et sur d'autres parties du corps. Quelques taches brunâtres disséminées çà et là semblaient indiquer que cette éruption devait dater déjà de quelque temps. Du reste, elle se continuait, car de nouvelles bulles se sont montrées depuis son entrée, contenant un liquide séro-sanguinolent et des micrococcus sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. Enfin, il existait quelques traînées de lymphangite aboutissant à des ganglions engorgés.

Le malade avait une fièvre intense; il était extrêmement agité la nuit et avait un délire d'action, se levant, allant, venant dans la salle.

Il y avait là des signes indubitables d'une intoxication, d'un état septique. Mais quelle en était la cause? En cherchant à s'en rendre compte et en explorant l'état des principaux organes, on découvrit une induration du testicule gauche avec vaginalite. Le malade avait-il eu une blennorrhagie? On ne pouvait rien apprendre à cet égard de lui-même. On ignorait entièrement ses antécédents. Toute interrogation restait sans réponse. On ignorait même s'il avait eu des frissons au début de sa maladie. On n'en a point observé à l'hôpital.

Bref, l'état de ce malade empirant de jour en jour, la fièvre et le délire allant croissant, il succomba le 24 décembre, dans l'après-midi. Pendant la vie, on n'avait rien constaté de particulier du côté du cœur, ni des poumons, ni du foie. La rate seule avait été trouvée hypertrophiée.

Voici ce qu'a montré l'autopsie : désordres remarquables du côté des voies génitales, abcès de l'épididyme, suppuration remontant de ce point et envahissant la presque totalité des organes génito-urinaires, la vessie, les uretères, les bassinets des reins; les reins eux-mêmes étaient remplis de petits foyers métastatiques. Le foie était flasque, mou, et renfermait également de petits abcès, ainsi que les poumons, et enfin le cœur lui-même. La valvule mitrale ainsi que ses tendons étaient le siège de nombreuses végétations ramollies, noirâtres (endocardite végétante).

Cet homme avait donc succombé à une suppuration généralisée dans presque toute l'étendue des organes génito-urinaires et à une endocardite végétante et ulcéreuse.

Le deuxième malade était un homme âgé de soixante-quatre ans, entré à l'hôpital dans les premiers jours de février, il y a une huitaine de jours environ. A son entrée, on était frappé par l'aspect de sa peau pâle, sèche, brûlante; la langue était sèche, fuligineuse, ainsi que les dents; il y avait une inappétence complète. Du reste, ni vomissements ni diarrhée. A l'auscultation du cœur on entendait un double souffle à la base, l'un systolique, l'autre diastolique. Les artères étaient très dures. Les urines étaient troubles, ammoniacales, peu abondantes, et on y voyait quelques globules purulents. Le malade avait la fièvre, la température oscillait entre 38 et 39 degrés; enfin il était dans un état somnolent, semi-comateux.

Il lui fut prescrit 75 centigrammes de sulfate de quinine, 50 centigrammes d'acide benzoïque pour agir sur la vessie et les voies urinaires, et des ventouses sur la région précordiale. On voulut essayer de le cathétériser, mais il ne fut pas possible de pénétrer dans la vessie par suite de strictures spasmodiques du canal.

Le jour suivant, persistance du même état.

Le troisième jour, qui était le 4 février, coma complet, langue sèche, dure, cornée, respiration diaphragmatique. Le malade succombe dans l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve deux rétrécissements de l'urèthre, qui n'avaient pas empêché toutefois l'émission de l'urine. La vessie était large, dilatée, ses parois fortement hypertrophiées, à colonnes, la muqueuse pâle.

La prostate était volumineuse et par la pression on en faisait sourdre du pus en assez grande abondance; les deux lobes étaient infiltrés de pus.

Les uretères étaient dilatés; les reins étaient indurés et atrophiés; ils présentaient cette variété particulière de néphrite interstitielle que l'on trouve généralement chez les individus qui ont eu pendant longtemps à souffrir d'un obstacle ou de difficultés dans l'émission des urines.

Les testicules et les vésicules séminales ne présentaient rien de particulier.

Le foie était légèrement gras.

Les poumons étaient congestionnés et œdématiés.

Le cœur était volumineux, un peu hypertrophié; la valvule mitrale à peu près saine. Mais les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient épaissies, végétantes, en partie détruites; il y avait de petits abcès sous-valvulaires.

Voilà donc deux malades atteints l'un et l'autre de cystite purulente et chez lesquels on rencontre une endocardite végétante, ulcéreuse. Quelle relation y a-t-il entre ces deux faits? Sont-ils purement coïncidants ou solidaires l'un de l'autre?

Déjà le fait de la Maison municipale de Santé, que nous avons rappelé plus haut, les faits analogues antécédents, cités à cette occasion par M. Bourdon, donnaient à présumer qu'il ne s'agissait pas là d'une simple coïncidence fortuite, qu'il y avait une relation pathogénique entre ces deux ordres de phénomènes. On va voir quel était le lien probable qui les reliait les uns aux autres.

Chez le premier malade dont nous venons de rapporter l'histoire, en soumettant à l'examen microscopique les différents produits morbides recueillis à l'autopsie sur les diverses parties altérées, on a constaté dans l'urine l'existence d'une quantité de microbes, du genre *micrococcus, ponctués,* sous diverses formes, les uns en petits points simples ou doubles, les autres en chaînettes. Des micrococcus semblables ont été trouvés dans l'endocarde, dans les végétations des valvules et dans toutes les parties des organes génito-urinaires en suppuration, dans l'épididyme, dans les vésicules séminales, dans la prostate, dans les reins.

Les mêmes recherches faites chez le second malade ont donné les mêmes résultats : microcoques ponctués dans les urines et dans les portions lésées de l'endocarde, dans les productions morbides des valvules.

Quels ont été dans ces deux cas le point de départ et le point d'arrivée de ces microcoques? Il a paru rationnel à M. Lancereaux d'admettre que la suppuration des organes génito-urinaires avait été l'origine et le foyer premier de la production des microcoques, dont quelques-uns ont dû pénétrer de là dans le torrent circulatoire, dans le cœur et dans d'autres organes, le foie, les reins, etc., où ils ont proliféré à leur tour.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, ces deux faits réunis à celui de M. Bourdon sont extrêmement intéressants au point de vue de la pathogénie de l'endocardite ulcéreuse. Ils montrent qu'à côté et indépendamment de l'impaludisme et des affections puerpérales, qui en sont le point de départ ordinaire, elle peut aussi avoir pour origine les lésions suppuratives des organes génito-urinaires. Ainsi impaludisme, état puerpéral, foyers purulents des organes génitaux produiraient les mêmes effets consécutifs sur l'endocarde.

Lavage de l'estomac; inconvénients et dangers qu'il peut présenter pour le système nerveux et pour l'estomac lui-même.

Dans notre Revue du 23 janvier, nous avons appelé l'attention des lecteurs sur les services que peut rendre le lavage d'estomac dans certains cas d'irritation cérébrale; nous avons montré son efficacité, et nous nous sommes demandé, sans y plus insister, si cet agent thérapeutique ne pouvait, en raison de sa puissance même, être aussi dangereux qu'utile. C'est ce dernier point que nous voulons envisager aujourd'hui. L'histoire de deux malades recueillie par M. Eug. Debu, interne de l'hôpital de Rothschild, nous fera toucher du doigt les inconvénients que peut présenter le lavage, et sur le système nerveux et sur l'estomac.

Une jeune fille de vingt ans, sans antécédents héréditaires, dont les huit frères ou sœurs se portent bien, seule, dans sa famille, n'a jamais joui d'une santé parfaite. De fréquentes migraines, un appétit capricieux, des digestions pénibles, une grande irrégularité dans les selles; des épistaxis la tourmentent depuis l'âge de dix ans. Elle a été réglée à dix-sept ans, toujours régulièrement. Il y a deux ans, elle vint de la Lorraine, son pays natal, se fixer à Paris.

Les troubles digestifs s'accentuèrent alors peu à peu; elle eut des gaz, de l'oppression, de la somnolence après ses repas; ses nuits furent troublées par des rêves désagréables, des sueurs, des palpitations, etc. Elle eut des vomissements alimentaires, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; et tous ces symptômes allèrent en s'aggravant, d'autant plus que pendant ces derniers mois de mai et juin la malade s'est beaucoup surmenée. Elle était en course le 28 juin dernier, lorsque tout à coup, dans la rue, elle fut prise d'un étourdissement et perdit connaissance. On la transporta dans un hôpital voisin; et là, comme ses digestions étaient des plus mauvaises ou plutôt nulles, comme elle ne pouvait prendre aucun aliment sans le vomir aussitôt, on lui fit chaque jour un lavage d'estomac, auquel on joignit le gavage. Aucune amélioration ne survint; au contraire, au bout de trois semaines, les pertes de connaissance étaient devenues journalières et la céphalalgie, continuelle. Néanmoins, le lavage et le gavage furent continués tous les jours pendant trois mois, et la malade, fatiguée de ce traitement, demanda sa sortie.

Le 15 octobre, elle entre dans le service de M. Leven à l'hôpital de Rothschild. Elle est d'une faiblesse extrême; des vertiges très fréquents l'empêchent de se tenir debout, la céphalalgie est permanente, elle occupe tout le côté gauche de la tête, elle est accompagnée de bourdonnements de

l'oreille du même côté et est exaspérée par le moindre bruit ou le moindre mouvement.

Les pertes de connaissance sont au nombre de trois à quatre par jour; la malade se sent étourdie, voit un nuage devant les yeux, tombe, est agitée de mouvements convulsifs, puis revient à elle, courbaturée, fatiguée, souffrant de la tête, mais se rappelant parfaitement être tombée. L'attaque, d'une durée qui varie d'un quart d'heure à une heure, ne produit ni morsures de la langue ni mictions involontaires.

En dehors de ses crises, la malade se plaint d'une douleur permanente à l'épigastre, avec sentiment de tension, douleur qui l'empêche de supporter aucun vêtement et qui l'oblige, dès qu'elle se lève et qu'elle veut marcher, à se tenir courbée en deux.

L'appétit est nul et les aliments sont rejetés aussitôt qu'avalés.

L'insomnie est complète. L'intelligence est intacte.

A l'examen du plexus, on trouve tous ses points douloureux. La palpation du point épigastrique est presque impossible. Les masses musculaires lombaires gauches sont douloureuses à la pression, la rachialgie est excessive. Tout le membre inférieur droit est le siège d'une hyperesthésie cutanée très accentuée.

Il est difficile de trouver une surexcitation plus complète du système nerveux, et l'état de la malade en octobre diffère bien de celui du mois de juin! Vu la marche des accidents, leur nombre et leur gravité augmentant en raison directe du nombre des lavages, M. Leven, frappé de ce parallélisme, n'a pu s'empêcher d'établir entre les deux termes un rapport de cause à effet. Neurasthénie ou hystérie, pourquoi cette névrose s'est-elle développée? C'est dans un lit d'hôpital qu'elle a subi son évolution, et celle-ci a marché de pair avec la répétition d'une médication énergique. Quant à lui, il se refuse à voir là une simple coïncidence, même s'il n'avait déjà constaté bon nombre d'exemples analogues.

La seconde malade est prise dans la clientèle de M. Leven. Il s'agit d'une dame de soixante-dix ans, dyspeptique depuis plusieurs années, traitée depuis cinq mois par des lavages d'estomac journaliers. Quand M. Leven la vit pour la première fois, elle était réduite à un degré d'émaciation tellement avancé, l'affaiblissement était tel que les médecins traitants, croyant à une néoplasie maligne, s'attendaient à une fin prochaine. La soif était inextinguible, le dégoût des aliments absolu, et les vomissements incoercibles : tous les aliments étaient rejetés, plus trois à quatre litres de liquide par jour. L'estomac était dilaté à l'extrême et descendait jusqu'au pubis.

Un nouveau traitement fut institué, le lavage complètement suspendu, et au bout de deux mois, l'estomac était remonté à deux centimètres au-dessus de l'ombilic, le liquide excrété était peu abondant, l'appétit revenu, et la malade sortait.

Il y a cinq ans environ, M. Leven a publié l'observation d'un malade traité par les lavages d'estomac, mort dans les convulsions au bout de trente-six heures, et à l'autopsie duquel on n'avait trouvé comme lésion qu'une dilatation stomacale extrême. Il n'est pas douteux pour lui que si sa dernière malade avait subi cette médication jusqu'au bout, la terminaison eût été la même.

On voit donc que, pour l'estomac lui-même, le lavage présente des dangers sérieux et qu'on ne saurait trop rechercher les règles de son emploi. Voici celles que formule M. Leven : on peut débarrasser l'estomac de son liquide pour répondre à une indication première, mais c'est cette indication qu'il ne faut pas dépasser. Si l'on se trouve en face d'un malade dont l'estomac dilaté et rempli de liquide est pour lui une cause de nausées incessantes, et qui demande un soulagement immédiat à ses souffrances, qu'on fasse le lavage, mais seulement à titre palliatif, n'oubliant pas que le contact du tube irritera davantage la muqueuse enflammée; qu'il excitera les fibres musculaires; que cette excitation se traduira par des contractions violentes, de véritables crampes, qui, répétées souvent, produiront la fatigue du muscle, sa paralysie et son allongement. Qu'on n'oublie pas que l'on impose ainsi à un organe fatigué d'abord une surcharge liquide, puis une évacuation rapide, que l'on opère dans un organe dont les vaso-moteurs sont paralysés, dont les vaisseaux sont dilatés, et que cette aspiration entretiendra et augmentera l'excrétion du liquide, puisqu'elle n'est elle-même qu'un énergique appel au flux muqueux qui ne manquera pas de se produire avec rapidité.

MORT PAR CARIE ET PÉRIOSTITE DENTAIRE

Par M. Poncet (du Val-de-Grâce).

M. Poncet, dans une communication à la Société de chirurgie, a présenté une observation et des préparations microscopiques relatives à un cas de mort par carie et périostite dentaire.

Le malade, homme de quarante-six ans, sous-officier à la garde républicaine, fatigué et alcoolique, était entré à l'hôpital dix jours après le début de l'affection. Il portait à l'angle de la mâchoire une fluxion dentaire non fluctuante, et présentait déjà à son arrivée tous les signes d'un empoisonnement putride.

Le lendemain, il survint aux deux avant-bras un œdème mou, étendu sur toute la face externe, et surmonté à droite de vésicules larges, remplies de sérosité citrine.

Le malade mourut quarante-huit heures après. L'autopsie démontra la présence de petits abcès lenticulaires sous le maxillaire droit et le long du sterno-mastoïdien dans la moitié supérieure. L'œdème des avant-bras était sus-aponévrotique et purulent dans les loges graisseuses cellulaires. La rate était ramollie en bouillie, le foie légèrement sclérosé et graisseux. Le cœur contenait de gros caillots dans le ventricule droit.

Rien dans la description des empoisonnements purulents ou putrides ne se rapporte à ces œdèmes séreux des avant-bras : ce ne sont ni des abcès métastatiques, ni des érysipèdes, ni des œdèmes malins, puisqu'il n'existait pas d'induration.

Ces foyers métastatiques œdémateux contenaient des microbes en quantité; ils étaient absolument constitués par des micrococcus fourmillant au milieu des globules blancs, ainsi que les préparations histologiques l'ont démontré.

M. Poncet, dans les caillots du cœur, a retrouvé ces mêmes microbes, répandus en véritables colonies. Le caillot s'étant formé avant la mort, les microbes avaient eu le temps de s'y développer en cultures, dépassant en surface un dixième de millimètre. Sur une coupe d'un centimètre carré, il en existait plus d'une trentaine. Ils offraient alors la forme de leptothrix, et les colonies au milieu de la fibrine étaient constituées par l'enchevêtrement de ces longues traînées de microcoques.

En somme, ce malade a succombé à l'infection putride microbienne partie d'une carie dentaire.

Ces œdèmes, non décrits dans les traités classiques, sont d'un pronostic grave et doivent prendre place à côté des abcès métastatiques de la résorption purulente.

Ils sont constitués par des amas de microcoques qui se trouvent à un état plus avancé de développement dans les caillots du cœur.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iodure de fer et de ses effets thérapeutiques.

Par le docteur Delmis.

S'il est un médicament qui, en raison de la difficulté de sa préparation et de sa grande altérabilité, exige des soins tout à fait spéciaux et une organisation particulière, c'est bien l'iodure de fer.

Il suffit d'ouvrir un traité de pharmacologie pour voir combien la préparation de l'iodure de fer est délicate et sa conservation difficile.

Nous n'entreprendrons pas ici l'exposé des indications thérapeutiques si nombreuses auxquelles répond l'iodure de fer. Qu'il nous suffise de rappeler que, d'après les recherches de Claude Bernard, l'iodure de fer est le seul médicament ferrugineux connu qui passe en nature dans la sécrétion salivaire et dans la sécrétion lactée. C'est une preuve de son assimilation complète et facile.

Pour être efficace, le protoiodure de fer doit être chimiquement pur, exempt d'iode ou d'iodates libres, substances toutes les deux irritantes, et il doit en outre rester à l'état de protosel. La facile altération et la prompte oxygénation de ce médicament précieux sont connues et rendent sa préparation, autant que sa conservation, difficile. Aussi le médecin désireux de conseiller l'iodure de fer devra-t-il choisir un produit éprouvé; tel est le *protoiodure de fer de Gille*, qui, sous forme de *dragées* ou de *sirop*, constitue un iodoferrugineux d'une préparation parfaite et d'une efficacité incontestable.

Les dragées de Gille offrent en plus l'avantage d'un traitement à bon marché.

Le sirop de Gille, par son inaltérabilité et par sa saveur constamment agréable, est la liqueur ferrugineuse par excellence. Il est réservé aux personnes délicates ou dysphagiques, qui ne peuvent avaler les dragées, et spécialement aux enfants.

Les préparations d'iodure de fer de Gille ne noircissent pas les dents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Des opérations chez les tuberculeux. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Mabout, ayant pour titre : *Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux.*

Il existe parmi les chirurgiens deux écoles bien distinctes au point de vue de l'intervention opératoire chez les tuberculeux : 1° ceux qui sont pour l'intervention hâtive et hardie, pensant qu'elle peut arrêter l'évolution tuberculeuse; 2° ceux qui sont pour l'abstention. Il n'est pas possible d'établir de règles précises à ce sujet. M. Mabout se contente de communiquer plusieurs observations.

Dans un premier cas, il s'agit d'une carie du quatrième métatarsien survenant chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire. Une première opération est suivie de synovite des péroniers, puis d'arthrite tibio-tarsienne; l'état général est mauvais. L'amputation est pratiquée; le malade se remet.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'arthrite du genou gauche, d'origine traumatique; ce malade a eu antérieurement des hémoptysies. Une ponction donne issue à un liquide purulent; les poumons se prennent; on pratique une arthrotomie antiseptique; surviennent des accidents généraux d'affection méningitique; la mort est imminente; le malade se plaint de douleurs atroces; on fait une amputation *in extremis;* on constate ensuite une amélioration considérable, puis il y a une rechute, avec apparition de tuberculose viscérale. Le malade meurt de tuberculose généralisée; mais il a été soulagé de ses souffrances par l'amputation. M. Mabout s'applaudit d'être intervenu dans ce cas. Aussi croit-il devoir proposer les conclusions suivantes :

1° L'existence de lésions pulmonaires n'est pas une contre-indication à l'amputation pour une tumeur blanche qui menace l'existence.

2° L'opération peut enrayer les progrès de la tuberculose viscérale.

3° Même à défaut de cette amélioration de la maladie, on améliore le sujet en supprimant ses souffrances.

M. Chauvel déclare qu'il aurait amputé le malade de M. Mabout plus tôt, la tuberculose osseuse, suivant lui, se trouvant mal des interventions incomplètes. Il doit en être de la tuberculose locale comme du sarcome ou du carcinome, au point de vue des indications opératoires larges et hâtives. Cette manière de voir sera sans doute bientôt généralement acceptée. Les lésions pulmonaires elles-mêmes ne sont pas une contre-indication. M. Chauvel a opéré un vieux militaire cachectique qu'il croyait mourant et qui s'est relevé après bien des oscillations. Quoi qu'il en soit, on ne peut pas établir de règles sévères et étroites.

M. DESPRÉS dit qu'il est impossible, en effet, de généraliser, parce qu'il y a des cas très différents. Il y a des tumeurs blanches apparaissant chez des tuberculeux et d'autres apparaissant chez des individus non tuberculeux. Ces derniers doivent toujours être opérés, les premiers quelquefois.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE distingue deux ordres d'observations : il y a des malades, tuberculeux avancés, portant des tumeurs blanches extrêmement douloureuses ; il faut opérer ces malades, les débarrasser d'un membre douloureux. Ce n'est pas de la chirurgie brillante, c'est de la chirurgie d'agonisants, mais qui a sa raison d'être et son utilité; elle permet de soulager les malades et de leur rendre supportables les derniers mois qui leur restent à vivre.

Faut-il faire des opérations chez les malades atteints de tuberculose généralisée, alors qu'il existe une tuberculose locale? M. Lucas-Championnière pense qu'on peut intervenir avantageusement dans ces cas. Il cite, à cette occasion, le livre de M. Ollier, partisan des résections chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire. M. Lucas-Championnière cite plusieurs cas de sa pratique personnelle qui viennent à l'appui de cette manière de voir de M. Ollier. En résumé, un certain degré de tuberculose pulmonaire ne doit pas empêcher de faire des opérations partielles. On constate souvent une amélioration des lésions pulmonaires après l'ablation d'une tuberculose locale, et ces tuberculeux opérés ne sont pas plus exposés que tous les autres tuberculeux à la méningite, qu'on a souvent donnée comme un accident fréquent après une intervention chirurgicale quelconque chez un tuberculeux. Il n'en est rien.

Les amputations ne mettent pas plus à l'abri de ces accidents que les opérations partielles. Les résultats ne sont pas très différents dans les deux cas; si après une résection on obtient une réunion par première intention, les conditions sont tout aussi favorables qu'après l'amputation. Sur ce point, M. Lucas-Championnière, s'appuyant sur des faits personnels, partage entièrement l'opinion émise par M. Ollier dans son livre sur les résections. Il trouve les conclusions de M. Chauvel trop sévères relativement à la nécessité d'opérer largement les tuberculeux, comme on le fait pour les cancéreux. M. Lucas pense qu'il suffit de limiter l'action chirurgicale aux lésions tuberculeuses sans avoir à sacrifier une certaine étendue de parties saines, comme cela est de toute nécessité pour le cancer.

M. VERNEUIL partage l'opinion de MM. Chauvel et Lucas-Championnière sur l'opportunité de ces opérations ayant pour but de soulager les tuberculeux arrivés à une période avancée. Il faut faire ces opérations comme on fait un anus iliaque, la trachéotomie, uniquement dans le but de faire cesser des souffrances intolérables. Mais dans ces cas, c'est alors l'amputation qui

s'impose. A cette période de la maladie, il faut être absolument radical; par contre, il faut être extrêmement conservateur au début de l'affection, alors que la révulsion, la compression, l'immobilisation, donnent le plus souvent d'excellents résultats. S'il y a des fistules, des abcès, amputez, car il faut alors compter avec la septicémie. Tant que, au contraire, la peau reste intacte, conservez. En suivant cette ligne de conduite, M. Verneuil ne pratique pas plus de deux ou trois amputations par an chez les tuberculeux, et il fait très peu de résections. Il considère ces opérations partielles comme souvent dangereuses.

M. BERGER rappelle avoir cité des cas de tuberculisation rapide généralisée survenant après des opérations chez les tuberculeux. Aussi se montre-t-il très réservé dans la pratique de ces opérations. Il a cependant vu des cas où, après ces opérations, la tuberculose pulmonaire a rétrocédé et même complètement disparu. Il en cite plusieurs exemples; mais il faut s'attacher, dans ces cas, à obtenir la réunion par première intention.

M. RECLUS cite un cas exceptionnel : un homme entre à l'hospice de la Salpêtrière avec une carie tuberculeuse des premier et deuxième métatarsiens. Il lui fait une amputation de Lisfranc; il obtient une réunion par première intention, puis il se fait un décollement, des bourgeons fongueux apparaissent aux deux extrémités; il survient un véritable fongus. M. Kirmisson, qui remplaça M. Reclus dans le service, proposa l'amputation de l'extrémité de la jambe. Le malade refusa; depuis, toutes les lésions ont disparu et il est complètement guéri.

M. POZZI a fait chez un tuberculeux une amputation de la jambe dans des conditions telles qu'il a dû créer ses lambeaux au milieu de parties molles criblées de fistules. Tout s'est réuni par première intention ; tous les trajets fistuleux se sont fermés. Cela prouve que si, en matière de tuberculose, il faut attacher la plus grande importance à l'état des parties osseuses, il n'en est plus de même pour les parties molles.

M. RICHELOT a opéré un jeune homme de masses ganglionnaires tuberculeuses du cou, uniquement dans le but de diminuer ses souffrances et la suppuration. C'était une opération palliative. Or, bien qu'il ait laissé beaucoup de masses ganglionnaires, en ayant enlevé et gratté le plus possible, après quelque temps tout avait complètement disparu. Voilà donc une opération incomplète qui a rendu de bien grands services.

M. POLAILLON rappelle avoir présenté un malade auquel il avait pratiqué une résection du poignet pour une arthrite tuberculeuse. Il n'a pu, dans ce cas, enlever toutes les lésions tuberculeuses. Le malade a cependant bien guéri.

M. LE FORT, contrairement à l'opinion émise par M. Lucas, cite des exemples de malades tuberculeux, affaiblis, pâles, amaigris, ayant été amputés, ayant, à la suite de cette opération, considérablement suppuré, et qui ont cependant engraissé et ont bien guéri. Les suppurations osseuses affaiblissent et amaigrissent ; la suppuration des parties molles n'empêche pas d'engraisser. Relativement aux résultats des résections, M. Le Fort en a vu un grand nombre en Angleterre et n'a que très exceptionnellement constaté l'apparition de la méningite tuberculeuse. En général, les résections partielles donnent de moins bons résultats que les résections totales, et M. Le Fort fait plus de réserves pour les résultats des résections que pour ceux des amputations.

M. TRÉLAT constate qu'un plus grand nombre de collègues partagent aujourd'hui les opinions qu'il a soutenues il y a trois ans sur l'opportunité des opérations chez les tuberculeux. Il est d'avis que, dans ces opérations, il faut enlever toutes les parties tuberculeuses, un tuberculeux étant un individu infecté. Il y a des cas où, indépendamment de lésions tuberculeuses appréciables, manifestes, il existe des foyers tuberculeux latents, ne se révélant par aucune manifestation symptomatique ; c'est dans ces cas que les opérations restent inutiles et inefficaces. Mais quand on a bien fait le bilan du malade, quand on a bien acquis la conviction qu'il n'existe aucune lésion viscérale profonde, il faut opérer. En général, les résultats des amputations sont supérieurs à ceux des résections. Toutefois, si l'on peut pratiquer une résection bien complète, il n'y a pas de raisons de croire que les résultats de cette résection seront inférieurs à ceux de l'amputation.

M. CHAUVEL rappelle que la question posée par l'auteur du travail qu'il a analysé était la suivante : En présence d'une tuberculose locale chez un phthisique, dans quelles conditions faut-il opérer ? Il est difficile de bien poser les règles dans ces conditions. Chez un tuberculeux qui souffre cruellement d'une tumeur blanche, par exemple, on est conduit à opérer pour calmer ses souffrances et pour allonger son existence. Il y a des cas où, après ces opérations, on constate une notable amélioration des lésions pulmonaires.

M. DESPRÉS tient à rappeler que c'est Velpeau qui le premier a écrit, dans ses cliniques chirurgicales, qu'à la suite d'amputations de membres atteints de tumeurs blanches, on voyait disparaître les engorgements pulmonaires.

Kyste hydatique du foie opéré par la laparotomie. — **M. TERRIER** rappelle avoir, le 27 mai 1885, communiqué un cas de kyste hydatique du foie traité avec succès par la laparotomie. C'est un second cas de ce genre qu'il présente aujourd'hui. Il s'agissait d'une femme offrant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Croyant constater cependant des symptômes du côté du foie ou de la rate, M. Terrier fit une ponction exploratrice et donna issue à un liquide contenant des hydatides. Il pratiqua la laparotomie et se trouva en présence d'un kyste hydatique du foie adhérent des deux côtés, à la paroi antérieure, à l'appendice iléo-cæcal, à l'épiploon, au côlon ascendant, ayant contracté, en un mot, des adhérences multiples et très étendues. Il disséqua ces adhérences, excisa la tumeur à la face inférieure du foie qu'il sutura à la paroi abdominale. La partie excisée présente un volume considérable. Il se fit par la fistule un écoulement de bile ayant une odeur fécaloïde intense. Cette odeur est due à la putréfaction de la bile. On a remarqué, chez les divers animaux, que la bile putréfiée prend l'odeur des matières intestinales de l'animal.

Chez la malade de M. Terrier, cette odeur disparut assez promptement sous l'influence de lavages antiseptiques. Cette malade a été complètement guérie au bout de deux mois. Il y avait soixante et onze hydatides dans la tumeur. M. Terrier demande s'il serait possible d'appliquer les mêmes procédés pour guérir une tumeur de cette nature et de cette importance. La laparotomie et l'ablation sont seules rationnelles en pareil cas.

MM. RECLUS et **POULET** communiqueront, dans la prochaine séance, des faits analogues.

Hystérectomie vaginale. — **M. POZZI** a récemment pratiqué deux hystérectomies vaginales; il présente les pièces provenant de ces deux opérations. Dans le premier cas, on se trouvait en présence de difficultés de diagnostic : femme de quarante-sept ans, ayant des pertes sanguines énormes et, dans l'intervalle, des pertes sanieuses et fétides; col sain; utérus remontant assez haut; on diagnostique un cancer du corps de l'utérus. M. Pozzi pratique l'hystérectomie vaginale rendue difficile par l'impossibilité de faire basculer l'utérus. L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'une métrite chronique hémorrhagique, avec hyperplasie des parois de l'utérus, dans l'intérieur desquelles se trouvait un tout petit fibrome. Cette malade a succombé le troisième jour.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus; hystérectomie vaginale, opération facile, ablation de l'utérus et des deux ovaires; le soir, hémorrhagie assez abondante, évacuation de sang putréfié, irrigation phéniquée, tamponnement iodoformé; guérison complète cinq semaines après l'opération.

M. DESPRÉS fait observer que le cancer du corps de l'utérus est extrêmement rare. Il n'en connaît qu'un exemple qu'il a recueilli lui-même dans le service de Robert.

M. GUÉNIOT rappelle qu'en 1868 M. Tillaux a présenté un cas analogue au premier fait de M. Pozzi. Quant au second, l'épithélioma étant limité au col, il trouve l'ablation complète de l'utérus et des deux ovaires hors de proportion avec la lésion. Il serait, dans ces cas, plus logique d'attaquer le vagin que le corps de

l'utérus, le cancer du col s'étendant surtout en surface et non de bas en haut.

M. **POZZI** répond qu'il était impossible de savoir où s'arrêtait le cancer; puis il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans. Or on sait que le cancer se propage d'autant mieux et récidive d'autant plus facilement que la malade est plus jeune.

Mort par carie et périostite dentaire. — M. **PONCET** (du Val-de-Grâce) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 147.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation de médecine. — Les deux dernières séances de la seconde épreuve définitive (épreuve clinique) ont eu lieu mercredi soir 10 février et jeudi soir 11 février 1886, à l'hôpital de la Charité. Les candidats qui ont été appelés à subir cette épreuve sont MM. les docteurs Dejérine et Grenier, Brousse et Weill.

— *Concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements.* — Ce concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 1er mars 1884, à cinq heures du soir, sous la présidence de M. le professeur Richet.

Le nombre des places d'agrégé de chirurgie est de onze, ainsi réparties entre les diverses Facultés : Paris, 3 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 2 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 2, et Nancy, 1. Le nombre des places d'accouchements est de trois, ainsi réparties entre les diverses Facultés de médecine : Paris, 1 ; Montpellier, 1, et Nancy, 1.

Le jury se composera de MM. Richet, président ; Lannelongue, Panas, Tarnier et Verneuil, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Terrillon, agrégé à ladite Faculté; Alphonse Guérin, membre de l'Académie de médecine ; Hergott et Heydenreich, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, juges titulaires.

Et de MM. Guyon, Le Fort et Pajot, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; et Humbert, agrégé à ladite Faculté, juges suppléants.

Les candidats sont, jusqu'à présent, au nombre de trente-huit. Ce sont :

1° Pour l'agrégation d'accouchements : MM. les docteurs Auvard, Bar, Boissard, Bureau, Maygrier, Olivier et Stapfer, de l'Académie de Paris ; Gerbaud et Guinier, de l'Académie de Montpellier; Remy, de l'Académie de Nancy; soit dix candidats ;

2° Pour l'agrégation de chirurgie : MM. les docteurs Barette, Bazy, Brun, Castex, Hache, Jalaguier, de Lapersonne, Marchand, Ménard, Michaux, Nélaton, Picqué, Poirier, Ricard, Routier, Schwarz, Tuffier, Verchère et Walther, de l'Académie de Paris; Denucé et Pousson, de l'Académie de Bordeaux ; Augagneur, Gangolphe et Truc, de l'Académie de Lyon; Forgue, de l'Académie de Montpellier; Étienne, Leroy et Vautrin, de l'Académie de Nancy; soit vingt-huit candidats.

— *Conseil général des Facultés.* — Conformément au décret du 28 décembre 1885, qui institue un Conseil général des Facultés, les professeurs et agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris, réunis en assemblée, ont élu, pour une période de trois années, délégués audit Conseil général de l'Académie de Paris, MM. les professeurs Brouardel et Jaccoud.

Dans sa première réunion du mercredi 3 février 1886, le Conseil général, procédant à sa constitution sous la présidence de M. Gréard, recteur de l'Académie de Paris, a choisi pour vice-président M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et pour secrétaire, un professeur de la Faculté des sciences, M. Lavisse. Il a décidé en outre, après la formation de deux sous-commissions, que ses réunions ordinaires auraient lieu le quatrième vendredi de chaque mois.

De son côté, la Faculté de médecine de Lyon a élu MM. les professeurs Gayet et Bondet, délégués du Conseil général des Facultés de l'Académie de Lyon.

D'autre part, l'assemblée des professeurs et agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Montpellier a délégué au Conseil général des Facultés MM. les professeurs Grasset et Moitessier, pour une même période de trois années.

Enfin les délégués de la Faculté de médecine et de l'École de pharmacie de Nancy, au Conseil général des Facultés, sont MM. les professeurs Tourdes et Jacquemin, membres de droit, et MM. les professeurs Bernheim, Heydenreich et Schlagdenhauffen, membres élus.

— Par décision ministérielle, en date du 5 février 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe : Bresson, pour l'hôpital de Marseille ; Meynier, pour l'hôpital du camp de Châlons ; Augarde, pour l'hôpital de Bayonne; Pinchard, pour l'hôpital de Perpignan ; Nicol, pour le 109e d'infanterie ; Ringeisen, pour le 49e d'infanterie; Bros, pour le 6e d'artillerie; Pau-de-Saint-Martin, pour le 15e d'infanterie ; Vidal, pour le 59e d'infanterie ; Baudouin, pour le 78e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Alban, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Tournade, pour le 3e chasseurs d'Afrique ; Gross, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; Georges, pour le 4e chasseurs à pied ; Géraud, pour le 4e cuirassiers; Garnier-Mouton, pour le dépôt du 74e d'infanterie ; Mignon, pour le dépôt du 136e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Rozemont-Malbot, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Collinet, pour les hôpitaux de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : Kocher, pour le 59e d'infanterie; Pauzat, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon ; de Casaubon, pour le 20e d'infanterie.

— M. le docteur Mortagne, en mission dans le département de l'Aude, a reçu une médaille d'or de deuxième classe; MM. le docteur Gauthier, maire de Sigean, et Coste, pharmacien à Carcassonne, ont reçu une médaille d'argent de première classe pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Des lettres de félicitations ont été adressées à MM. les docteurs Lafitte, médecin à Chalabre ; Sonnac, Carbon, Bourrel et Cordes, à Carcassonne; et Bonnéric, médecin à Limoux, qui ont rivalisé de zèle pendant la même épidémie.

Une médaille d'or de première classe a été accordée à M. Ebed, chef interne de l'hôpital d'Aix, qui s'est signalé par son dévouement pendant les épidémies cholériques de 1884-1885.

Une médaille d'or de première classe a été accordée à MM. les docteurs Mourgue-Tur à Nîmes; Escalier, à Alais; à M. Deferre, pharmacien à Nîmes; à Dame Angelras, sage-femme à Césaire-les-Nismes, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Des médailles d'argent de première classe ont été accordées pour la même raison à MM. les docteurs Auriol, à Bellegarde, et Espagne à Aumessas ; à M. Bourren, élève en pharmacie à Bessèges.

Une médaille d'argent de première classe a été accordée à M. le docteur Ollivier, médecin-major au bataillon de sapeurs-pompiers de Lille (1853-1885) ; s'est signalé par sa belle conduite dans de nombreux incendies et a en outre fait preuve de dévouement en temps d'épidémie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Martin Spillmann, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Il était le père du docteur Paul Spillmann, agrégé de la Faculté, et de Eugène Spillmann, médecin principal, décédé l'an dernier à Alger.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Mardi prochain, 16 février 1886, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre de mathématiques de la Sorbonne, M. Grandeau soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : « De l'action des sulfates à température élevée sur les phosphates métalliques. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19022.

Nº 20. — MARDI 16 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 16 FÉVRIER 1886. — Nº 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Le rhumatisme cérébral, la folie rhumatismale et la goutte cérébrale (1).

TROUBLES INTELLECTUELS CHEZ LES RHUMATISANTS ET LES GOUTTEUX.

IV

GOUTTE CÉRÉBRALE. — L'histoire des troubles psychiques observés chez les goutteux et résultant directement de la goutte, l'histoire de la « goutte remontée au cerveau », est encore entourée de quelque obscurité et se dégage moins nettement des observations que celle du rhumatisme cérébral. Cela tient à ce qu'on a souvent confondu, avec la *goutte remontée,* des troubles variés dépendant soit de lésions matérielles du cerveau (hémorrhagies ou ramollissement), soit de l'urémie, qui, vous le savez, ne sont pas rares chez les goutteux. L'histoire de la goutte cérébrale tend cependant à s'éclaircir, et sans vouloir tracer ici une longue description des symptômes qui paraissent en relever, je crois qu'il ne sera pas sans intérêt de vous en dire quelques mots et de mettre en relief les analogies ou les dissemblances (les analogies surtout!) qui rapprochent ou éloignent les manifestations cérébrales de la goutte de celles du rhumatisme. Le rapide aperçu que je veux vous présenter constituera, ce me semble, un utile appendice à la description de la folie rhumatismale.

M. Charcot, il y a un peu plus de quinze ans, a très heureusement fait ressortir la ressemblance qui existe entre les formes du rhumatisme cérébral et celles de la goutte remontée au cerveau. Ses paroles valent la peine d'être reproduites : « Ainsi, dit-il, la céphalée rhumatismale, indiquée par van Swieten, et plus récemment étudiée par Gubler, a son pendant dans les *céphalalgies goutteuses* depuis longtemps connues et qui, dans ces derniers temps, ont été soigneusement décrites par Lynch, Garrod, Trousseau.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 106.

« Le *délire aigu,* ou forme méningite, se retrouve, d'après Scudamore, chez les goutteux.

« L'*apoplexie* rhumatismale, ou forme apoplectique du rhumatisme cérébral, indiquée par Stoll et fort bien étudiée par Vigla, se retrouve sous forme de stupeur dans la goutte (Lynch, Trousseau).

« Les *convulsions* qui se manifestent dans le cours du rhumatisme encéphalique peuvent aussi se retrouver dans la goutte; seulement, dans le rhumatisme, elles affectent surtout la forme choréique; dans la goutte, ce sont plutôt des convulsions épileptiformes, ainsi que l'ont observé van Swieten, Todd, Garrod.

« On sait enfin qu'il existe une folie rhumatismale (Burrows, Griesinger, Mesnet); il en serait de même pour la goutte, d'après Garrod; mais, dans cette dernière maladie, la folie est rare, du moins en France. Baillarger, dont l'expérience fait autorité en pareille matière, nous a dit qu'il n'en avait jamais rencontré aucun exemple. »

Il y a fort peu à changer et aussi fort peu à ajouter à cet intéressant parallèle. Toutefois, je dois vous faire remarquer que les convulsions, qui tiennent dans l'histoire du rhumatisme cérébral une si petite place, comme vous l'avez vu, en occupent une beaucoup plus grande dans la goutte cérébrale, où elles sont relativement fréquentes. J'en ai personnellement observé plusieurs exemples des plus concluants.

M. Lecorché, dans l'important *Traité de la goutte* qu'il vient de publier (1), admet cinq formes d'accidents cérébraux : 1° la céphalalgie goutteuse; 2° les attaques épileptiformes; 3° la forme apoplectique; 4° la forme demi-comateuse; 5° la forme délirante.

1° La céphalalgie goutteuse, qu'il ne faut pas confondre avec la migraine (si commune chez les goutteux), est une céphalalgie tantôt bilatérale, tantôt unilatérale, ordinairement frontale ou occipitale, qui s'établit à poste fixe pendant des semaines ou même des mois et alterne avec les crises articulaires et les autres manifestations viscérales, auxquelles elle succède ou qui la remplacent.

2° Les attaques épileptiformes revêtent la physionomie de l'accès de mal comitial. Elles n'apparaissent que chez les goutteux déjà âgés. Elles peuvent néanmoins constituer la première manifestation de la maladie; d'autres fois elles remplacent les douleurs des jointures.

Morgagni, Barthez, Rousset et Berthier ont observé des faits de ce genre. Quant à moi, voici l'aventure clinique qui

(1) Lecorché, *Traité théorique et clinique de la goutte.* Paris, 1884.

m'est arrivée un jour : un jeune homme de trente ans, — dont le grand-père était mort de la pierre et de la goutte, dont le père avait la gravelle, dont un frère avait la goutte et la gravelle, dont deux oncles étaient goutteux, — éprouve, en 1861, une violente colique néphrétique, et, deux mois après, jouant au billard, tombe frappé d'épilepsie. A partir de ce moment, il a la même crise tous les quarante ou cinquante jours. Je fus mandé auprès de lui à l'occasion de l'une de ces attaques, et, constatant un peu de congestion encéphalique, je fus amené à prescrire des pédiluves de deux minutes de durée, mais très chauds. Un premier accès de goutte éclata dans la nuit au gros orteil du pied gauche ! La pensée me vint aussitôt que je n'avais eu affaire qu'à une goutte larvée et à des crises nerveuses dépendant de la diathèse urique. Je prescrivis des alcalins, du valérianate de quinine, une excessive sobriété et beaucoup d'exercice. Depuis cette époque déjà bien lointaine, l'épilepsie a cessé. Seulement, de temps à autre, survient un léger accès de goutte, et l'on se garde bien de le contrarier (1).

3° La forme apoplectique rappelle assez bien le type suraigu du rhumatisme cérébral. On l'observe d'ordinaire dans les cas où une médication intempestive a amené la presque rétrocession de la fluxion articulaire. Tantôt le malade est pris d'un ictus subit : il perd connaissance, la respiration s'embarrasse et il meurt; tantôt les accidents se succèdent encore avec une certaine brusquerie, mais d'une façon moins immédiatement foudroyante. « Le malade, dit Gairdner, perd habituellement connaissance; sa parole est imparfaite ou abolie, il paraît plongé dans un sommeil léthargique; son regard est vague, son pouls plein et dur; il comprend cependant quelques-unes des questions qu'on lui adresse et peut même obéir, si ce qu'on lui demande peut être vite et facilement fait. C'est ainsi qu'il présentera sa main, ou montrera la langue, si on le lui demande, mais il lui sera impossible de saisir une longue phrase : il n'en entend probablement que quelques mots. »

Tous les cas de ce genre ne sont cependant pas mortels. En voici un exemple : j'ai fait partie un jour d'une consultation assez nombreuse et réunie en toute hâte. Il s'agissait d'une dame de soixante-dix ans, goutteuse depuis vingt ans et asthmatique à son heure. Le péril paraissait extrême et le découragement se lisait sur toutes les physionomies. On administra, sur ma proposition, 40 centigrammes de sulfate de quinine, de quatre heures en quatre heures, et, le lendemain, la malade reprit connaissance, parla et commença à se remettre. Chez les goutteux, du reste, le sulfate de quinine est souvent d'une efficacité surprenante.

4° La forme que M. Lecorché appelle demi-comateuse est, de toutes, la plus fréquente. Elle rappelle le type chronique de l'urémie cérébrale. Le début des accidents n'est pas brusque, leur marche est continue, délirante et progressive. L'intelligence devient obtuse, le regard vague et hébété, et le malade s'achemine vers le coma complet et la mort, en passant par une phase plus ou moins durable de stupeur.

5° La forme délirante comprend plusieurs variétés. Tantôt le délire se manifeste au cours d'une attaque goutteuse fébrile. Il semble être la conséquence de la fièvre ; du moins il apparaît avec elle, tous les deux précédant la fluxion articulaire. Le délire disparaît dès que celle-ci se produit.

(1) Legrand du Saulle, *Abeille médicale*, 5 octobre 1868.

Il peut au contraire être consécutif à la brusque rétrocession des accidents articulaires et revêt alors parfois le caractère de l'excitation maniaque. Dans un cas rapporté par Garrod, cette excitation maniaque persista pendant trois semaines et prit fin au moment où les douleurs des jointures réapparurent.

J'ai été récemment appelé, dans le département de la Somme, auprès d'un goutteux, âgé de soixante ans, qui venait, disait-on, d'être frappé de folie subite. Sa famille et son médecin, en proie à la plus vive émotion, discutaient l'opportunité d'un placement immédiat dans une maison de santé. Le délire de ce malade ne ressemblant à rien de défini, ne répondant à aucun type connu, l'invasion ayant été brusque, les urines charriant une proportion considérable de sables uriques, je conseillai de ne précipiter aucune décision, et je parlai nettement de la possibilité d'un cas de goutte cérébrale. Je prescrivis simplement un lavement purgatif, une potion bromurée et une révulsion très énergique aux extrémités, notamment du côté des gros orteils. Au bout de soixante heures, le prétendu aliéné était calme, lucide, intelligent, raisonnable et presque gai, mais il avait la goutte aux deux pieds.

Enfin on a cité des faits d'aliénation mentale vraie, comme ceux auxquels M. Charcot, dans le passage relaté plus haut, a fait allusion d'après Garrod. Bayle, Lynch, ont publié des observations de cet ordre. Lorry rapporte le cas d'un goutteux atteint de folie pendant dix ans et qui guérit au moment où se manifesta une attaque de goutte articulaire.

Guilbert (article GOUTTE, *Dictionnaire* en 60 volumes) a vu la mélancolie avec penchant au suicide se montrer alternativement avec des accès de goutte vague. M. Dagonet a observé un fait du même ordre. « Un de nos malades, dit-il, souffre alternativement d'attaques de goutte et d'accès d'aliénation. Quand les premiers disparaissent, les seconds se reproduisent aussitôt. » (*Traité d'aliénation mentale*, p. 211.) Berthier relate, dans son livre sur les *Névroses diathésiques*, plusieurs observations qu'on serait en droit de rapprocher des précédentes, si le laconisme de la description ne laissait planer quelque doute sur la réalité de la nature goutteuse des accidents douloureux mentionnés dans plusieurs des cas en question. « Un médecin distingué, dit-il, bien connu dans le monde savant, a eu plusieurs accès de délire hallucinatoire alternant avec des accès de goutte au pied et une bronchite. Dans son délire, il était pris d'un besoin insolite de mouvement, de voyages, d'entreprises, et prenait les objets les uns pour les autres, les assiettes pour des cuillères, de l'huile pour de l'eau et parfois sentait sa vue s'obscurcir. Sa surexcitation maniaque était suivie de collapsus. » Le même auteur rapporte encore le fait suivant qui paraît assez significatif. « Une ancienne religieuse, prédisposée à la folie, fut prise de manie à la suite de revers. Vers l'âge de quarante-quatre ans, menstruation et délire irréguliers, douleurs vagues dans les petites articulations des membres. Ces douleurs se fixent, les accès du délire deviennent de plus en plus anormaux, des concrétions tophacées immobilisent les articles. Tout à coup les douleurs cessent, un accès de manie éclate. L'accès passe, les douleurs reviennent. Après maintes oscillations de ce genre, les douleurs diminuent, le calme renaît, les jointures se soudent et la démence paralytique survient. »

Tous ces faits établissent suffisamment, je crois, la possibilité de la coïncidence et de l'alternance chez le même ma-

lade de manifestations douloureuses d'origine goutteuse et de troubles psychiques.

Il me reste maintenant à vous dire quelques mots d'un état mental particulier à forme hypochondriaque, qui s'observe très communément chez les individus atteints de la goutte et qui, sans constituer la folie, y confine de plus ou moins près. « Tourmenté par des troubles incessants, qui se portent tantôt sur un point, tantôt sur un autre, dit M. Lecorché, inquiété par un état vertigineux souvent continu, en proie à des accès de céphalalgie ou de névralgie, torturé par des douleurs erratiques dans la nuque, dans les reins, dans les membres, ne dormant pas, mangeant mal, le goutteux finit par aboutir presque fatalement à l'hypochondrie. Et cette hypochondrie n'est pas imaginaire; elle repose sur un fond de souffrances qui ne sont que trop réelles. Mais multipliées et exagérées par une imagination troublée, ces souffrances deviennent la source d'idées noires continuelles; le malade se croit atteint des affections les plus terribles, des lésions les plus incurables; il se voit déjà mort et pense n'avoir plus qu'à préparer sa tombe. »

L'état hypochondriaque se présente, dans l'espèce, avec des caractères sensiblement les mêmes que ceux qu'il revêt lorsqu'il reconnaît une cause autre que la goutte; c'est la même anxiété, ce sont les mêmes constantes préoccupations, la même variabilité dans les douleurs. Toutefois, d'après ce que j'ai cru remarquer, les malades ont principalement peur d'être affectés de lésions cardiaques : ils étudient leur pouls à chaque instant, redoutent toutes les émotions, évitent de faire de grands efforts, prennent mille précautions inutiles, mettent leurs affaires en ordre, se résignent avec tristesse et s'attendent à mourir subitement. « Mon médecin ne veut pas en convenir, — disent-ils, — mais je sens que j'ai une *maladie de cœur*. »

M. Lecorché rapporte un cas dans lequel cet état d'hypochondrie accompagné de vertiges, comme cela est habituel chez les goutteux, se compliquait de la peur des espaces. Le malade était agoraphobe en ville; à la campagne, il n'éprouvait pas les mêmes terreurs.

Tels sont les principaux troubles cérébraux et psychiques que vous pourrez observer chez les rhumatisants et les goutteux. Au lit du malade, veuillez en tenir un compte sérieux, car une très grosse partie se trouve engagée. La question, vous venez de le voir, méritait d'être traitée devant vous.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Segond.

I. Amputation d'un orteil en marteau. — II. Consolidation vicieuse d'une ancienne fracture de jambe, pied en valgus forcé, commencement de mal perforant, résection cunéiforme de l'os.

Nous avons ce matin deux opérations à faire : une amputation d'orteil et une résection de cal.

I. La première est une amputation du deuxième orteil, chez un homme âgé de quarante-huit ans, qui s'est toujours très bien porté et qui ne présente aucune diathèse manifeste. Je me trompe un peu cependant, car il est rhumatisant, c'est un homme en effet dont toutes les jointures craquent, et qui est obligé par sa profession de se tenir debout, pour ainsi dire toute la journée, ou de marcher.

Il y a deux ans, il s'est aperçu, pour la première fois, que le second orteil du pied droit commençait à se déformer, tendance qui n'a fait que s'accentuer de jour en jour au point qu'il a aujourd'hui ce qu'on appelle l'orteil en marteau ou, comme l'a aussi dénommé Nélaton, l'orteil en cou de cygne.

Mais en même temps des douleurs sont survenues, et au niveau de l'ongle et au niveau de l'articulation de la deuxième phalange avec la première, où un durillon s'est peu à peu développé. Ces douleurs ont tellement augmenté depuis quelque temps, elles se sont tellement exaspérées, que cet homme n'a plus eu d'autre pensée que d'entrer à l'hôpital pour y subir une opération quelconque, dit-il, pourvu qu'on le débarrassât d'une déformation qui est à la fois une infirmité et une véritable torture.

Je ne m'attarderai pas à discuter un diagnostic qui ne saurait faire doute pour personne et je ne vous énoncerai pas toutes les causes sous l'influence desquelles cette déformation des orteils peut se produire. Je vous dirai seulement qu'elle peut survenir à la suite d'une cicatrisation de plaie de la région, à la suite d'une ankylose; que le mal peut débuter aussi sans cause réellement appréciable; enfin je vous rappellerai qu'on a dit que c'est généralement après trente ans que l'on voit l'orteil se recourber et que cette infirmité se rencontre presque toujours chez des sujets rhumatisants. Mais l'hypothèse la plus vraisemblable de toutes est celle qui attribue l'orteil en marteau à des chaussures mal faites, trop courtes, à cuir trop dur et contre l'extrémité desquelles les orteils viennent buter. Et de fait, c'est toujours le deuxième ou le troisième orteil sur lesquels on remarque cette infirmité, c'est-à-dire les orteils les plus longs. En effet, par suite des souffrances résultant de la brièveté des chaussures, l'individu rétracte son orteil en vertu d'une sorte de spasme musculaire, et cette rétraction quotidienne, longtemps continuée, finit par déterminer peu à peu une rétraction permanente de plus en plus prononcée jusqu'à la forme du doigt en marteau.

On a aussi invoqué la mode des chaussures pointues et à bout relevé, mais à cela on pourrait répondre qu'une infinité de gens trouvent fort joli de chausser des souliers de ce genre et n'en ont pas pour cela le second ou le troisième orteil en cou de cygne. Aussi j'ajoute qu'il est nécessaire d'avoir quelque prédisposition. Cette prédisposition c'est l'arthritisme ainsi que Malgaigne et M. Verneuil, entre autres chirurgiens, l'ont parfaitement indiqué. Il en est de cette déformation comme de celle du gros orteil se déviant en dedans.

Ces quelques mots dits sur l'étiologie de l'orteil en marteau ou en cou de cygne, nous avons à nous demander comment et en quoi nous pouvons intervenir chez les malades atteints de cette infirmité et en particulier chez notre malade d'aujourd'hui. Que faire donc? Opérer. Opérer : 1° parce que cet homme souffre considérablement, parce qu'il est infirme et que, par suite, il ne peut plus vaquer à ses occupations, il ne peut plus rester debout ni marcher; 2° parce que cette infirmité elle-même peut entraîner à sa suite le développement du mal dorsal des orteils ou mal perforant de Dubreuil, c'est-à-dire une affection extrêmement grave.

On vous proposera bien certains moyens orthopédiques, l'un ou l'autre des cinq ou six appareils connus qui tous consistent, sauf modifications, à placer une semelle sous les orteils et quelque chose au-dessus, disposés de façon à les

redresser lentement. Mais un pareil redressement donne lieu à des douleurs très sérieuses, et il faut avoir une patience d'ange pour les supporter, il faut aussi pouvoir se soigner pendant un temps fort long et les malheureux qui viennent à l'hôpital ne peuvent guère disposer de semblables loisirs. D'ailleurs ces appareils eux-mêmes nécessitent souvent aussi la ténotomie préalable, ténotomie double, pour faciliter le redressement de l'orteil maintenu recourbé par des tendons rétractés. Je le répète, chez les gens du monde qui n'ont rien à faire et qui peuvent passer tout leur temps à se soigner, la chose est possible, mais dans certaines classes sociales c'est de toute impossibilité.

C'est ainsi que notre malade, qui a besoin de pouvoir se tenir debout et de marcher pour vivre, nous demande à cor et à cri de l'opérer. Or, avec l'antisepsie, l'opération n'offre aucun danger; de plus, elle est opportune et la guérison doit en être la conséquence. Dans ces conditions nous allons donc lui amputer l'orteil, non dans la continuité, mais dans la contiguïté.

II. Le second malade que nous avons à opérer est un homme de soixante ans, qui a été traité, en 1865, dans le service de Broca, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une fracture de la jambe droite compliquée de plaies. Cet homme a eu des accidents assez graves pour qu'il dût rester à l'hôpital pendant une année entière et subir plusieurs opérations successives, telles entre autres que l'extraction de plusieurs séquestres et la résection d'une portion exubérante de son cal.

Il sortit enfin, cependant, guéri et solide, mais avec une attitude du pied quelque peu vicieuse, puisqu'elle le força à marcher sur son bord interne. Cependant, bientôt la marche était douloureuse et, depuis quelques années surtout, le malade a de telles douleurs qu'il en est devenu véritablement infirme. Au début il souffrait principalement de son cal, il en souffre bien encore un peu, mais ces douleurs ne sont rien auprès de celles qui résultent d'une marche en valgus forcé et qui siègent en deux points du gros orteil : au niveau de la tête du premier métatarsien et près de l'articulation phalango-phalangienne, c'est-à-dire là où se sont formés deux énormes durillons. L'un d'eux est pour ainsi dire assez transparent pour que l'on aperçoive dans la profondeur une sorte de pointillé noirâtre. Bref, cet homme souffre si horriblement qu'il est venu nous supplier de l'opérer, et nous devons d'autant plus promptement accéder à son désir que je crains bien de me trouver chez lui en présence d'un commencement de mal perforant.

A quelle opération recourir? l'ostéoclasie ou l'ostéotomie? L'ostéoclasie n'est pas possible à mon grand regret, car elle est une fracture fermée, tandis que l'ostéotomie est une fracture ouverte, et nous savons quelle différence de gravité existe entre les deux. Ici l'ostéoclasie est impossible en raison du siège beaucoup trop inférieur de la malformation pour pouvoir appliquer sans trop de difficultés l'ostéoclaste; de plus le sujet est âgé, ce qui est une condition défavorable; enfin le cal est très ancien (1865), il est d'une épaisseur considérable et les parties molles qui l'environnent sont adhérentes au squelette.

Les premières opérations sanglantes appliquées au cal vicieux sont de date relativement récente; la première fut pratiquée en 1815 par Lemercier, et la seconde 19 ans plus tard, en 1834, par Clémaud (de Rochefort). Elles furent couronnées de succès. Mais les autres tentatives d'ostéotomie furent si peu heureuses depuis lors, que, en 1870 encore, elles étaient absolument repoussées en France et en Angleterre. Par contre, en Allemagne, on réséquait à outrance, si bien que peu à peu, en présence des résultats obtenus dans ce dernier pays, un revirement s'est produit chez nous et, grâce aux moyens antiseptiques, on a pu faire l'ostéotomie de nouveau avec succès. C'est ainsi que M. Campenon, dans sa thèse d'agrégation, a pu relever de nombreuses observations sans un seul cas de mort.

Ce sont ces faits qui m'autorisent aussi à intervenir chez notre malade et par la seule opération qui soit possible chez lui, par la résection cunéiforme de l'os à ciel ouvert, c'est-à-dire par la véritable opération de Clémaud (de Rochefort).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Cancer primitif de la plèvre; pleurésie hémorrhagique. — **M. Dieulafoy** communique l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, gras, frais et bien portant jusqu'au mois de décembre 1884, époque à laquelle il entra dans son service, avec tous les signes d'un épanchement pleurétique du côté gauche. Le cœur était dévié. On pouvait évaluer à 2 litres et demi la quantité du liquide épanché. Ce malade, en arrivant à l'hôpital, était tellement oppressé que l'interne du service pratiqua immédiatement la thoracentèse; il sortit un liquide franchement hémorrhagique. L'interne s'arrêta, arrivé à un litre. Avant cette époque, ce malade avait présenté une phase préparatoire caractérisée par de légères hémoptysies, des douleurs assez vives dans les espaces intercostaux. Le diagnostic étiologique était bien difficile à préciser. Le liquide était très légèrement fibrineux; il contenait 10 p. 100 de sang. On était obligé de recourir à chaque instant à la thoracentèse, de telle sorte qu'il en subit sept dans les deux premiers mois; il n'eut pas de fièvre; il conservait l'appétit; l'état restait stationnaire; le symptôme dominant était l'oppression qui revenait très vite et commandait à chaque instant de nouvelles ponctions. Après ces deux mois, il entra dans une seconde phase de deux mois et demi, pendant laquelle il fallut pratiquer une thoracentèse tous les deux ou trois jours. Le poumon du côté droit était respecté; il n'y avait pas de ganglions; aucune trace de cancer nulle part. Que pouvait-on supposer ici? Trois hypothèses se trouvaient en présence : il s'agissait d'un hématome, d'une pleurésie cancéreuse ou tuberculeuse. Dans l'hématome, le liquide est surtout fibrineux et n'a qu'une faible tendance à se reproduire. Il est rare qu'il ne cède pas à deux ou trois ponctions. S'agissait-il de tuberculose? Il n'y avait pas de fièvre, pas d'expectoration, pas de bacilles dans le liquide; celui-ci inoculé à des cobayes n'a rien donné. Le malade ne présentait aucune trace d'ancienne scrofule; enfin la pleurésie hémorrhagique d'origine tuberculeuse est curable et le liquide ne se reproduit pas incessamment comme ici. Par élimination, on arrive donc au diagnostic de cancer. M. Dieulafoy admit l'existence d'un cancer primitif de la plèvre gauche. Après cinq mois, nouvelle phase caractérisée par une grande amélioration et une grande diminution dans les douleurs. L'appétit revenait, le liquide ne se reproduisait plus; en neuf mois et demi, il n'y eut que deux thoracentèses au début, puis plus rien. Le malade arriva graduellement à des doses énormes de morphine, 20 à 50 centigrammes par jour. Il mourut le 6 janvier 1886, après dix-huit mois de maladie.

A l'autopsie, on trouva 1 litre de liquide hémorrhagique et un cancer de la plèvre diaphragmatique du côté gauche, gros comme le poing. Dans la cloison interventriculaire du cœur se trouvait un petit noyau cancéreux.

Cette observation démontre, une fois de plus, car il y a déjà des faits analogues, la possibilité de l'existence d'un cancer primitif de la plèvre sur un jeune sujet, la persistance de l'hémorrhagie. Toutefois, il ne faudrait pas faire de cette persistance de l'hémorrhagie un signe pathognomonique du cancer de la plèvre. La pleurésie franchement hémorrhagique ne suppure pas. Quelle est l'indication thérapeutique? Il n'y en a pas d'autre que les ponctions avec un petit trocart.

Hystérie chez l'homme. — M. DEBOVE présente un homme hystérique qu'il a déjà présenté au mois de novembre 1885 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1156). Il s'agit d'un hystérique hypnotisable et suggestionnable qui est entré une première fois dans le service de M. Debove pour une paraplégie d'origine inconnue. L'ayant reconnu hystérique et suggestionnable, M. Debove le guérit de sa paralysie par simple suggestion. Désirant que ce malade rentrât à l'hôpital, au cas où il serait de nouveau atteint de paralysie, M. Debove l'endormit et lui donna pendant son sommeil l'ordre de revenir dans son service s'il était de nouveau frappé de paralysie. Il le réveilla et lui donna son exeat, attendu qu'il était devenu absolument insupportable par ses exigences.

Afin de pouvoir librement raconter tous ces faits devant le malade, M. Debove prit d'abord la précaution de le rendre absolument sourd, par suggestion.

Le jour même où il sortit, cet homme tomba brusquement atteint de paralysie. Son premier mouvement fut de se faire conduire dans le service de M. Debove. Mais, comme il le craint beaucoup, il changea d'idée et se fit conduire à l'hôpital de la Charité, chez M. Féréol qui, croyant d'abord avoir affaire à une paralysie d'origine syphilitique, fit administrer de l'iodure de potassium à ce malade. Après quelque temps, n'allant pas mieux, il déclare qu'il avait formellement promis à M. Debove d'aller le retrouver et qu'il voulait y aller. Amené dans le service de M. Debove, il fut guéri en quelques secondes de sa paraplégie.

Sur l'invitation de M. Féréol, M. Debove rend instantanément à cet homme sa paraplégie et la guérit de même. Il lui fait prendre 10 centigrammes d'acide picrique, substance horriblement amère, et lui persuade que c'est très sucré. Le malade déclare en effet que cela sent la cassonade.

M. FÉRÉOL, après avoir cru chez ce malade à l'existence d'une ataxie locomotrice d'origine syphilitique, se rallia à l'opinion de M. Debove et le considéra comme un hystérique. Il ajoute qu'à l'avenir, en présence d'une paraplégie, il faudra compter avec les paraplégies déterminées par M. Debove.

Traitement de la variole. — M. DU CASTEL rappelle avoir fait à l'Académie de médecine, il y a quatre ans, une communication sur les avantages de la médication par l'opium à hautes doses et les injections sous-cutanées d'éther, médication ayant pour but de supprimer ou tout au moins d'atténuer fortement la période de suppuration. Depuis cette époque, M. Du Castel a soigné ainsi tous les varioleux qu'il a eus à traiter dans les différents services de varioleux, et en a toujours obtenu de bons résultats. Il distingue, à ce point de vue, les varioleux en deux classes : 1° ceux qui n'ont pas été vaccinés; 2° ceux qui l'ont été. Chez les premiers, la médication par l'opium et l'éther diminue de beaucoup la période de suppuration, sans cependant la faire complètement disparaître; chez les seconds, elle supprime complètement cette période.

La dose d'opium est de 15 centigrammes pour les femmes, de 20 centigrammes pour les hommes; la dose d'éther, de deux seringues de Pravaz par jour. Cette médication est très bien supportée et n'a pas d'inconvénients. Elle a été employée par d'autres, en particulier par MM. Dreyfus-Brisac, Gombaux, Balzer, etc., qui s'en sont également très bien trouvé. Elle abrège la durée de la maladie de huit à dix jours. Elle doit être commencée le troisième jour de l'éruption.

M. BALZER confirme l'opinion que vient d'exprimer M. Du Castel Il préfère seulement le sirop d'éther aux injections sous-cutanées.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 février 1886. — Présidence de M. GRÉHANT.

COMMUNICATIONS

Rôle du foie en présence des alcaloïdes. — M. ROGER fait une communication d'où il résulte que le foie exercerait une action destructive sur certains alcaloïdes, ou simplement une action d'arrêt sur certains autres.

M. DUBOIS fait observer que le foie joue plutôt un rôle d'éliminateur que de destructeur des substances alcaloïdes.

M. LABORDE rappelle qu'il y a un grand nombre de substances alcaloïdes qu'on retrouve dans le foie. La morphine, par exemple, ne se retrouve pas dans les urines, mais bien dans les matières fécales et dans la bile en nature. Il ajoute que les alcaloïdes les plus toxiques ne se retrouvent pas dans le sang en circulation.

M. GRÉHANT fait observer que chez les animaux intoxiqués par la morphine, on constate toujours une grande diminution de la sécrétion rénale, ce qui peut expliquer dans une certaine mesure l'absence de la morphine dans les urines.

Malformation des organes génito-urinaires. — M. SÉCHERON présente des pièces anatomiques provenant d'une malade morte à l'Hôtel-Dieu. On avait constaté, chez cette femme, pendant la vie, une cloison sur la partie inférieure du vagin. A l'autopsie, on a trouvé un utérus complètement double; il y avait une communication entre les deux cavités utérines. La cloison intermédiaire s'étendait jusque dans le vagin. La vessie n'avait qu'un seul orifice interne correspondant à un seul uretère du côté gauche. Il n'y avait qu'un seul rein gauche très hypertrophié; il n'y avait pas de rein du côté droit. Entre l'utérus et le rectum se trouvait une masse cancéreuse. Les ovaires étaient normaux.

Recherches sur un tænia solium fenêtré. — M. G. POUCHET, aunom de M. Marfan, fait une communication sur ce sujet.

Le tænia solium qui a fait l'objet de ces recherches a été déjà décrit au point de vue des caractères visibles à l'œil nu par Maurice Notta, dans l'*Union médicale* du 24 octobre 1885.

L'examen histologique des anneaux altérés a révélé les particularités suivantes :

Les pertes de substance superficielles comme les perforations totales ne paraissent causées par aucun processus morbide; les éléments anatomiques n'ont subi à ce niveau ni multiplication ni dégénérescence; les fibres musculaires qu'on y aperçoit présentent des sections nettes; de plus, les anneaux où on trouve des ovules arrivés à maturité ne montrent jamais ces ovules au niveau de la perte de substance. Enfin il existe des anneaux érodés ou perforés qui ne présentent qu'un développement ovulaire très peu avancé. Ces constatations font écarter, au point de vue de la genèse, toute assimilation avec l'état fenêtré du bothriocéphale.

Étant donnés les caractères microscopiques de la perte de substance, il semble très probable que l'altération du tænia fenêtré est due à une digestion par le suc intestinal. Mais pour que le suc intestinal puisse produire l'état fenêtré, il est nécessaire d'admettre au préalable une solution de continuité de la cuticule; car, dans l'état normal, la cuticule protège le ver contre la digestion. Sous quelle influence se produit cette solution de continuité? C'est là un point assez difficile à déterminer : on peut admettre l'action de corps étrangers; on peut admettre aussi que la tête du tænia solium peut quelquefois, comme celle de l'inerme, quitter la paroi intestinale pour aller se fixer sur un des anneaux où elle produirait une petite érosion.

La note se termine par la relation d'une expérience qui semble prouver que, dans certaines conditions, un cestoïde peut parfaitement être digéré.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation en médecine. — Le vendredi 26 février 1886, à cinq heures moins un quart, les thèses des candidats devront être déposées à la Faculté de médecine de Paris. Le même jour, à cinq heures, il sera procédé au tirage au sort de la date de la soutenance desdites thèses, ainsi que du nom des argumentateurs. La première argumentation aura lieu le mardi suivant, 2 mars, à cinq heures du soir, et la remise de la première thèse aux argumentateurs se fera le samedi 27 février, à cinq heures du soir.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé de trois mois, avec traitement, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Budin, agrégé.

M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant trois mois.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 29 mars 1886, à midi et demi, à la Faculté. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, à partir du jeudi 18 février, et sera clos le samedi 20 mars à trois heures du soir.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Les prosecteurs nommés audit concours entreront en fonctions le vendredi 1er octobre 1886 pour une période de quatre années qui expirera le 1er octobre 1890.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 mai 1886, à midi et demi. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, à partir du lundi 15 mars 1886 et sera clos le samedi 17 avril à trois heures du soir.

Tous les élèves en médecine de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Les aides d'anatomie nommés audit concours entreront en fonctions le vendredi 1er octobre 1886 pour une période de quatre années, laquelle expirera le 1er octobre 1890.

— L'ouverture de la session d'examen de mars pour l'admission à la clinique d'accouchements des aspirantes élèves sages-femmes s'ouvrira le jeudi 4 mars 1886 à neuf heures du matin.

Les candidates seront admises à se faire inscrire au secrétariat tous les jours de midi à trois heures, les dimanches et fêtes exceptés, jusqu'au samedi 27 février 1886 inclusivement.

— M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 janvier 1877, a légué à la Faculté : 1° une rente de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° une rente de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

Les mémoires des candidats devront être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

En 1886, il y aura lieu de décerner le prix annuel de 1,500 francs.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Chaleix (Pierre-Maxime) est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Rivals, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Deroubaix (Victor), pharmacien de première classe, est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

M. Delplanque, docteur en médecine, préparateur d'histoire naturelle, est délégué dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Focken (Henri-Louis-Jean-Baptiste), licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Delplanque, appelé à d'autres fonctions.

M. François (Adolphe) est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de physique, en remplacement de M. Toussaint, appelé à d'autres fonctions.

M. Lobert (Émile-Pierre), pharmacien de première classe, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Thibaut, des fonctions de chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Batteur, non acceptant.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — L'assemblée des professeurs vient de présenter à l'approbation du gouvernement, pour la nomination à la place de doyen : en première ligne, M. le professeur Lortet; en deuxième ligne, M. le professeur Glénard.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Guy, ancien aide d'anatomie, est chargé des fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Pradal, démissionnaire.

Un congé, sans traitement, pour cause de service militaire, est accordé, sur sa demande, pour cause de service militaire, à M. Gombert, préparateur de physiologie.

M. Abelous, aide de physiologie, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Gombert, des fonctions de préparateur de physiologie.

M. Bertin-Sans, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions d'aide de physiologie, en remplacement de M. Abelous, appelé à d'autres fonctions.

— *Collège de France.* — M. Suchard, répétiteur près le laboratoire d'histologie de l'École pratique des Hautes-Études, demeure délégué dans les fonctions de préparateur près la chaire d'anatomie générale pendant l'absence de M. Weber, titulaire de l'emploi, en congé.

— *École de médecine de Rennes.* — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Rennes s'ouvrira le jeudi 17 juin 1886 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, où les candidats devront se faire inscrire au secrétariat un mois au moins avant l'ouverture dudit concours. Seront admis à concourir les docteurs en médecine, les pharmaciens de première classe et les licenciés ès sciences physiques.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Winsbach est nommé préparateur de physique et de toxicologie, en remplacement de M. Laurent, démissionnaire.

— Une place d'interne en médecine devant être prochainement vacante à l'hôpital civil de Saint-Denis (Seine), les étudiants en médecine, pourvus au moins de deux examens de doctorat, qui désireraient postuler pour cet emploi, sont invités à se faire inscrire immédiatement à l'économat de cet hôpital.

— Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. Jules Jamin, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences pour les sciences physiques et naturelles et doyen de la Faculté des sciences de Paris.

Né à Termes (Ardennes), le 30 mai 1818, M. Jamin appartenait à l'Académie des sciences, section de physique générale, où il avait remplacé Pouillet, depuis l'année 1868. Il a succombé vendredi matin, 12 février 1886, à la maladie qui depuis plusieurs mois le tenait éloigné de ses collègues. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui lundi à midi.

— La Société protectrice des animaux a décerné, dans sa séance générale annuelle, des médailles de vermeil à MM. les docteurs Dajon, Doumic, Durand, Jenot et Okinzye, médecins inspecteurs, et une médaille d'or à MM. les docteurs Picard (de Lagny) et Picard (de Selles-sur-Cher), pour leurs publications.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19040.

N° 21. — JEUDI 18 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 18 FÉVRIER 1886. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Peter n'est pas de ceux qui se payent de mots, et qui se figurent avoir tout dit en pathologie quand ils ont nommé dans une maladie un microbe. Il n'est pas de ces petits esprits qui se réjouissent de trouver dans un être microscopique, découvert et décrit par d'autres, une conception à leur mesure, et qui viennent gravement exposer, comme une œuvre à eux personnelle, sur ce sujet, leurs courtes vues. C'est un praticien qui connaît la tradition et qui s'en inspire.

On pourrait lui reprocher peut-être, dans sa fidélité tenace aux enseignements des maîtres anciens, de se montrer un peu rebelle aux idées récentes, alors même qu'elles ont un fondement sérieux, et de faire un peu trop table rase, non du passé, mais du présent. Il en est tant d'autres qui poussent jusqu'à ses dernières limites le défaut contraire, que celui-là, par contraste, semble un mérite.

M. Cornil, qui a répondu à M. Peter, venait défendre, dans ses bases les plus solides, cette théorie microbienne, que, par réaction, M. Peter aurait voulu complètement renverser.

Il l'a fait d'ailleurs, bien qu'avec l'accent de la conviction la plus sincère, avec une grande modération et en vrai clinicien, sachant mettre en première ligne ces indications, ces circonstances individuelles qu'en médecine l'observateur doit s'attacher à saisir surtout.

Le microbe, répandu dans l'air, pénétrant à tous les instants dans l'individu, ne s'y multiplie que dans certaines conditions. On ne peut pas dire que ce soit la cause exclusive de la maladie : c'en serait plutôt l'accessoire, et le danger en est ailleurs.

L'étude des microbes, ainsi comprise, n'a plus rien qui puisse offusquer. Elle n'est pas en opposition avec celle des leucomaïnes et de ces produits extractifs, si vénéneux, dont la connaissance apporte aux médecins des horizons nouveaux.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Pajot.

Rétention du placenta dans l'utérus, statistique, conduite à tenir (1).

II

Je vous ai dit que si l'on s'y prenait convenablement pour extraire le placenta, *lorsque celui-ci était décollé*, on résolvait toujours la question. Je vous ai dit aussi qu'en quarante ans de pratique obstétricale, je n'avais jamais échoué; une seule fois cependant, le cordon s'était cassé, mais le placenta était alors engagé aux trois quarts dans le col utérin, et il me suffit d'introduire un ou deux doigts de la main pour l'avoir facilement.

Le plus long temps qu'il m'a fallu pour extraire un placenta décollé, et encore cela ne s'est présenté qu'une fois, a été de vingt-cinq minutes, mais j'ai réussi. Certainement j'ai quelquefois eu affaire à des cas difficiles : dans l'un, il s'agissait d'un placenta très dur, très épais, le moulage en fut très long pour qu'il pût s'engager et sortir; dans un autre cas, il renfermait un caillot gros comme une carafe ; je restai encore de quinze à vingt minutes le cordon en main tendant et attendant, jusqu'à réussite entière. Je pourrais vous citer aussi le fait d'un placenta mince comme une assiette, et dont le diamètre ne mesurait pas moins de 22 centimètres.

Mais, je le répète encore, lorsque le placenta est décollé, si vous voulez suivre les conseils que je vous ai donnés dans ma dernière leçon, vous n'éprouverez pas plus de difficultés que moi-même, et vous réussirez.

Mais autre chose est la question suivante :

Vous avez attendu que l'utérus soit convenablement rétracté, vous suivez ma méthode, c'est-à-dire tendre et attendre, mais le cordon est enfoncé dans l'utérus et vous ne sentez pas de placenta parce qu'il n'est pas décollé, ou bien il est décollé, mais — le fait est assez rare — l'utérus est en forme de gourde, c'est-à-dire à deux compartiments séparés par une portion rétrécie, et le placenta se trouve — permettez-moi l'expression — dans l'arrière-boutique, par conséquent non accessible. Que faut-il faire? Vous avez vu, dans notre dernière leçon, le résultat d'une faute, la mort! Eh bien, cette faute il ne faut pas la commettre, il faut que l'exemple que vous avez eu sous les yeux soit un enseigne-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 132.

ment pour votre vie entière, car je ne doute pas un seul instant que si l'accoucheur ou la sage-femme qui ont présidé à l'accouchement avaient introduit la main dans la matrice, alors que la chose était encore possible, je ne doute pas qu'ils eussent ramené du placenta ce qu'ils auraient pu en enlever, et que le reste fût sorti ensuite à l'aide d'injections antiseptiques, de sorte que la femme ne serait probablement pas morte.

Mais, me direz-vous, pourquoi ne l'avez-vous pas fait vous-même le troisième jour, quand la femme a été amenée ici? — Pourquoi? Parce que, au troisième jour, la chose est presque toujours impossible et qu'on risque alors par la violence de tuer la malade immédiatement. Certainement, j'aurais pu pénétrer dans l'utérus, mais j'aurais déchiré le tout.

D'où je conclus que dans les premières heures qui suivent l'accouchement, vous devez faire tous vos efforts pour extraire du placenta tout ce que vous pourrez. Vous introduirez les doigts avec douceur et, suivant le cordon, vous irez décoller tout ce qu'il vous sera possible, mettant avec soin sur un plat toutes les portions retirées, afin de vous rendre compte de ce qu'il peut manquer pour que le délivre soit complet. Puis, si tout n'est pas venu, vous ferez des injections dans la matrice avec la liqueur de Van Swiéten, les renouvelant jusqu'à ce que le reste soit tombé. En agissant ainsi, vous aurez toutes chances de sauver la femme, comme vous le montre la statistique (4 morts seulement sur 120, au lieu de 60 sur 68), que je vous ai donnée dans notre dernière conférence.

Mais vous avez affaire, comme dans le cas qui a été l'occasion de ces leçons, à une femme accouchée depuis deux ou trois jours, que ferez-vous? Pas grand'chose de bien bon. Néanmoins vous emploierez tous les moyens nécessaires, hormis la violence. Vous m'avez entendu vous dire ce que j'avais tenté avec mes pinces, avec les injections antiseptiques matin et soir, sans réussir cependant à empêcher la résorption purulente de se faire.

Je conclus : le placenta est décollé, vous en êtes certain, vous faites la traction douce et continue : *tendre et attendre.* Le placenta n'est pas décollé; gardez-vous de tirer sur le cordon sous peine de renverser l'utérus, d'amener des accidents effroyables, des hémorrhagies formidables; gardez-vous tout autant de donner l'ergot de seigle et rappelez-vous ces mots : *Jamais d'ergot quand il y a quelque chose dans l'utérus.* Mais alors, que faire? — Que faire? Vous placez la femme en travers du lit, vous saisissez le cordon et le suivez pour aller à la recherche du délivre; vous cherchez à le décoller, à en retirer tout ce que vous pouvez, et vous faites des injections antiseptiques en ayant soin de les renouveler les jours suivants. Si quelque hémorrhagie consécutive se produit, c'est alors que vous pouvez donner un peu d'ergot.

Voilà pour la conduite à tenir dans l'accouchement. Mais une autre question reste maintenant à traiter, celle de la conduite aussi à tenir dans les cas d'avortement, et je ne sache pas que le rapprochement ait jamais été fait entre les deux cas.

Ici, la situation est bien autrement compliquée et grave, car il ne saurait plus être question d'introduire la main dans la matrice, cela n'est pas possible.

Dans les avortements jusqu'à trois mois, il est de règle que l'œuf est expulsé en entier; mais à partir de trois mois et demi à quatre mois, à cinq et six mois, l'œuf, au contraire, n'est presque jamais rendu en entier; il s'agit d'un petit accouchement, d'une expulsion purement fœtale, tandis que l'arrière-faix reste dans la matrice, parce qu'il est plus volumineux dans son ensemble que le fœtus lui-même, et parce que l'orifice qui a pu laisser passer celui-ci ne laisse pas passer l'arrière-faix. C'est là une remarque faite, il y a déjà longtemps, par Paul Dubois et parfaitement vraie.

Que faut-il donc faire? La femme a fait une fausse couche, le petit embryon a été rendu, on l'a mis dans l'alcool pour s'en faire un baromètre. Dans ce cas-là, le cordon n'existe pas ou plutôt il est réduit, pour ainsi dire, à un cheveu; donc il ne faut pas compter sur lui pour la moindre traction, il casserait. Cependant, il faut savoir si le placenta est décollé. Quelquefois on peut le sentir avec le doigt; chez d'autres femmes on ne le sent pas et on reste dans l'ignorance de ce qu'il en est; enfin, parfois, il peut n'être pas décollé du tout. Ceci est très rare, car le décollement est la règle (97 fois sur 100), de même que la rétention du placenta dans l'utérus est aussi la règle, comme je le disais tout à l'heure, car on ne voit jamais le placenta suivre le fœtus. Dans l'espace de quarante ans, je n'ai vu pour tous les cas d'avortement que trois placentas non décollés.

J'ai dit, dans ma dernière leçon, et je vous l'ai répété tout à l'heure, que, dans le cas de rétention du placenta après l'accouchement, la statistique était de 60 morts sur 68 cas, si l'on n'intervenait pas. Je dis maintenant le contraire pour l'avortement; ici la proposition est retournée : « Si on a le malheur d'intervenir dans les premières heures qui suivent l'expulsion de l'embryon, 60 fois sur 68 la femme est morte. »

Pourquoi cette opposition? Parce que dans le premier cas il est possible d'introduire la main dans l'utérus; et que dans le second cas cette introduction est impossible, et que même si elle était praticable, elle serait une cause directe de mort. En effet, lorsqu'une petite portion du délivre se présente, la première pensée qui vienne à l'esprit de maints accoucheurs est d'aller l'accrocher avec le doigt. Mais il faut savoir que l'opérateur n'entraînera que ce petit morceau, qu'il l'aura déchiré sans s'en douter et qu'il tuera ainsi la femme. Paul Dubois l'a très bien dit aussi : quand une portion du délivre est là à l'orifice utérin, gardez-vous d'y toucher; car, faisant l'office d'un corps étranger, il stimulera l'action expulsive de l'utérus, si bien qu'au bout d'un certain nombre d'heures, les contractions de cet organe l'auront expulsé. Votre conduite est donc toute tracée, c'est l'*expectation.*

Mais, vous le savez, il n'y a pas de règle sans exception, et vous pouvez être appelé, alors que d'autres personnes auront si bien tourmenté l'utérus que son action est troublée et que le placenta ne sort pas. Que faire dans ces conditions? Se croiser les bras et attendre? Non, certes. Vous êtes mandé pour une fausse couche; on n'a pas touché à l'utérus; il n'y a pas d'hémorrhagie abondante : attendez, ne faites rien. Le lendemain, rien encore n'est venu; vous soulevez les draps de la malade, vous y mettez le nez : pas d'odeur, ne rien faire. Mais le surlendemain une mauvaise odeur commence à se faire sentir, c'est le commencement de la putréfaction. Jusque-là j'ai laissé la nature faire ce qu'elle pouvait; mais la voici impuissante. Alors il vous faut intervenir à tout prix, extraire le placenta, à tout prix je le répète, sauf la violence. Vous ferez dix, quinze, vingt tentatives, si c'est nécessaire, car le placenta putréfié est un placenta décollé. Mais comment intervenir? — Avec le

doigt? Cela n'a pas le sens commun, car il faudrait avoir un doigt d'une longueur... d'une longueur comme il n'en existe pas. Vous aurez recours à l'un ou à l'autre des deux instruments que je vous montre : la pince-forceps ou la cuiller-curette, selon que l'orifice utérin sera franchissable ou difficile. Avec le premier, on saisit le placenta comme un cordon ombilical ; s'il se déchire, qu'importe? Vous en retirerez ce que vous pourrez et ferez des injections antiseptiques ; en deux ou trois séances, vous évacuerez ainsi tout l'utérus. Avec le second instrument qui a des cuillers de rechange de toutes dimensions pour ainsi dire, même pour les orifices les plus étroits, vous irez à la recherche de l'arrière-faix, de façon également à en extraire toute la quantité possible, et les injections se feront comme ci-dessus. Cet instrument a sauvé la vie à bien des femmes.

Quant aux trois placentas non décollés, je les ai observés dans les conditions suivantes :

Le premier cas fut celui d'une femme d'officier des douanes, à laquelle on avait donné de l'ergot de seigle, et qui mourut. Le second, celui d'une sage-femme qui suivait assez assidûment mes leçons ; elle avait des accointances avec un jeune officier de santé. Un beau jour elle disparut ; son absence m'inquiétait peu... lorsque tout à coup je reçus la visite dudit officier qui venait me prier de me rendre au plus vite chez lui. Je pars aussitôt, et à mon arrivée je trouve la pauvre femme dans un état des plus épouvantables, tel que je ne la reconnaissais pas, absolument exsangue, presque inanimée par suite de pertes effroyables. Enceinte de par son officier, elle avait fait une fausse couche, l'embryon avait été expulsé, mais le placenta était resté adhérent à la matrice, vivant. Je parvins à enrayer les accidents, à remonter la femme, et le délivre sortit le vingt-neuvième jour spontanément. Ce ne fut qu'au bout de six mois que mon élève fut rétablie.

Enfin, la troisième observation est celle de la femme d'un diplomate. Elle avait fait une fausse couche à quatre mois ; après avoir vu tous les accoucheurs en renom, on vint me chercher, — c'est toujours comme cela que ça se passe, — elle avait eu à plusieurs reprises des pertes considérables ; dans l'une d'elles, elle avait perdu une *cuvette de sang* en vingt minutes. Après examen, je me bornai pour tout traitement à combattre l'anémie et à prévenir toute autre hémorrhagie, en apprenant à sa femme de chambre, très intelligente d'ailleurs, à préparer des tampons de ouate et à les appliquer à la première perte qui se produirait, en attendant mon arrivée. Ce fut seulement au bout de quatre mois et demi qu'à la suite de coliques caractéristiques, la jeune femme rendit spontanément un petit placenta. Dès lors tous les accidents cessèrent et elle guérit rapidement.

En résumé donc, dans l'avortement, deux cas peuvent se présenter : l'un commun, l'autre rare. Le commun, c'est le décollement et la rétention du placenta ; le rare, c'est le non-décollement du placenta continuant à vivre dans la matrice.

Dans le premier cas, expectation absolue tant qu'il n'y a pas d'odeur, c'est-à-dire tant qu'il n'y a pas de putréfaction ; mais intervention immédiate et par tous les moyens possibles, *excluant la violence*, dès qu'il y a putréfaction, afin d'extraire en tout ou partie le délivre ; pinces, curettes et injections antiseptiques, car si vous n'extrayez pas le placenta, la femme est morte.

Dans le second cas, le placenta est vivant, pas d'odeur : expectation et parer d'avance aux hémorrhagies qui vous surprendront fatalement, en préparant des tampons et en apprenant à quelqu'un de l'entourage à s'en servir en attendant l'arrivée du médecin.

Voilà ce qu'il faut faire. Mais ce qu'il ne faut pas faire, c'est de donner l'ergot quand l'utérus renferme quelque chose, quand le placenta est dans l'utérus, sous peine de commettre un assassinat, de tuer la femme. Car vous la tuez fatalement, comme si vous lui tiriez un coup de pistolet en pleine poitrine.

Quand l'utérus est vide, au contraire, et qu'il y a des hémorrhagies, alors l'emploi de l'ergot vous est permis, selon les circonstances.

DE LA SÉRIE MORBIDE

Par M. le docteur Sorbets, d'Aire (Landes).

Voici le résumé des états organo-pathiques caractérisant cette série morbide si remarquable :

Lichen prurigineux dans la région dorsale, traité classiquement.

Le lichen disparaît ; il est remplacé par une bronchite catarrhale généralisée qui, à son tour, est suivie d'une entérite aiguë : points douloureux de l'abdomen, diarrhée abondante et météorisme considérable avec hoquet, puis rétention d'urine due à une prostatite chronique. Après cinq mois, le lichen reparaît.

Ainsi, lichen de nature goutteuse, bronchite catarrhale généralisée, entérite aiguë éphémère et rétention d'urine avec cystite suppurée amenée par une prostatite chronique.

Le lichen commence la série morbide, vrai cycle d'états organo-pathiques se succédant et compris entre le lichen qui débute et celui qui termine cette série, portant le cachet de la diathèse goutteuse.

L... (Pierre), quatre-vingts ans, mai 1885. — Après la cure de l'entérite aiguë, il se produisit une rétention d'urine consécutive à une prostatite chronique et à la présence dans le rectum d'hémorroïdes douloureuses, rétention combattue par le cathétérisme répété trois fois par jour.

A l'âge de cinquante-cinq ans, il y a vingt-cinq ans, le malade avait eu pareille affection, qui céda après un cathétérisme de quelques jours. Depuis cette époque lointaine dans la vie d'un homme, la miction se faisait naturellement. Mais vint un jour où, par ses progrès, l'hypertrophie de la prostate amena la rétention.

Nous dirons quelques mots sur cette cystite suppurée qui a été la principale et première affection de la série.

Le cathétérisme fut donc fait trois fois par jour avec une sonde en caoutchouc, molle et flexible. Des injections avec de l'eau froide de goudron d'abord, puis tiède, furent poussées dans la vessie. Il existait une cystite suppurée puisque les dernières gouttes retirées de l'organe vésical étaient purulentes, le bec de la sonde plongeant nécessairement dans le bas-fond de la vessie.

Après quelques jours, la quantité de pus paraît augmenter ainsi que la faiblesse générale.

Pouls à 90. Pour alimentation : des potages, du jus de viande obtenu à l'aide du sustenteur Rainal ; vin de Kina, de Bordeaux ; œufs mollets ; semoule ou tapioca au lait sucré et jaunes d'œuf ; pas de viande.

Le 1er juillet, le malade supporte très bien la sonde à demeure, sonde flexible, rouge, en caoutchouc vulcanisé ; injections d'eau tiède ou goudron. Il garde la dernière, véritable bain vésical. On supprime la sonde à demeure qu'on n'introduit que pour les injections. Le malade se lève. Bains de siège ; lavements.

Pouls à 80. Nuits assez bonnes. Alimentation tonique.

Malgré son grand âge, le malade est relativement mieux.

La rétention d'urine, chez notre malade, est une rétention dite

chez les prostatiques. C'est la plus commune. Elle est apparue après une série prolongée de troubles de la miction durant depuis quelques années, avec stagnation de l'urine dans l'organe.

Le 10 août, même état, à l'exception de quelques mouvements fluxionnaires du côté des jointures.

La miction se fait naturellement dans l'urinal. Nous introduisons la sonde matin et soir, dans le but seulement de faire des injections, mais elle est immédiatement retirée. Trois mois se passent ainsi : les urines restent légèrement troubles. Les injections sont suspendues ainsi que tout traitement.

En résumé, le lichen qui avait, le 5 mai, ouvert la scène de cette série morbide, reparaît assez intense le 5 octobre. Il est traité par le glycérolé d'amidon et des applications de poudre de riz; du reste, l'amélioration est sensible du côté de la vessie, puisque le malade peut uriner désormais.

Ce qu'il y a de très remarquable, c'est la réapparition du lichen qui avait ouvert la série. Il disparaît pendant cinq mois, et il reparaît après l'évolution de plusieurs états morbides. Nous continuerons à observer ce fait intéressant.

Ainsi, d'après leur ordre de succession, lichen, vraie manifestation goutteuse, bronchite catarrhale généralisée, entérite aiguë, réveil d'une cystite suppurée de nature prostatique améliorée, et, cinq mois après, réapparition du lichen qui avait marqué le début de la série morbide.

DU ROLE DE LA PANCRÉATINE DANS L'ÉCONOMIE.

Par M. Th. Defresne.

La digestion stomacale a pour objet la désagrégation et la dissolution partielle des aliments albuminoïdes, la chymification en un mot.

« Ce qui sort de l'estomac, — dit M. E. Duclaux, — est un mélange d'éléments solides, disques de Bowman intacts, sarcorprismes à peine gonflés ou en voie de destruction et d'éléments liquides où l'on retrouve tous les degrés de transformation qui aboutissent à la peptone. » L'estomac, par rapport aux aliments azotés, remplit donc exactement le même rôle que la bouche, par rapport aux aliments amylacés; dans les deux cas, le but à atteindre est la désagrégation complète des aliments et leur dissolution qui va jusqu'à la saccharification partielle des amylacés dans la bouche, et la peptonisation partielle des albuminoïdes dans l'estomac. — Le chyme, une fois élaboré, est poussé par ondées successives dans le duodénum, où il rencontre la bile qui le neutralise et le suc pancréatique qui procède à sa révision complète. Celui-ci, favorisé par le travail préparatoire qui précède, saccharifie l'amidon, émulsionne et dédouble les graisses, et peptonise les albumines, dissoutes, syntonisées ou simplement désagrégées; son action est rapide, sinon instantanée.

Le rôle prépondérant du suc pancréatique dans la digestion n'est pas douteux, aussi peut-on prévoir les services que l'art de guérir est en droit d'attendre de la pancréatine; si toutefois celle-ci peut séjourner au milieu du chyme acide sans être altérée et reprendre son action sur les aliments à son arrivée dans le duodénum, ou bien si, résorbée dans l'estomac, la pancréatine peut être utilisée dans l'économie et laisser des preuves de son passage dans l'organisme lui-même.

Le suc gastrique, on le sait, contient de l'acide chlorhydrique, mais après une heure de digestion la majeure partie de cet acide, et quelquefois le tout, se combine aux alcalis des aliments, et les acides organiques, déplacés par un acide plus fort, constituent désormais l'acidité du suc gastrique mixte; dans ce cas, les trois ferments de la pancréatine : myopsine, amylopsine et stéapsine, n'ont rien à redouter du chyme; quand celui-ci est saturé, la pancréatine retrouve toutes ses propriétés. (Defresne, *Comptes rendus de l'Institut*, t. LXXXIX.)

Nous avons cherché en combien de temps les pilules pancréatiques Defresne, protégées par une double enveloppe de cire et de sucre, se dissolvent dans l'estomac. Les lapins qui nous servirent de sujets d'expériences nous montrèrent qu'après la première heure, les pilules sont encore défendues par la couche de cire qui les protège; après la deuxième heure, elles sont ramollies et infiltrées à la circonférence, mais le noyau central est intact; après la troisième heure, nous ne les retrouvâmes plus. Si donc, le repas est léger et composé en majeure partie d'aliments azotés, il est certain que les pilules de pancréatine administrées après le repas peuvent arriver dans l'intestin avant d'être complètement dissoutes, et que la partie dissoute, elle-même, n'ayant séjourné que dans un milieu où les acides organiques dominent, peut retrouver toute son activité dans le duodénum et prêter son concours à la digestion des aliments.

Examinons le deuxième cas : Si la pancréatine est prise en poudre, au commencement du repas, elle se trouve dans un milieu chlorhydrique qui, *a priori*, semblerait lui être défavorable; car après deux heures de séjour au milieu du suc gastrique chlorhydrique, nous avons trouvé, après la saturation du milieu, la pancréatine à peine active sur les aliments albuminoïdes, et inactive sur les aliments amylacés et gras. Cependant, la pancréatine n'est pas détruite; elle est absorbée par l'estomac et laisse des traces manifestes de son passage dans l'économie comme nous allons le voir : Si nous donnons à un lapin de la pancréatine à dose massive, 0,50 centigrammes par kilogramme vivant, après la cinquième heure nous trouvons que son sang contient cinq fois plus de sucre qu'à l'état normal : une partie en est éliminée par les reins, et le lapin est devenu momentanément diabétique. Ce sucre, évidemment, a été produit par l'action de la pancréatine revivifiée sur la matière glycogène du foie; la rate, qui saccharifiait en deux heures environ deux fois son poids d'amidon, en saccharifie maintenant six et huit fois son poids; le pancréas d'un lapin normal, qui saccharifiait huit fois son poids d'amidon, saccharifie, après l'ingestion de la pancréatine, vingt fois son poids d'amidon.

Ces expériences physiologiques montrent bien que la pancréatine peut, efficacement, être administrée par l'estomac. D'ailleurs, les observations cliniques du professeur Potain, celles de M. H. Huchard, autorisent certainement le praticien à essayer l'emploi de la pancréatine, et M. Engesser (de Stuttgard), après avoir cité quelques observations cliniques aussi nettes que concluantes, écrit :

« La pancréatine est indiquée dans les dyspepsies, à la dose de trois à cinq pilules :

1° Dans la dyspepsie atonique, c'est-à-dire dans le cas, où soit la sécrétion, soit la composition des sucs sécrétés, est insuffisante.

2° Dans la dyspepsie acide, laquelle résulte, comme on sait, non d'une augmentation du suc gastrique, mais de la présence d'autres acides, acides carbonique, lactique, butyrique, acétique, qui se produisent après quelque temps de digestion soit par la transformation anormale des aliments, soit par une hypersécrétion acide.

3° Dans la dyspepsie flatulente qui paraît avoir son siège, non dans l'estomac, mais dans la partie supérieure de l'intestin, le bol alimentaire y subissant probablement, par suite de l'insuffisance des sucs de l'intestin, une fermentation qui donne naissance à des gaz.

4° Dans certains états généraux, le rachitisme, l'arthritisme, la scrofule, le diabète, etc., parce qu'ils résultent de processus qui ont de l'analogie avec ceux que produit la dyspepsie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Riant, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale;

2° Une lettre de M. le docteur Mahé, qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la section de médecine;

3° Une lettre de M. le docteur Beugnier Corbeau, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté);

4° Une observation de *Diphthérie suivie de guérison*, par M. le docteur René Couetoux;

5° Un mémoire sur les *Grossesses triples*, par M. le docteur Lenot de Darcy (Aisne).

RAPPORT

M. CAVENTOUX, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont acceptées.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES ET LEUCOMAINES

M. ALPHONSE GUÉRIN, partisan de la médecine traditionnelle, craindrait de se trouver irréligieux envers elle, si comme M. Peter, il parlait de la médecine de l'avenir.

La science est perfectible, mais les découvertes modernes ne donnent pas un démenti à tout ce que les maîtres ont antérieurement enseigné.

Déjà dans l'article Septicémie du *Dictionnaire de médecine pratique*, M. Guérin, en parlant des ptomaïnes, avait insisté sur ce point que si les ptomaïnes pouvaient expliquer la mort extrêmement rapide amenée par l'introduction d'un morceau de cadavre sous la peau d'un animal, il y a des septicémies qui ne ressemblent en rien à l'empoisonnement par les ptomaïnes. Les circonstances dans lesquelles ces alcaloïdes se produisent devaient se rencontrer très souvent dans les plaies pansées comme on le faisait naguère encore; et cependant les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par les ptomaïnes, du moins tels qu'ils ont récemment été décrits, ne se sont peut-être présentés jamais sous le regard du chirurgien. Il faut donc bien invoquer autre chose pour expliquer ces septicémies, ces infections putrides ou purulentes, débutant par de longs frissons, qui menacent surtout les opérés. Ces complications chirurgicales ont une tout autre physionomie que les phénomènes de stupeur et de paralysie musculaire, avec abolition de la contractilité, quelquefois accès convulsifs, troubles pupillaires, etc., qu'on a observés sur les animaux empoisonnés par les ptomaïnes.

M. Guérin tient à rappeler encore ce qu'il a déjà rappelé souvent : qu'il a été le premier à reconnaître et à proclamer le rôle joué par les ferments et par les germes atmosphériques dans la genèse des septicémies. Il ne peut donc laisser renverser l'édifice dont il a posé la première pierre. La croyance générale aux micro-organismes a une base vraiment scientifique; mais ici, comme en tout, d'ailleurs, l'exagération a été nuisible. On n'a pas voulu se borner à croire ce qui était vrai et prouvé. On a vu partout des microbes, et c'est ce qui motive aujourd'hui un certain degré de réaction. Si M. Peter, en luttant contre ce qu'il nomme la tyrannie de la théorie microbienne, ne vise pas à autre chose qu'à montrer les excès dans lesquels sont tombés certains partisans de cette théorie, les abus qu'on en fait, M. Guérin sera avec lui de tout cœur. Mais s'il veut nier l'influence évidente des germes, s'il voit dans la découverte des ptomaïnes et des leucomaïnes la condamnation de la doctrine microbienne appliquée à la médecine, il outrepasse la pensée de M. Gautier et il cesse d'être dans le vrai. Les ptomaïnes ne peuvent pas expliquer l'érysipèle et l'infection purulente. Peut-être pourront-elles conduire à mieux comprendre le *tétanos* et surtout l'érysipèle bronzé, cet accident étrange qui cause la mort des tissus comme le ferait une dose énorme de venin. Peut-être aussi les ptomaïnes éclaireront-elles d'un jour nouveau l'histoire de l'infection putride, qui diffère essentiellement de l'infection purulente, aussi bien par ses symptômes que par ses lésions anatomiques.

En terminant, M. Guérin tient à renouveler l'expression de son admiration pour les recherches de M. Gautier.

M. PETER. La théorie microbienne dominante s'applique aujourd'hui à peu près à tout, même aux maladies qu'on croyait le plus essentiellement inflammatoires. La pneumonie, par exemple, qui se déclare si souvent sous l'influence d'un refroidissement, le rhumatisme, cette affection *a frigore* par excellence, on les décrit actuellement comme des maladies infectieuses, caractérisées par des microbes et produites par ces microbes. Pour la pneumonie, l'expérience a été faite en Allemagne. Introduisant une seringue de Pravaz dans un poumon atteint de pneumonie, on en a ramené des microbes par milliers. C'est donc un point acquis : il y a des microbes dans la pneumonie, et surtout dans cette forme que l'on appelait autrefois *mali moris* à cause de sa gravité.

Mais est-ce la cause de la maladie, et surtout celle du danger? Comment se fait-il que sur trois personnes soumises à la fois aux mêmes causes de refroidissement, l'une contractera une pneumonie simple, très légère, qui guérira bien, une autre une pneumonie moins franche, la dernière enfin une maladie dont elle mourra? Est-ce le microbe qui en est cause? Mais si par exemple on suppose qu'il s'agisse d'un navire en mer, comment ce microbe a-t-il pu s'attaquer seulement à celui-ci de manière à le mettre en danger? et cela précisément au moment où intervenait le refroidissement, cette cause tout extérieure, indépendante de tout microbe? En réalité, la gravité plus ou moins grande de la maladie tient à l'individu lui-même. S'il est jeune, il résiste bien ; s'il est faible, déprimé, il éprouve plus gravement les conséquences de cette cause occasionnelle qui l'a rendu pneumonique. Les microbes ne sont pas un danger venu de l'extérieur; ils prennent leur origine chez ceux mêmes qui les présentent anomalement multipliés.

Une expérience très curieuse de M. Bechamps en est la preuve. Vers 1857, dans une année où le froid avait été exceptionnellement rigoureux à Montpellier, certaines plantes à épiderme très épais, tels que des cactus, qui d'ordinaire peuvent sans inconvénient ne pas être rentrées l'hiver, furent partiellement affectées de congélations qui sur certains points avaient mortifié leurs tissus. Or à l'examen microscopique, malgré l'intégrité absolue de l'épiderme très résistant qui préservait l'intérieur de ces plantes de tout apport de microbes ou de germes atmosphériques, on trouva sur ces points frappés de mortification un nombre énorme de bactéries et de microbes compliqués. M. Bechamps et M. Estor virent dans ce fait la preuve évidente d'une théorie émise par eux, et consistant à attribuer les bactéries, ou bactéridies, les bâtonnets plus ou moins droits, plus ou moins longs, et en général tous les microbes, à ces microzymas qui se trouvent dans tous les tissus animés de vie. Ce seraient donc les êtres vivants qui feraient eux-mêmes leurs microbes et qui fourniraient tous les germes atmosphériques. Ceux-ci seraient apportés dans l'air par les diverses sécrétions, ou excrétions, les divers débris des hommes, des animaux, des plantes. Ce ne seraient pas des êtres à part, mais les produits de la vie d'autres êtres. Si l'on examine ce qui se passe dans une des affections qu'on présente souvent comme le plus nettement infectieuse, dans l'endocardite végétante, puis ulcéreuse, on voit bien que les choses doivent se passer ainsi. Voilà un rhumatisant qui a déjà peut-être ressenti plusieurs atteintes du même mal, mais qui, cette fois, sous l'influence de causes déprimantes, morales ou autres, se trouve avoir l'endocarde atteint. Sur ses valvules, à une place où des microbes venus du dehors auraient certes le moins de tendance à se fixer puisqu'ils y seraient constamment battus et balayés par le flot du sang, sous l'influence de la congestion inflammatoire un point se gonfle, s'emplit de cellules inflammatoires mal organisées, se transforme en kyste et enfin se rompt. Or on trouve dans ce kyste, avant sa rupture une infinité de microbes. D'où viennent-ils? Pourquoi sont-ils là plutôt qu'ailleurs? Toutes questions presque insolubles dans la théorie microbienne, mais que l'on comprend à merveille quand on s'inspire de la tradition. Ces microbes sont tout simplement au nombre des produits de ce processus inflammatoire qui a été modifié dans sa marche et dans son siège par l'intervention des causes indiquées plus haut.

Les microbistes à outrance sont d'ailleurs eux-mêmes obligés de faire certaines concessions, qui ressemblent singulièrement à

de vrais aveux d'impuissance. Telle est l'idée de faire intervenir, pour expliquer le choléra, la production de ptomaïnes, attribuées, sans commencement même de preuve, à la présence de ces microbes. Telle est aussi la déclaration de cet expérimentateur qui, en voulant multiplier dans un liquide de culture le microbe du rouget des porcs, n'en put obtenir que très peu et supposa, toujours sans preuve, la procréation par ce microbe de quelque produit de nature à en entraver la multiplication.

En réalité, tous les microbes ne se multiplient jamais si bien que dans le sein des êtres vivants et sous l'influence de la maladie qu'on leur attribue. Ce qui constitue la gravité plus ou moins grande de la maladie, ce ne sont pas eux; ce sont toutes ces conditions particulières à l'individu, que la médecine traditionnelle étudiait avec tant de soin.

M. CORNIL. Le discours de M. Peter contient certaines propositions qu'on ne peut pas laisser passer sans protestation.

En effet, M. Peter ne tend à rien moins qu'à réunir tous les microbes dans une seule et même famille, en les faisant tous naître de ces microzymas répandus partout. C'est là une doctrine à laquelle on pouvait songer il y a vingt ans, mais qui ne serait plus soutenable aujourd'hui après les belles découvertes de M. Pasteur, de ses élèves et de ses émules. On sait aujourd'hui que les microbes, loin d'être identiques les uns aux autres, se distinguent les uns des autres par leur forme, par leurs dimensions, par la manière dont ils se comportent dans les liquides de culture, par le milieu qui leur convient, par leur mode de reproduction, par leurs effets sur les animaux auxquels on les inocule, par les maladies dont ils sont la principale caractéristique.

En ce qui touche les pneumonies, on y trouve toujours des microbes; et ces microbes, de diverses espèces, se multiplient par la culture. Certains d'entre eux, quand on les inocule à certaines espèces animales, y reproduisent des pneumonies. D'autres n'agiront pas sur les mêmes espèces, par exemple sur le lapin, mais pourront encore communiquer la pneumonie à des cobayes. On ne peut donc faire abstraction de ces microbes quand on étudie les maladies où on les rencontre. Mais il est certain que la gravité de ces maladies ne tient pas seulement à eux. C'est un nouveau facteur dont il faut tenir compte, mais qui ne doit en aucune façon faire perdre de vue ceux que l'on connaissait et que l'on avait étudiés traditionnellement. Le jeune homme et le vieillard portent les mêmes microbes quand ils sont atteints de pneumonie; mais le premier résiste mieux; et c'est pourquoi il guérit très bien, alors que le second succombe. Un des microbes de la pneumonie se trouve normalement dans la salive des individus bien portants: et en l'absence de causes débilitantes, il y vit sans inconvénient. Du reste, ce n'est pas seulement d'individu à individu qu'on peut étudier ces différences de résistance à l'action des microbes. Dans un même être, les microbes se fixent surtout sur le point qui se trouve affaibli par une cause quelconque. C'est une expérience qui a été faite déjà bien souvent. Si on inocule, par exemple, le microbe de l'ostéomyélite à un animal dont un membre a été brisé, il se multipliera au niveau de la fracture; et c'est là seulement qu'il fera naître les accidents habituels résultant de sa présence. Si le microbe de l'endocardite ulcéreuse, microbe qui se rencontre également sur les plaies, etc., vient se fixer sur les valvules du cœur, c'est parce que les chocs éprouvés par ces valvules les affaiblissent. De même sur les plantes gelées, les microbes se multiplient parce que le milieu est favorable, mais ils sont apportés par l'air, et on en trouve dans les cellules épidermiques des plantes saines.

Quant aux ptomaïnes, il est très douteux qu'elles puissent se produire en dehors des bactéries, et M. Gautier ne l'a pas dit.

M. GAUTIER. Il n'est pas certain que les cellules des tissus ne puissent pas elles-mêmes en produire. Je n'affirme rien.

M. CORNIL. Il en est de même des leucomaïnes, qui se développent surtout sur les muqueuses et les surfaces où peuvent être déposés les microbes de l'atmosphère.

M. GAUTIER. Mes expériences me portent à croire, mais je ne puis encore l'affirmer d'une manière absolue, que les leucomaïnes sont produites par les cellules des tissus vivants, indépendamment de toutes bactéries; du reste, les leucomaïnes se développent dans l'intérieur des tissus, dans l'épaisseur des muscles, et c'est là que je les étudie.

M. CORNIL. Enfin, ce n'est pas encore démontré. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, je le répète, il est impossible aujourd'hui de confondre en une seule espèce tous les microbes actuellement décrits, et dont la connaissance précise forme, à elle seule, une science à part.

M. PETER prouve, en quelques mots, qu'il n'avait dépassé en rien la pensée de M. Gautier en lui faisant attribuer aux cellules vivantes la production des leucomaïnes.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 16 mars 1886, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1886;

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1885-1886. Ces élèves sont admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs).

3° Les élèves obligés, les docteurs et les élèves non obligés autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, du 22 février au 13 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Isidore Dumas père, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé en cette ville, à l'âge de soixante-dix-huit ans, et de M. le docteur Mac Carthy, médecin du Collège Irlandais à Paris et de l'hôpital Galignani, décédé ces jours derniers.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par Émile RIVIÈRE. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), formera un beau volume in-4°, avec 24 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 90 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune d'environ trois feuilles et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La dixième livraison vient de paraître et la onzième est sous presse. — Il est tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19059.

97

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si emarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.

Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

33

QUASSINE ADRIAN

Dragées de quassine **amorphe** à 25 milligr.
Granules de quassine **cristallisée** à 2 milligr.

SULFURINE DU Dr LANGLEBERT

Bain sulfureux sans odeur.

N'ALTÉRANT PAS LES MÉTAUX.

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

De Vr DESCHIENS.

Principe ferrugineux naturel
ne causant ni constipation ni maux d'estomac.

Dragées. — Sirop. — Vin.

CAPSULES BRUEL

Éther amylvaliéranique.

Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines.

Spécifique des maladies nerveuses.

POUDRES ALIMENTAIRES ADRIAN

Les poudres de viande Adrian ne renferment amais de viande de cheval.

CAPSULES D'HYPNONE ADRIAN

à 5 centigrammes de médicament.

L'HYPNONE a les propriétés HYPNOTIQUES supérieures à celles du chloral et de la paraldéhyde.

Dose : 0,15 à 0,20 par jour.

Gros : Société française, 11, r. de la Perle, Paris.

Échantillons franco aux médecins.

44

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est rtès abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

27

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f50 à 3f.** Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AINÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

90

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

QUINA-LAROCHE PHOSPHATÉ

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition du système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. [signature:] Laroche

110

SIROP NICOD

A BASE DE HOUBLON IODÉ

Dans cette préparation, le principe tannique du houblon sert de passe-port à l'iode. L'assimilation est tellement intime et complète que le réactif ordinaire (*l'amidon à l'état d'empois*) ne le décèle nullement. Donc, aucune irritation d'estomac ni gastralgie à redouter.

Chaque cuillerée à bouche contient 2 centigr. d'iode pur.

SIROP NICOD

A BASE DE HOUBLON PHOSHATÉ

S'emploie dans tous les cas où il s'agit d'allier les toniques aux reconstituants. Chaque cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux soluble.

Prix de chaque flacon : 4 francs.

Ces deux préparations conviennent parfaitement dans la médication des enfants et des personnes délicates, dans les cas de rachitisme, scrofule, affaiblissemeut, phthisie, manque d'appétit, etc.

Dépôt à Paris, pharmacie MOTEL et NICOD, 2, rue des Lombards.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

17

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.
Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

97

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

32

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.* Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature ci-contre. [signature:] A. Roy

42

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tont spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

65

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

46

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiqt pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue.

Fl. : 3f,50, — Echant. gratis à MM. les médecins. Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

25

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies, en **Elixir** dosé à 20 centigr. par cuillerée et en **Pilules** dosées à 10 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

N° 22. — SAMEDI 20 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 20 FÉVRIER 1886. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

Il serait aussi difficile que téméraire de vouloir constituer l'histoire des anévrysmes de l'aorte d'après un type unique et un plan uniforme, tant les symptômes directs comme les symptômes secondaires, les signes rationnels comme les signes physiques eux-mêmes, peuvent varier, d'un cas à un autre, par le fait d'une foule de conditions éventuelles diverses. Tel anévrysme aortique se révèle, au premier aspect, avec des caractères tellement manifestes que le diagnostic s'impose en quelque sorte de lui-même ; tandis qu'il en est qui restent latents jusqu'à ce que la catastrophe finale vienne à en révéler l'existence. Pas plus tard que l'année dernière, M. Rendu communiquait à la Société médicale des hôpitaux le fait d'un homme qui venait de succomber à un énorme anévrysme de l'aorte, qui n'avait donné lieu à aucun autre trouble fonctionnel qu'un état de somnolence habituel et à d'autre symptôme qu'une absence du pouls radial et du pouls carotidien du côté gauche, par suite de l'oblitération de ces artères par un caillot. Nous rapportions aussi nous-même l'histoire d'une malade de la clinique de la Charité, chez laquelle on avait découvert à l'autopsie l'existence d'un anévrysme de la portion ascendante de l'aorte, comprise entre son origine et sa courbure. Il n'avait donné lieu, pendant la vie, qu'à quelques phénomènes de compression, communs à toute tumeur intra-thoracique occupant le médiastin postérieur, mais sans qu'aucun des signes rationnels et des troubles circulatoires inhérents aux tumeurs anévrysmatiques aient été constatés.

A côté de ces faits, les recueils abondent d'autres observations où la multiplicité et la complexité des symptômes sont telles, que ce n'est que par un travail d'analyse des plus délicats qu'on parvient à en démêler la valeur et la signification. Dans une étude clinique récente, faite à l'occasion d'un malade de l'hôpital Saint-Antoine, chez lequel un anévrysme de l'aorte avait débuté brusquement et ne s'était manifesté longtemps que par des accès de suffocation et de dysphagie des plus violents, M. Dieulafoy a été conduit par l'analyse d'un certain nombre d'observations, à admettre plusieurs types de ces anévrysmes. L'un est celui qu'il désigne sous le nom de type récurrent, lorsque la tumeur, en excitant le nerf récurrent, détermine le spasme de la glotte, de l'œsophage et du pharynx, — ce qui était le cas de son malade, — ou par la compression de ce nerf produit la paralysie de la corde vocale correspondante et le phénomène que l'on a désigné sous le nom de voix bitonale. Le deuxième type est celui où l'affection, intéressant directement le plexus cardiaque, donne d'abord l'idée d'accès de douleur angineuse. Dans un troisième, le grand sympathique étant comprimé en même temps que l'œsophage, la trachée et les bronches, il en résulte simultanément, avec les effets de la compression de ces derniers organes, un trouble considérable de la circulation dans tout le segment supérieur du tronc. Enfin il existe un dernier type, hémorrhagique, soit sous forme d'hémoptysies ou d'hématémèses successives, ou d'hémorrhagies intra-pleurales, ainsi que plusieurs exemples en ont été rapportés.

L'histoire d'une malade atteinte d'un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte, dont nous a entretenus M. le professeur Jaccoud, dans l'une de ses dernières leçons, va nous montrer un type différent, qui ne se rapporte directement à aucun de ceux que nous venons de mentionner et qui a, en quelque sorte, sa physionomie à part. Voici les principales particularités du fait :

Une femme âgée de cinquante ans entrait, au mois de décembre dernier, dans le service de clinique médicale de la Pitié, se plaignant de trois choses : 1° d'une douleur intra-thoracique, dans la partie supérieure droite de la poitrine en avant, et entre les épaules en arrière, avec sensation de battements ; 2° de vertiges très fréquents, presque permanents au début, augmentant par les mouvements de la tête ; 3° d'une difficulté de marcher, marche titubante semblable à celle de l'ivresse. Cette femme faisait remonter l'origine de sa maladie à trois ans environ.

Voici ce qu'a révélé l'examen de cette malade à la première visite. La complexité des phénomènes qu'elle présente est telle, que pour les exposer avec méthode, M. Jaccoud a dû faire une distinction artificielle entre les phénomènes observés dans la région antérieure de la poitrine et ceux que l'on constate dans la région postérieure.

En avant, on remarque, à la simple inspection, les battements de l'artère sous-clavière dans un point beaucoup plus élevé que la région habituellement occupée par cette

artère. Lorsqu'on fait suspendre la respiration, on constate un ébranlement régulier de toute la moitié droite du thorax, correspondant à la systole et isochrone aux battements du cœur.

La palpation exercée au niveau de la pointe du cœur qui est sensiblement abaissée, fait éprouver à la main l'impression d'un léger frémissement. La main, portée au-dessus de la fourchette sternale, y perçoit des battements très forts de l'artère sous-clavière, dont l'expansion avait déjà été perçue à la vue.

Ainsi, avant même d'avoir ausculté, on avait déjà acquis presque une certitude, tout au moins une grande présomption, que l'on avait affaire à une dilatation de la crosse de l'aorte, bien que la main n'en perçût pas directement les pulsations, ce qui pouvait tenir et tenait probablement aux caillots de la poche anévrysmatique qui en interceptaient la propagation. Mais cette dilatation était suffisamment indiquée par le refoulement de l'artère sous-clavière en haut et par l'abaissement de la pointe du cœur.

L'auscultation allait confirmer d'ailleurs cette première impression ou ce premier élément du diagnostic. Elle faisait percevoir, au niveau de l'orifice aortique, un souffle moyen se prolongeant en haut jusque sur la crosse de l'aorte et latéralement le long du sternum.

Ce souffle, au premier temps, de l'orifice aortique, change un peu de caractère dès qu'on s'écarte du bord du sternum, et prend dans le deuxième intervalle intercostal, à 2 centimètres environ en dehors du sternum, un timbre métallique, musical, un peu post-systolique.

En arrière il s'est produit, dès le début, au dire de la malade, des phénomènes très notables. Elle a ressenti des douleurs et des battements dans la région interscapulaire. A l'inspection simple, ces battements ne sont plus perceptibles aujourd'hui ; mais à l'application de la main, dès qu'on exerce une pression un peu forte, on sent une pulsation, un soulèvement isochrone, aussi bien à droite qu'à gauche, dans tout l'intervalle des omoplates et jusqu'au sommet de la poitrine. Le stéthoscope et la tête se sont à la fois soulevés.

La percussion sur cette région donne une matité notable dans tout le côté droit de la colonne vertébrale, jusqu'au troisième intervalle intercostal.

L'auscultation fait percevoir un souffle énorme systolique, dur, un peu râpeux dans les points où les battements sont perceptibles. Ce bruit s'élève en haut jusqu'aux côtés du cou et s'étend par propagation en bas jusqu'à la sixième vertèbre dorsale.

Il y a là manifestement une dilatation énorme, un anévrysme considérable de la crosse de l'aorte. M. Jaccoud ne se rappelle pas avoir vu un pareil anévrysme de la crosse, avec un souffle de cette force et de cette étendue, surtout. Cette énorme tumeur anévrysmatique doit avoir eu son point de départ à la paroi postérieure de l'aorte ; elle est beaucoup plus développée en arrière qu'en avant.

Une circonstance digne de remarque est l'absence de toute trace de compression soit de l'œsophage, soit de la trachée, soit du nerf récurrent, soit des filets du pneumogastrique ; il n'y a ni dysphagie, ni dyspnée, ni aphonie, ni troubles pupillaires. Il n'y a du côté du système nerveux qu'une imminence de paralysie vaso-motrice.

Quelle idée doit-on se faire de l'état de cette énorme poche ne donnant presque plus lieu actuellement à des battements, si ce n'est que cette poche a très probablement un revêtement considérable de caillots ? C'est aussi par le fait de cette même circonstance qu'on ne perçoit qu'un seul souffle au lieu de deux souffles que l'on devrait entendre ; l'un au premier, l'autre au deuxième temps.

La date du développement de cet anévrysme remonte au moins à trois ans. C'est en janvier 1883 que cette femme en a éprouvé les premiers symptômes. Elle est entrée en février à l'hôpital Cochin où elle a été traitée par l'iodure de potassium et la diète lactée ; au bout de quelques mois de ce traitement, elle en a éprouvé une amélioration telle qu'elle a pu quitter l'hôpital et reprendre ses occupations. Cette amélioration a persisté pendant deux années, durant lesquelles la malade a travaillé sans interruption. Ce n'est qu'en juillet 1885 qu'elle a recommencé à sentir les mêmes phénomènes qu'au début. Depuis lors les symptômes se sont graduellement accrus, et c'est en octobre dernier qu'elle est entrée dans le service.

Il y avait un mois environ qu'elle y était, lorsque la manifestation d'un accident particulier, la perforation spontanée de la voûte palatine, vint confirmer la présomption que l'on avait déjà eue de l'origine syphilitique de cet anévrysme. On connaît, en effet, aujourd'hui, la relation qui existe entre la syphilis et les artérites en général. Les anévrysmes aortiques n'échappent probablement pas à cette influence. On en trouve notamment d'assez fréquents exemples dans les auteurs anglais. Des recherches faites sur ce sujet ont fait trouver vingt-deux cas d'anévrysme aortique d'origine syphilitique dans une période de dix années, au dire de M. Jaccoud.

Il a rappelé, entre autres, une observation de 1878, d'un mari et sa femme, syphilitiques tous deux, et qui sont morts tous deux à six mois de distance l'un de l'autre, des suites d'un anévrysme aortique ; et l'observation d'Anderson, d'un homme de quarante-neuf ans, atteint d'une syphilis constitutionnelle et qui a succombé à un anévrysme de la paroi postérieure de l'aorte, semblable à celui qui nous occupe en ce moment.

M. Jaccoud attache une grande importance à cette notion étiologique, parce qu'elle conduit à espérer sinon la guérison, du moins une amélioration possible de ces sortes d'anévrysmes. On a pu constater dans quelques-uns des faits rapportés d'anévrysmes aortiques d'origine syphilitique des phases d'amélioration que l'on ne voit pas habituellement dans les anévrysmes d'une autre origine. La malade qui a fait le sujet de cette leçon en a déjà offert elle-même un exemple ; elle a eu, après un traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4, 5, 6 grammes et plus par jour, et par la diète lactée, une amélioration qui a duré deux ans.

Du reste l'iodure de potassium est, à ses yeux, le meilleur remède des anévrysmes des gros vaisseaux, alors même qu'ils ne procèdent pas de la syphilis.

C'est à ce même traitement qu'est soumise en ce moment cette malade.

De la suture des deux bouts, après avivement, dans les solutions de continuité complètes du canal de l'urèthre, et en particulier dans les ruptures traumatiques.

Nous recevons d'un de nos correspondants, qui désire *actuellement* garder l'anonyme, la très intéressante observation suivante. Nous ferons connaître le nom de notre confrère aussitôt qu'il nous autorisera à le faire.

La méthode de la suture des deux bouts, après avivement,

dans les solutions de continuité complètes du canal de l'urèthre, et en particulier dans les ruptures traumatiques, me paraît appartenir sans conteste au docteur Daniel Mollière, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Elle a été exposée dans la thèse d'un de ses anciens internes, le docteur Parisot, en 1884, et dans le numéro du 29 mars 1885 du *Lyon médical*.

Examinons ce qui se passe dans les ruptures complètes de l'urèthre. Les deux bouts de celui-ci, en vertu de leur élasticité, se rétractent et s'éloignent l'un de l'autre; le cours de l'urine est interrompu, et, la plupart du temps, le blessé pisse dans le foyer de la rupture. Cette accumulation de sang et d'urine, distendant et dissociant les tissus de la région, tend à écarter encore davantage les extrémités rompues. Si donc, en suivant les méthodes classiques, le chirurgien pratique une boutonnière périnéale, puis, soit immédiatement, soit après avoir laissé les tissus se déterger, introduit une sonde par le méat urinaire, la reprend par la plaie périnéale et, après une recherche plus ou moins laborieuse du bout supérieur, parvient à la porter dans la vessie, l'écartement qui existait entre les deux bouts n'en persiste pas moins. Lors donc que la cicatrisation sur la sonde laissée à demeure est achevée, il existe entre les deux bouts du canal une sorte de tunnel plus ou moins long, dans lequel on ne trouve ni tissu spongieux ni muqueuse, et qui, n'étant formé que de tissu cicatriciel, tend essentiellement à se rétracter dès qu'il n'est plus maintenu par les parois rigides de la sonde.

Cette rétraction s'opère fatalement en dépit des cathétérismes dilatateurs, lorsqu'on a la chance de pouvoir les pratiquer, ce qui n'arrive pas toujours; et il n'est pas de chirurgien, ayant quelques années de pratique, qui n'ait vu les malades opérés par cette méthode revenir, au bout de quelque temps, demander une nouvelle intervention pour une rétention d'urine plus ou moins complète. Il me paraît donc absolument vrai que *les restaurations du canal de l'urèthre ne doivent être faites que sur des portions parfaitement saines du canal lui-même*.

C'est-à-dire que pour rétablir le cours de l'urine, d'une manière solide et durable, il faut que le tissu spongieux et la muqueuse des extrémités rompues soient remis et maintenus en contact immédiat et bord à bord, sans interposition d'aucun tissu étranger.

La grande élasticité du canal, dont l'extensibilité est démontrée par les écarts énormes que les anatomistes ont faits dans l'appréciation de sa longueur, se prête admirablement à cette restauration, et le docteur Mollière a pu, en tirant sur le bout inférieur, venir l'aboucher utilement presque jusqu'au col de la vessie, toute la portion bulbaire ayant disparu. L'observation suivante me paraît démontrer les inconvénients de la première méthode et les avantages de la seconde.

Observation. — Le 15 septembre 1885, mon confrère le docteur Fontagny vint me demander de voir avec lui un enfant qui était atteint de rétention d'urine. Le jeune Denizot âgé de onze ans, en jouant avec ses camarades, était tombé vers les quatre heures du soir, à cheval sur une grosse barre de fer triangulaire. Craignant d'être grondé, il s'était couché sans rien dire à sa mère et c'est seulement le lendemain vers midi qu'à bout de forces, il avait raconté ce qui lui était arrivé.

Nous trouvâmes l'enfant avec une tumeur périnéale fluctuante et une infiltration urineuse complète du scrotum, du fourreau de la verge et des régions inguinales de la paroi du ventre. Nous pratiquâmes séance tenante une large boutonnière périnéale et des mouchetures sur les parties infiltrées. Le lendemain, l'infiltration avait complètement disparu et la vessie se vidait facilement par la plaie périnéale. Le 20 septembre, avec l'assistance bienveillante du docteur Gautrelet, je procédai à la suture des deux bouts du canal, mais il me fut impossible d'aviver convenablement le bout supérieur, lequel se trouvant coupé en plein bulbe était en fort mauvais état et saignait abondamment au moindre contact. J'avais mis dans le canal et porté dans la vessie une sonde à béquille n° 13, laquelle n'avait pu être introduite qu'après un débridement du méat urinaire. Au bout de trois jours, la sonde ne laissa plus écouler l'urine, et je dus la retirer, non sans peine, fortement incrustée de sels. Il me fut impossible de lui en substituer une autre, par quelque procédé que ce fût. L'enfant pissa assez bien par le canal pendant quelque temps, puis son jet se rétrécit de plus en plus et, au bout d'un mois, il n'urinait plus qu'en arrosoir par les points de suture du périnée qui s'étaient rouverts. Le 15 octobre, nous nous réunîmes de nouveau pour examiner le jeune blessé, et je m'aperçus alors que le méat urinaire était complètement soudé. C'était le résultat du débridement et de l'irritation produite par le séjour de la sonde. Cette disposition me trompa en me laissant croire que, l'obstacle au cours de l'urine siégeant au niveau du méat et non ailleurs, ma suture avait tenu. Je me contentai donc d'ouvrir en partie l'incision du périnée, d'y passer un stylet avec lequel je rompis d'arrière en avant les adhérences du méat et de remettre une sonde à demeure. Celle-ci fut enlevée également au bout de trois jours, mais, pas plus que la première fois, je ne pus la remplacer et toutes les tentatives que je fis les jours suivants avec tous les explorateurs connus demeurèrent infructueuses. Cependant l'enfant urinait de jour en jour moins facilement, et, vers le milieu de novembre, une nouvelle intervention était devenue urgente. La vessie était énormément distendue et l'urine ne s'écoulait péniblement que goutte à goutte.

Le 20 novembre, l'enfant étant endormi et lié comme pour la taille, je fis le long du raphé une incision qui, partant de la racine des bourses, venait aboutir sur une autre transversale en avant de l'anus, comme pour la taille prérectale. Cette incision pratiquée dans un cas analogue par le docteur Notta, de Lisieux (*Gazette médicale* du 29 août 1885), met à découvert, lorsque les lambeaux sont relevés, tout le triangle périnéal et facilite singulièrement la recherche du bout supérieur. Introduisant ensuite par le méat un petit cathéther cannelé le plus loin possible, j'incisai sur son extrémité le bout inférieur, je le sectionnai franchement en ce point et je le décollai de l'aponévrose moyenne jusque vers son union avec les corps caverneux. Restait à trouver le bout supérieur. Des pressions exercées sur le fond de la vessie faisaient bien sourdre quelques gouttes d'urine au travers d'un noyau dur qui fermait le bout supérieur; mais, quelque attention que j'y apportasse, je ne pus trouver un orifice et y glisser un conducteur. Je dus détruire ce noyau en coupant tranche par tranche jusqu'au voisinage de l'orifice du ligament de Carcassonne. Là je retrouvai la muqueuse avec une ouverture d'une dimension égale au calibre du canal par laquelle je vidai la vessie. Je détachai ensuite les tissus autour de cet orifice en forme de collerette et tirant avec des fils passés sur le bout inférieur, je l'abaissai facilement jusqu'au niveau de celle-ci. Il ne

resta plus qu'à mettre une sonde à demeure et à suturer soigneusement l'un à l'autre les deux bouts du canal. On remarquera que le bout inférieur présente à son extrémité une fente longitudinale. Cette disposition facilite beaucoup l'application des points de suture. Quant à la plaie périnéale, je ne la fermai point complètement. Je fis seulement deux points de suture dans le haut et je laissai ouverte sa partie inférieure. Quelques jours après, j'enlevai la sonde et je lui en substituai une autre n° 14 de la filière Charrière, sans la moindre difficulté. La cicatrisation se fit très rapidement, et c'est à peine s'il resta au périnée une petite fistule complètement fermée au bout de huit jours. Depuis ce temps, l'enfant pisse avec un jet fort et volumineux et, le 5 février, je passais sans hésiter une sonde conique n° 15.

Dans ma première opération, j'avais agi trop précipitamment. J'avais rapproché par la suture des tissus encore malades et mal avivés et la réunion ne s'était pas faite. Les tractions que j'avais dû exercer les jours suivants pour retirer la sonde incrustée et rugueuse avaient achevé de détruire l'affrontement, et j'étais retombé dans le cas où l'on fait la suture périnéale, sans se préoccuper de la distance qui sépare les deux bouts du canal; aussi le rétrécissement ne tarda-t-il pas à se produire. Dans la seconde, les conditions étaient meilleures; la réunion s'est faite rapidement et j'ai la certitude que mon petit opéré, s'il n'a plus de bulbe, possède tout au moins un canal où la muqueuse est partout en continuité avec elle-même et se rapprochant autant que possible de l'état normal.

THÉRAPEUTIQUE

Le Myrtol.

Par M. le docteur J. Tiercé.

Le Myrtol n'avait été étudié que très superficiellement jusqu'à l'époque récente où le docteur Ch. Linarix choisit pour sujet de thèse inaugurale l'étude des propriétés de ce produit (1).

Le myrtol s'obtient par la distillation des feuilles de myrte; c'est un liquide dont l'odeur rappelle le parfum caractéristique de la plante.

Sa densité est moindre que celle de l'eau, il s'évapore à la température ordinaire, il tache le papier, mais ces taches disparaissent sans laisser de trace.

Sa saveur est chaude, un peu âcre, suivie d'une sensation de fraîcheur, surtout lorsqu'on fait des mouvements d'aspiration.

Le myrtol est un excellent désinfectant et un antiseptique très énergique. Il agit en s'opposant au dédoublement des substances organiques fermentescibles et putrescibles par une simple action de présence.

Appliqué sur la peau dont l'épithélium est intact, il ne produit pas d'irritation. Sur la peau ou les muqueuses dénudées, le myrtol, à la dose de quelques gouttes, amène une légère sensation de chaleur de courte durée.

Il stimule les fonctions digestives, car tous les individus qui en font usage constatent une augmentation d'appétit.

A doses modérées, le myrtol a un effet calmant, qui, du système nerveux central, se propage au système périphérique et fait naître un calme général; il s'élimine par les voies respiratoires et les voies urinaires.

C'est surtout dans les maladies des voies respiratoires que l'action du myrtol se fait remarquer; c'est un véritable synergique des balsamiques les plus efficaces, et il présente sur eux l'avantage d'être mieux supporté par l'estomac et de pouvoir être employé longtemps sans amener ni dyspepsie, ni les autres inconvénients que font naître la plupart des balsamiques.

Pour faciliter l'emploi de ce médicament, le docteur Linarix a composé des *Globules* contenant chacun, très exactement, 15 centigrammes de myrtol pur; ces globules s'avalent comme des pilules.

Le myrtol ne paraît pas produire les mêmes effets à toutes les périodes des maladies des voies respiratoires.

Si l'on veut obtenir de bons résultats, il faut l'administrer pour combattre les affections catarrhales subaiguës ou chroniques, ou bien quand la bronchite a parcouru une partie de son évolution, que la fièvre est tombée et qu'elle est arrivée à la période dite catarrhale; enfin lorsque l'expectoration est abondante, opaque ou mucuso-purulente. Dans ce cas, le myrtol a le pouvoir de diminuer considérablement la quantité des crachats et de les rendre moins purulents. Il agit ici sur la muqueuse bronchique de deux façons : d'abord en stimulant la contractilité des vaisseaux capillaires, ce qui amène une diminution dans l'apport sanguin, puis ensuite en ralentissant la sécrétion colloïde, qui est chargée de fabriquer les cellules épithéliales et les globules de mucus. Cette dernière action sur la nature de l'expectoration se montre spécialement lorsqu'il s'agit de la bronchite fétide, de la bronchorrée mucuso-purulente, de l'asthme catarrhal, de la dilatation bronchique partielle ou générale.

Quant à l'action sur les capillaires bronchiques, le résultat de leur diminution de calibre est la cause d'une plus grande amplitude dans la respiration. Du reste, tous les individus qui prennent les Globules de Myrtol s'accordent à reconnaître qu'ils respirent plus facilement.

Les observations recueillies jusqu'à ce jour ont démontré l'efficacité constante du myrtol pour combattre les cas de bronchite chronique fétide, catarrhe des bronches, asthme catarrhal avec accès d'oppression et palpitations, etc. (Ces observations seront publiées ultérieurement.)

Dans les différentes affections des voies respiratoires énumérées plus haut, les Globules Linarix se donnent à la dose moyenne de six par jour; ils doivent être pris aux repas : deux le matin, deux dans la journée et deux le soir; ils sont toujours bien tolérés, et la plupart du temps ils donnent de l'appétit et facilitent la digestion.

(1) Paris. *De l'emploi du Myrtol*, par le docteur Ed.-Ch. Linarix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Résection des maxillaires. — M. MONOD présente deux malades qui ont subi : la première, l'ablation du maxillaire supérieur avec perte de substance considérable de la joue; la seconde, la résection du maxillaire inférieur pour un cancer du plancher de la bouche. Chez cette seconde malade, M. Monod, à la fin de l'opération, a pratiqué, sur le conseil de M. Marchand qui l'assistait, la trachéotomie; il a eu recours en outre à la sonde œsophagienne introduite par le nez pour l'alimenter. Grâce à ces deux moyens, le champ opératoire s'est trouvé à l'abri de toute substance nocive et la cavité buccale a pu être bourrée de gaze iodoformée. Tout le champ opératoire a été ainsi rendu aussi aseptique que possible. Après huit jours, M. Monod retirait la canule trachéale; après quinze jours, cette malade était complètement guérie. Il a eu recours, dans ce cas, à la trachéotomie préventive, surtout dans le but d'empêcher la pneumonie infectieuse qui a été, d'après les statistiques, fréquemment observée à la suite de ces opérations.

M. BERGER ne croit pas qu'une antiseptie aussi rigoureuse de la bouche soit d'une nécessité absolue. Il a fait un certain nombre de ces opérations sans jamais avoir recours à la trachéotomie; les

lavages avec une solution de chloral lui ont toujours suffi pour éviter les accidents septiques. La trachéotomie peut être indiquée dans certains cas particuliers et non dans tous les cas de résection du maxillaire inférieur.

M. TERRIER demande à M. Monod quelques éclaircissements sur cette pneumonie dite infectieuse ou septique et sur quels signes est porté ce diagnostic.

M. TRÉLAT a pratiqué un grand nombre de résections des maxillaires et n'a jamais constaté de pneumonie infectieuse. Quant à la trachéotomie dans ces cas, elle ne lui paraît indiquée que s'il s'agit d'une tumeur très volumineuse, d'un gonflement œdémateux des replis aryténo-épiglottiques; mais il n'en comprend pas l'utilité dans les cas ordinaires. Il est absolument partisan de l'emploi de la sonde œsophagienne nasale dans les résections des maxillaires ou les ablations de la langue. Il croit qu'il vaut mieux introduire et retirer cette sonde à mesure des besoins plutôt que de la laisser à demeure. Les lavages au chloral, la gaze iodoformée, rendent aussi de grands services dans ces cas.

M. MONOD n'admet pas que la trachéotomie chez l'adulte puisse être considérée comme une opération grave. Il rappelle que, d'après les statistiques, les pneumonies sont encore assez fréquentes à la suite de ces opérations. Sont-elles septiques? Cela n'est pas absolument démontré; mais on a vu des abcès se former dans les poumons consécutivement à l'introduction de matières septiques entraînées par la respiration. La trachéotomie peut donc contribuer à rendre la plaie aseptique.

M. TERRIER fait observer que la trachéotomie peut aussi prédisposer elle-même aux pneumonies.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. POULET, après avoir rappelé les différents modes de traitement des kystes hydatiques du foie, depuis la méthode dite de Récamier jusqu'à la laparotomie avec résection d'une plus ou moins grande partie de la poche, communique l'observation d'un jeune militaire de trente-deux ans, qui est entré au Val-de-Grâce le 23 novembre 1885, présentant une tumeur qui occupait l'hypochondre droit et le creux épigastrique, avec tous les symptômes d'un kyste hydatique du foie. Une ponction exploratrice ayant donné 20 grammes d'un liquide clair, limpide, permit de confirmer ce diagnostic. Le malade eut, à la suite de cette ponction, une éruption d'urticaire; la température atteignit 39°,8; puis les accidents cédèrent. Le liquide s'étant reformé, M. Poulet pratiqua le 12 décembre la laparotomie en un seul temps. La paroi abdominale ayant été incisée, il ponctionna le kyste avec l'appareil de Potain, retira ainsi environ un quart de litre; puis la poche ayant été attirée au dehors, toute la paroi antérieure de cette poche fut excisée; suture profonde, drainage avec de gros tubes, pansement à la gaze iodoformée; à l'extérieur, glace et morphine. Le malade eut un seul vomissement dû au chloroforme, jamais la température ne dépassa 37°,5 ni le pouls 90 pulsations. M. Poulet conclut en disant que l'incision en un seul temps n'est plus un procédé d'exception pour le traitement des kystes hydatiques du foie.

M. POLAILLON, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance sur le même sujet par M. Terrier, se déclare complètement d'accord avec lui quand il s'agit de tumeurs volumineuses. Il rappelle avoir opéré, en province, un gros kyste hydatique du foie avec le gros trocart; le malade mourut. Il est clair que dans ces cas il n'y a pas autre chose à faire que la laparotomie. Mais pour des kystes peu volumineux ou de moyen volume, M. Polaillon ne ferait pas la laparotomie et préférerait la ponction avec le gros trocart et les injections détersives. Ce traitement ne laisse pas une énorme cicatrice exposant à tous les accidents des cicatrices et n'a pas d'autre inconvénient que d'être un peu plus long. M. Polaillon est convaincu que le malade de M. Poulet aurait pu guérir par ce moyen.

M. VERNEUIL n'est nullement opposé en principe à la laparotomie dans le traitement de certains kystes hydatiques du foie. Mais il n'en faut pas moins reconnaître que le gros trocart et le gros tube à drainage constituaient déjà un progrès considérable dans le traitement de ces kystes et avaient fait presque complètement abandonner la méthode de Récamier. Il y a donc trois procédés principaux pour la cure des kystes hydatiques du foie : 1° la laparotomie; 2° l'ouverture pure et simple du kyste; 3° l'incision en deux temps. En résumé, M. Verneuil est disposé à admettre que l'extirpation des kystes hydatiques du foie a ses indications.

M. RECLUS dit qu'il faut établir plusieurs variétés de kystes hydatiques du foie au point de vue du traitement qui leur convient. La laparotomie est incontestablement le meilleur traitement quand le kyste est suppuré. Il cite un exemple où il a retiré les meilleurs résultats d'une large incision faite sur un kyste hydatique suppuré du foie comme sur un phlegmon.

M. LE FORT cite l'exemple d'un malade chez lequel lui et M. Potain ont commis une erreur de diagnostic : Un homme, à la suite d'une chute de cheval, a présenté des symptômes de contusion abdominale avec épanchement. M. Potain fait une ponction et retire un liquide jaune, sans crochets, puis une seconde ponction donnant un liquide louche, gluant, toujours sans crochets. M. Le Fort pratique alors la laparotomie, croyant avoir affaire à une péritonite enkystée; il tombe d'emblée sur un kyste suppuré du foie; plusieurs litres de liquide sont projetés au dehors; il se fait une hernie de l'épiploon. Dans ces cas il y a avantage à enlever le plus possible de la poche kystique, mais ici, il y avait des adhérences solides et multiples. M. Le Fort a suturé; il a retiré par milliers des hydatides qui étaient accolées aux parois du kyste. L'emploi du gros trocart aurait été tout à fait insuffisant dans ce cas.

M. BOUILLY a pratiqué quatre fois la large incision de kystes hydatiques suppurés du foie : une première fois, il y a quatre ans, chez un malade qui avait résidé en Indo-Chine et qui avait des fièvres intermittentes que M. Brouardel reconnut être symptomatiques d'une suppuration intra-hépatique. M. Bouilly fit l'évacuation du kyste avec un gros trocart, plaça une grosse sonde selon le procédé de M. Verneuil; le malade alla mieux; puis, six semaines après, soit que le pus se vidât mal, soit qu'il se formât une nouvelle collection, il fallut intervenir de nouveau; M. Bouilly fit alors l'excision en deux temps; guérison complète en deux mois.

En 1883, il fut appelé à Vichy auprès d'un Espagnol portant une énorme collection du foie et étant au plus mal. Le diagnostic ayant été confirmé par une ponction avec le trocart Dieulafoy, M. Bouilly fit une large incision de 7 à 8 centimètres, ne trouva aucune adhérence, plaça deux ou trois fils dans le tissu hépatique, vida une partie de la collection avec le trocart à hydrocèle, agrandit avec le bistouri l'ouverture à droite et à gauche, fit sortir un pus extrêmement fétide, plaça quatre gros tubes et fit de grands lavages phéniqués. Contre son attente, le malade se releva et alla très bien par la suite. Il était à peu près guéri quand il se mit à sa fenêtre et contracta une pneumonie dont il mourut.

Le troisième malade était atteint d'une hépatite suppurée avec des adhérences; il fit d'emblée une simple incision allant jusqu'à la collection, lava la cavité avec une solution de chlorure de zinc. La guérison s'opéra presque sans suppuration.

Le quatrième malade avait habité les pays chauds; il était atteint d'une hépatite suppurée non douteuse avec des adhérences; incision du foie, résection d'un morceau de cartilage costal, guérison en trois semaines.

Il résulte de ces faits qu'il ne saurait y avoir de doutes sur la conduite à tenir dans les cas de suppuration intra-hépatique; c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

M. MARC SÉE a fait jusqu'ici la ponction avec un gros trocart; l'évacuation est parfois difficile; le plus souvent le liquide se reproduit et devient purulent après ces ponctions. Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, il arrive souvent des accidents. Aussi, à l'avenir, M. Sée est-il décidé à ouvrir largement les kystes suppurés du foie. Il préfère l'incision en deux temps à l'incision en un seul temps.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE se plaît à constater la tendance générale de ses collègues à abandonner le gros trocart et l'ouver-

ture par les caustiques pour l'incision directe ou la laparotomie avec ablation.

M. TERRIER s'estime heureux d'avoir converti plusieurs de ses collègues à la laparotomie avec ablation. Il faut, selon lui, autant qu'on le peut, enlever tout le kyste et toutes les adhérences.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

37. M. PEYRONNET DE LA FONVILLE. De la névralgie du trijumeau et en particulier de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle. — 38. M. PELEGRY. De l'homicide chez les persécutés. — 39. M. PAILHÈS. Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. — 40. M. BOURSIER. De la tuberculose de la vessie. — 41. M. GUYARD. Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes. — 42. M. FOUBERT (Sylvain). De la splénotomie pour tumeurs de la rate. — 43. M. LERMOYEZ. Étude expérimentale sur la phonation. — 44. M. POUPINEL. De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. — 45. M. MANRIQUE. Opération d'Alexander. — 46. M. SORENO. De l'eczéma dans les fièvres éruptives chez les enfants. — 47. M. BIDON. Étude sur le syphilome hypertrophique aigu. — 48. M. LOUGE. Le pouls puerpéral physiologique. — 49. M. LANGLE. De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques (lésions de la volonté des auteurs). — 50. M. DANSON. De la conduite à tenir à l'égard des vaisseaux dans l'extirpation des tumeurs du pli de l'aine. — 51. M. DREVET. Contribution à l'étude du pronostic de la présentation de la face; statistique de la clinique d'accouchements 1852-1886. — 52 M. CHISLOUP. De la paralysie cardio-pulmonaire dans la diphtérite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 6 février 1886, M. le docteur Balzer, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hôpital de Lourcine.

— Par application de la décision ministérielle du 11 février 1885, M. Pélegry est nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École du service de santé militaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Loviot est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions de chef de clinique d'accouchements, en remplacement de M. Stapfer.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Thierry (Louis) est nommé aide préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie (emploi nouveau).

M. Mathurin (Désiré-Henri-Louis) est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, des fonctions de préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Lhomme, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bouchacourt, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur honoraire.

M. Rochet, aide d'anatomie, est chargé provisoirement des fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Jaboulay, appelé à d'autres fonctions.

MM. Albertin et Condamin sont délégués, à titre provisoire, dans les fonctions d'aide d'anatomie, en remplacement de MM. Rochet et Vallas, appelés à d'autres fonctions.

M. Vallas (Maurice), aide d'anatomie, est nommé, pour trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Pravaz, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Bagnéris, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale, en remplacement de M. Dumont.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenoël, suppléant d'anatomie et de physiologie, est transféré dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Angers.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Angers s'ouvrira le vendredi 5 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Paris, où les candidats devront se faire inscrire au secrétariat un mois au moins avant l'ouverture du concours.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Alezais (Marie-Jean-François-Henri), est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Ganel, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Rouen.* — Un concours s'ouvrira le jeudi 1er juillet 1886 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *École de médecine de Tours.* — M. Herpin (Octave), suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

M. Sainton, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Duclos, appelé à d'autres fonctions.

M. Thomas (Louis), professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Herpin, nommé professeur honoraire.

M. Duclos, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Charcellay, nommé professeur honoraire.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Villiers-Moriamé, agrégé, est chargé, du 1er février 1886 au 31 octobre 1887, du cours complémentaire de chimie analytique, en remplacement de M. Prunier, appelé à d'autres fonctions.

M. Marie (Théodore), licencié ès sciences, est nommé préparateur des travaux pratiques de deuxième année, en remplacement de M. Duffourc, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Lévy-Vallensi est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Couget, démissionnaire.

— M. le professeur Morière est nommé, pour trois ans, doyen de la Faculté des sciences de Caen.

— Le concours Vulfranc-Gerdy, ouvert à l'Académie de médecine pour deux places de stagiaire aux eaux minérales, est terminé. Le jury était composé de MM. Béclard, Bourgoin, Empis, Jules Lefort, Constantin Paul et Planchon. Deux candidats se sont présentés. M. Boutarel, étudiant en médecine, attaché à l'hôpital civil de Versailles a seul été nommé stagiaire, pour quatre années, aux eaux minérales.

— Le Conseil municipal de la ville de Marseille vient de voter une somme de 30000 francs destinée aux mesures de précaution contre l'épidémie de variole qui sévit actuellement dans cette ville.

— *Société de médecine de Paris (prix Duparcque).* — Ce prix, de la valeur de 600 francs plus une médaille d'or de 100 francs, sera décerné en 1887, au meilleur mémoire, *manuscrit* et *inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie interne.

Les travaux destinés au concours devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1887, terme de rigueur.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Johnston, décédé ces jours derniers, à Paris, à l'âge de soixante ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19073.

N° 23. — MARDI 23 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. MARDI 23 FÉVRIER 1886. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Du rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Il y a quelques mois, dans une de ses leçons magistrales, M. Hardy vous entretenait d'un malade de son service atteint de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Depuis lors, ce malade qui était couché au n° 18 de la salle Saint-Charles, a succombé. Il est mort lundi dernier après avoir présenté des péripéties sur lesquelles je veux appeler votre attention, et l'autopsie faite mardi a complètement confirmé le diagnostic et justifié la conduite tenue pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire l'abstention du cathétérisme à partir du jour où le diagnostic a été fait, l'abstention aussi de toute intervention chirurgicale.

Presque au même moment est mort dans le service de M. Segond un autre malade, entré le 29 juillet pour une affection de même nature, et chez lequel la même conduite prudente a été observée.

Je vous rappellerai brièvement l'histoire du malade de M. Hardy, charretier, âgé de cinquante et un ans, vigoureux, quoique très affaibli et ayant perdu de son poids, lors de son arrivée à l'hôpital, 50 kilogrammes dans les trois mois précédents, mais sans aucune teinte cachectique. Cet amaigrissement résultait du défaut d'alimentation.

C'est à la fin de l'année dernière que, brusquement, du jour au lendemain, cet homme s'aperçut qu'il avalait avec la plus grande difficulté les aliments solides, puis bientôt après que leur déglutition était impossible, les liquides seuls continuant à passer encore.

Le 15 avril dernier, il est pris tout à coup aussi, et sans cause connue, d'un vomissement ou crachement de sang. Très effrayé, il va à l'hôpital Tenon, où, après un séjour de trois semaines, il se sent suffisamment amélioré pour rentrer chez lui. Mais bientôt la déglutition devient de plus en plus difficile, les aliments solides à peine introduits dans l'œsophage sont régurgités, et le malade arrive à la Charité, dans le service de M. Hardy, le 17 mai.

La sonde œsophagienne ne dépasse pas une longueur de 27 centimètres à partir de l'arcade dentaire, tandis qu'une bougie-sonde peut encore pénétrer jusqu'à 34 centimètres. Et d'après le début des accidents, la marche de la maladie, les troubles fonctionnels, etc., M. Hardy diagnostique un rétrécissement *cancéreux* de l'œsophage, à la partie moyenne, bien que l'on ne constate ni circulation veineuse vicieuse, ni adénopathie. Celle-ci, d'ailleurs, existe rarement ; elle n'est point pathognomonique et peut très bien se rencontrer dans le rétrécissement *cicatriciel* à la suite, par exemple, de quelque adéno-phlegmon œsophagien, comme M. Segond en a eu récemment un cas dans son service.

Les antécédents héréditaires ou personnels de notre malade sont nuls, à l'exception du fait suivant : en 1879, cet homme a avalé par mégarde une cuillerée à bouche de teinture d'iode, mais cet accident n'eut aucune suite, ne détermina aucune douleur, aucun phénomène morbide appréciable, et n'a eu aucune influence sur la maladie qui nous occupe ici.

En face d'un rétrécissement de l'œsophage déterminant la régurgitation des aliments sans vomissement, on prononce le plus souvent le mot soit de cicatriciel, soit de cancéreux, et quelquefois il arrive que l'on passe à côté de toute autre lésion capable de modifier le diagnostic, et, par suite, le mode d'intervention, lésion telle, par exemple, que l'existence d'une tumeur extra-œsophagienne déterminant ledit rétrécissement par compression. C'est ainsi que, faute d'un examen viscéral complet, certain chirurgien de grand nom eut à se reprocher, il y a vingt ans, un grave malheur. Un client lui est envoyé par un médecin de la ville pour pratiquer l'exploration d'un œsophage rétréci. Notre chirurgien lui fait tout d'abord avaler un verre d'eau, l'interroge et procède au cathétérisme, lorsque, au moment où l'instrument lui semble franchir ledit rétrécissement, un flot de sang vermeil s'échappe par la bouche, et le malade tombe mort. Il s'agissait d'une tumeur anévrysmale de l'aorte qui était restée méconnue faute d'un examen suffisant, et que la sonde avait ouverte.

Ce fait, sans être fréquent, n'est cependant pas isolé, et nous pourrions en citer quelques autres.

Mais je reviens à mon malade que nous avons pu soutenir, avec des alternatives de moins bien et d'amélioration, grâce à la déglutition, possible, encore d'un mélange de lait, de jaunes d'œuf et de poudre de viande, au point que quelques jours avant sa mort il avait récupéré de 8 à 9 kilogrammes. Mais, il y a huit jours, les difficultés d'avaler même les liquides devinrent beaucoup plus gran-

des; il me suppliait de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage; je m'en gardai bien, sachant les dangers auxquels nous nous exposions. Samedi dans la soirée il rendit tout à coup *deux cuvettes* de sang, et le lendemain matin nous constations un refroidissement général. Quatre injections d'éther, l'opium et des lavements nutritifs le relevèrent un peu dans la journée; mais une nouvelle hémorrhagie survenait; des piqûres de morphine étaient pratiquées. Le lundi, nouvelle perte de sang, et dans la nuit le malade succombait.

L'autopsie faite le lendemain nous a montré : 1° une tumeur cancéreuse mesurant 3 centimètres dans ses diamètres transverse et longitudinal, ayant exulcéré les tuniques muqueuse et musculeuse de l'œsophage, respectant seulement la tunique celluleuse, tumeur adhérant d'une part avec le poumon gauche, avec la bifurcation trachéale, et, d'autre part, avec la face antérieure de l'aorte qu'elle avait perforée, d'où l'explication des hémorrhagies. Une seconde ulcération existait à la partie droite de l'œsophage, mais plus haut, correspondant au ganglion post-cricoïdien.

La situation de la tumeur, sa nature, ses adhérences et les accidents hémorrhagiques qui ont eu lieu légitiment encore une fois notre abstention de tout cathétérisme. De plus, l'autopsie nous a révélé ce que la clinique n'avait pas pu nous faire connaître : un commencement de généralisation du cancer, c'est-à-dire un noyau cancéreux dans le foie et deux dans les reins. Ce qui nous prouve encore que la gastrostomie n'eût été d'aucune utilité chez cet homme.

Quant au malade de M. Segond, c'est un homme de cinquante-huit ans, comptable, entré le 29 juillet à la salle Sainte-Vierge, n° 50, avec des troubles organiques tels que, là aussi, le diagnostic pouvait être fait d'emblée de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, et que l'abstention de tout cathétérisme était aussi parfaitement justifiée. Cet homme est mort, non plus comme notre malade par hémorrhagie, mais par complication pleuropulmonaire, c'est-à-dire par un épanchement considérable dans la plèvre droite.

Ici encore l'autopsie a vérifié le diagnostic; elle a montré de plus une généralisation considérable de la diathèse cancéreuse, laquelle n'avait non plus été révélée par la clinique pendant la vie, c'est-à-dire plusieurs noyaux dans le foie, dont un, situé dans le lobe gauche, présentait le volume du poing. Quelques noyaux existaient aussi le long du pancréas. Ce qui nous prouve encore combien la gastrostomie eût été inutile en pareil cas : cet homme n'en serait pas moins mort de sa généralisation, et peut-être même eût-il succombé plus tôt.

La nature du cancer n'est pas la même dans les deux cas que je viens de rapporter. Dans celui de M. Segond, nous trouvons l'épithélioma pavimenteux lobulé, c'est-à-dire la forme la plus habituelle du cancer de l'œsophage; chez notre malade, c'est le carcinome ou cancer alvéolaire, c'est-à-dire une forme exceptionnelle dans le cancer de cet organe.

La seule chose que je regrette peut-être de n'avoir pas faite chez mon malade, c'est de n'avoir pas placé par les fosses nasales une sonde à demeure, de façon à maintenir un certain degré de perméabilité pour l'alimentation liquide, ce qui lui aurait donné peut-être encore quelque survie.

Ceci m'amène à vous parler de la question du droit et du devoir d'intervenir chirurgicalement dans cette affection. Pour moi, je suis absolument partisan de la non-intervention dans le rétrécissement *cancéreux*, et la statistique me donne raison. En effet, sur 145 gastrotomies pratiquées pour des rétrécissements *cancéreux* de l'œsophage, la moyenne de la survie a été de dix-neuf jours, et ce, à la faveur de quelques malades opérés de très bonne heure, chez lesquels par conséquent la prolongation de vie a été d'autant plus longue que chez eux la déglutition des liquides se faisait encore quand l'opération a eu lieu. Sur ces 145 gastrotomies, quelques-unes ont été suivies de mort le jour même ou le lendemain, abrégeant ainsi la vie des malades.

Par contre, sur 53 gastrotomies faites pour des rétrécissements *cicatriciels* de l'œsophage, on compte 23 succès sur des malades qui, sans l'opération, étaient absolument condamnés à mort. D'où je conclus que, dans ces rétrécissements, alors qu'une dilatation faite avec prudence n'a pas été couronnée de succès, le droit et le devoir des médecins est d'intervenir par la gastrostomie.

Peut-être même pourra-t-on, grâce à cette opération, arriver, dans les cas où le rétrécissement *cicatriciel* de l'œsophage est situé très bas dans le voisinage du cardia, à faire la dilatation du rétrécissement par la voie stomacale, c'est-à-dire de bas en haut, de façon à rétablir la complète perméabilité de l'œsophage, et à pouvoir fermer ensuite la bouche stomacale artificielle.

HOPITAL NECKER. — M. KIRMISSON.

Pied bot varus équin.

La malade que je vais opérer à la fin de cette leçon est une jeune fille porteur d'un pied bot varus équin du côté droit.

Il y a, comme vous le savez, plusieurs espèces de pieds bots, c'est-à-dire les pieds bots congénitaux et les pieds bots acquis. Mais, congénitaux ou acquis, ils se divisent en quatre groupes : 1° le pied bot varus dans lequel la plante du pied est tournée en dedans; 2° le pied bot valgus où elle regarde en dehors; 3° le pied équin où le pied est dans l'extension forcée et les malades marchent sur les orteils; 4° enfin le pied talus, c'est-à-dire marchant sur le talon et dans la flexion forcée. J'ajoute que bien souvent deux de ces attitudes du pied sont associées ensemble et que ces deux attitudes sont presque toujours les mêmes : ce sont le valgus et le talus ou bien l'équin et le varus. Suivant que telle ou telle déviation prédomine, la difformité porte en premier l'un ou l'autre de ces noms : ainsi, par exemple, on dit : équin varus si l'équinisme l'emporte sur le varus, varus équin si c'est au contraire le pied varus qui prédomine sur l'équinisme, etc.

Notre malade présente la déviation du varus équin. Elle a vingt et un ans et l'inversion de son pied droit est si complète que la plante de ce pied regarde le pied du côté opposé et que son bord externe affecte une courbe très allongée en même temps que l'on aperçoit les saillies osseuses formées par la surface articulaire du calcanéum et la tête de l'astragale. De plus, si on cherche à redresser le pied, on voit le tendon d'Achille former un cordon très tendu et très saillant; à la partie interne une autre corde très tendue est formée par l'aponévrose plantaire plus ou moins fortement rétractée; de plus, le muscle jambier antérieur, également très tendu, s'oppose aussi au redressement du pied. Enfin il y a raideur des articulations et déformations osseuses. Le pied est dans l'adduction et, quand la malade marche, elle appuie comme dans le pied bot varus sur le sol

seulement par les extrémités des orteils comme dans l'équinisme. En un mot, nous avons affaire à un pied bot varus équin.

Mais cette double déviation est-elle congénitale ou bien acquise ? Dans certains cas le problème est difficile à résoudre, notamment quand l'infirmité est déjà fort ancienne. Ici, au contraire, les choses sont très nettes, il s'agit d'un pied bot acquis. Tout d'abord la malade se rappelle très bien, dit-elle, que c'est vers l'âge de quinze mois que son pied a commencé à tourner en dedans ; de plus nous en avons une autre preuve dans les troubles trophiques que nous constatons du côté de son membre inférieur. Ainsi le pied est peu développé, ainsi que les orteils, surtout si on les compare au pied du côté opposé. Enfin ce pied petit et carré présente de nombreuses varicosités veineuses et capillaires qui lui donnent une teinte bleuâtre caractéristique, et toute manipulation que l'on exerce sur lui amène une abondante transpiration. Il y a donc à la fois troubles circulatoires et troubles de la sécrétion sudorale. Ce pied est aussi sujet à des engelures suivies d'ulcérations, dont on aperçoit les cicatrices, tandis que celui du côté opposé ne présente rien de pareil.

Quant au membre inférieur droit tout entier, il a subi un arrêt de développement dans tout son ensemble, arrêt caractérisé par un raccourcissement, masqué, lorsque la malade est au lit, par l'accommodation du bassin, mais qui n'est pas moindre cependant de 6 à 7 centimètres (1 pour la cuisse et 5 ou 6 pour la jambe). Le membre est également moins nourri, moins volumineux que son congénère du côté opposé.

Tout d'abord, pendant son enfance, cette jeune fille put marcher sans béquilles, elle marchait sur sa malléole externe, puis, le raccourcissement s'accentuant, les béquilles devinrent nécessaires.

Il s'agit donc bien, vous le voyez, d'un pied bot acquis, d'un pied bot consécutif à la paralysie infantile, ainsi que le démontrent encore les troubles trophiques et l'arrêt de développement. C'est en effet sur les muscles de la région antéro-externe que porte généralement la paralysie infantile, sur les muscles de l'abduction qui, peu à peu, s'atrophient, tandis que les autres muscles et notamment le triceps sural, c'est-à-dire les muscles de l'adduction, conservent leur intégrité.

Quant au pronostic d'une semblable déviation, il est très fâcheux : 1° à cause du degré très accentué de la difformité que nous présente cette malade et de l'extrême difficulté que l'on éprouve en pareil cas à la réduire ; 2° à cause du raccourcissement considérable très difficile à combattre par la prothèse ; 3° en raison de la paralysie des muscles de l'abduction, paralysie telle que les mouvements d'adduction sont seuls possibles.

En résumé son pied droit en est arrivé à avoir peu de valeur ; aussi ce que nous devons chercher par notre intervention, c'est à lui donner une forme plus satisfaisante que celle qu'il a actuellement et à mettre la malade en état de porter un brodequin avec un talon qui lui permette de marcher avec moins de difficulté et de présenter une difformité moins disgracieuse ; c'est donc bien plutôt au point de vue de l'esthétique que notre intervention peut être utile qu'au point de vue du rétablissement des fonctions.

Mais de quelle façon pouvons-nous intervenir ? 1° Par des sections tendineuses, la malade étant préalablement chloroformisée : section du tendon d'Achille ; section de l'aponévrose plantaire si elle oppose une trop grande résistance au redressement du pied ; section enfin du muscle jambier antérieur, mais celle-ci peut n'être pas nécessaire, nous ne saurons à quoi nous en tenir que pendant le cours du manuel opératoire ; 2° par un redressement brusque du pied ; le tout suivi du pansement de Lister et de l'application d'une gouttière plâtrée maintenant le pied dans une bonne direction sur la jambe.

Devrons-nous aussi faire la tarsotomie soit antérieure comme le préconise M. Chauvel, soit postérieure comme le veut M. Bœckel ? Non, nous ne pratiquerons aucune de ces opérations osseuses qui exposent toujours les malades à quelques dangers surtout en raison des troubles trophiques dont j'ai parlé tout à l'heure et de plus parce que l'état du membre n'en vaut pas la peine et ne permet pas d'en espérer de bons résultats. D'ailleurs la tarsotomie est très peu indiquée dans le pied bot acquis, tandis qu'elle a bien plus d'utilité dans le pied bot congénital, alors surtout que les sections tendineuses sont insuffisantes pour le redressement du pied.

Du reste, il ne faut pas oublier que les sections tendineuses jointes à certaines manipulations ont donné d'excellents résultats, comme M. Jules Guérin l'a parfaitement montré tout récemment encore à l'Académie de médecine. C'est ainsi que l'on ne doit pas rejeter le mode de traitement par la section tendineuse, les manipulations et le redressement brusque pour commencer d'emblée par l'opération osseuse.

En résumé la tarsotomie est certainement une opération que l'on peut faire, mais je la considère comme une opération d'exception, c'est-à-dire une opération à laquelle on aura recours quand tous les moyens orthopédiques auront échoué, et cela, d'autant plus que lorsqu'il s'agit de pied bot acquis, ayant pour origine la paralysie infantile, l'opération ne peut pas grand'chose et que si le pied bot est congénital, les moyens orthopédiques appliqués de bonne heure suffisent le plus souvent et donnent d'excellents résultats.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Cas remarquable de névrose mentale guérie par l'usage du cuivre.

Par le docteur Surre (de Saint-Cloud).

Mme X..., âgée de soixante ans, est d'un tempérament nervoso-sanguin. A la suite de violents chagrins de famille, sa raison se serait troublée et la malade a été envoyée dans une maison de santé où elle est restée trente-six mois à deux différentes reprises.

A la seconde sortie, je la vois pour la première fois ; c'était en janvier 1883.

C'est une femme forte, robuste. Le milieu d'artistes dans lequel elle est née et a toujours vécu explique l'extrême excitation de ses nerfs.

Sa conversation est naturelle, mais parfois interrompue par le récit des chagrins qu'elle a endurés et par une ferme protestation contre tout soupçon de folie.

Elle se plaint de deux choses : d'un appétit vorace, insatiable, véritable boulimie, et d'accès nerveux violents contre lesquels le bromure de potassium administré à haute dose reste inefficace.

Les nuits principalement sont agitées ; « elle fouille l'oreiller », selon son expression, c'est-à-dire que sa tête et la partie supé-

rieure du tronc reposent seules sur le lit, tandis que le reste du corps est en l'air.

En présence de ces phénomènes bizarres, je revins plusieurs fois m'entretenir avec la malade, afin de m'assurer si réellement sa raison était obscurcie, ainsi qu'on le disait autour d'elle.

Dans une de ces conversations, Mme X..., voulant me confirmer son extrême susceptibilité nerveuse, me conte que lorsqu'elle rendait visite à la femme d'un de nos confrères de Paris, très connu par ses expériences de physiologie (M. le docteur Richet fils), ce médecin s'amusait quelquefois à placer près d'elle, sur un guéridon, sa montre dont le tictac renforcé suffisait pour provoquer un état particulier qu'elle ne peut décrire. Aussitôt, je me rappelle les savantes leçons de M. Charcot à la Salpêtrière et aussi les admirables recherches de M. Burq.

Je conclus immédiatement que l'élément *cuivre* doit agir sur un sujet aussi impressionnable et dont les nuits sont ainsi agitées.

Le lendemain, je revins armé d'un bracelet de cuivre rouge. La malade était calme et la nuit avait été relativement bonne.

J'applique ce bracelet autour du poignet droit. Il ne s'est pas écoulé trois minutes, que la malade est prise d'une attaque.

Elle lève d'abord les deux bras en l'air, les agite; sa tête se renverse en arrière, sa figure se contourne; elle saute d'une manière désordonnée et pousse des cris inarticulés. Cette attaque dure plusieurs heures, et elle est telle que la garde-malade m'avoue que ce sont des accès analogues qui ont souvent nécessité l'application de la camisole de force.

A la suite de cette séance, je dois, par prudence, m'abstenir de reparaitre devant ma cliente. Elle me gardait rancune de l'avoir fait tant souffrir.

Cependant, au bout de quelque temps, je parviens à lui persuader d'essayer les autres métaux, et j'insiste sur ce point : que le cuivre ayant provoqué un accès, il était à peu près certain qu'aucun autre métal n'agirait de même. C'est ainsi que je pus faire accepter un bracelet en *laiton*, en assurant à la malade que le cuivre n'entrait en rien dans la composition de ce métal.

Trois minutes après son application, la malade, triomphante, s'écrie : « Ce bracelet, docteur, ne me fait rien. » Je lui assure qu'il était plus que probable qu'il n'exercerait sur elle aucune action. Mais bientôt elle arrête brusquement sa conversation, lève ses bras, pousse des cris sauvages... Une nouvelle attaque commence, moins longue que la première. Celle-ci ne dure pas plus de trois heures.

Ces deux expériences me suffisent; il ne m'est d'ailleurs pas permis de les continuer.

Je prescris un demi-verre d'eau de Saint-Christan à prendre le matin à jeun et l'après-midi, ainsi que des pilules renfermant chacune 2 centigrammes de sulfate de cuivre, 10 centigrammes d'extrait de gentiane et 1 centigramme d'extrait thébaïque, une matin et soir.

A partir de ce jour, les attaques deviennent plus rares, les nuits meilleures, l'appétit se régularise, l'état général s'améliore remarquablement et je diminue progressivement la dose de bromure qui était de 7 grammes par jour.

Voici plus de deux ans de cela. Mme X... a continué l'usage du cuivre pendant un an environ; sa santé se maintient en très bon état; elle vaque à ses affaires, et aucun acte déraisonnable n'est venu nécessiter un nouveau séjour dans une maison de santé.

Remarquons dans cette observation la provocation des crises par l'application externe du métal, qui, pour un médecin moins au courant de la métallothérapie, aurait pu faire rejeter le cuivre comme nuisible, tandis qu'il fallait considérer cette provocation de crises comme l'indication de l'administration interne du métal.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique (1).

Par Léon Brièle, archiviste de l'Administration.

VIII

Avec le troisième volume commence le relevé des comptes de l'ancien Hôtel-Dieu depuis l'année 1364 jusqu'à l'année 1581, c'est-à-dire pendant une période de deux cent dix-sept années.

A vrai dire, ces comptes présentent certaines lacunes que nous devons tout d'abord expliquer, car elles correspondent à deux périodes bien distinctes dans l'administration du vieil hôpital.

Si le lecteur veut bien se rappeler ce que nous écrivions dans nos premiers articles, il verra que jusqu'en 1505 l'administration de l'Hôtel-Dieu fut confiée au chapitre de Notre-Dame qui nommait deux délégués à cet effet. La gestion financière, pendant cette période, fut un peu négligée et si, pour un intervalle de plus d'un siècle, la collection des documents ne possède que dix comptes seulement, c'est que, d'après les recherches de M. Brièle, il n'en fut pas rendu d'autres.

Ce n'est qu'à dater de 1505, c'est-à-dire à l'époque où l'Hôtel-Dieu est véritablement administré par un *Bureau* régulièrement constitué, que nous trouvons une collection de comptes tenus avec soin et comprenant les moindres détails de la recette et de la dépense. Pendant cette seconde période, nous n'avons à regretter que quelques rares lacunes représentées par les années 1509-1510 et 1557.

Jusqu'en 1428, les comptes de l'Hôtel-Dieu sont surtout intéressants au point de vue de la statistique : c'est ainsi que nous voyons le fossoyeur et ses valets recevoir 3 deniers pour inhumer un corps; nous trouvons également que, en 1416, la mortalité de l'hôpital fut de 2077 personnes, de 1430 et 380 pendant les années 1417 et 1428.

Il faut arriver en 1429 pour trouver la relation de bon nombre de faits se rattachant à l'histoire de notre pays. Les Anglais occupaient Paris et Jeanne d'Arc allait tenter de délivrer la capitale. Les *Armagnacs* se répandaient dans toute la campagne et ravageaient tout, même jusqu'aux portes de Paris, ainsi que le mentionne la citation suivante, empruntée au *Journal d'un bourgeois de Paris* : « Le vingt-cinquième jour d'aoust 1429, fut prinse par les Arminaz la ville de Saint-Denis, et landemain couroient jusques aux portes de Paris, et n'osoit homme yssir pour vendanger vignes ou verjus, ne aller aux marays rien cueillir, dont tout enchery bientost. »

Le trouble et le désarroi étaient à leur comble, au milieu de la population parisienne. L'hôpital est obligé de louer à l'abbaye de Sainte-Geneviève une grange pour emmagasiner le grain provenant de la ferme du Pressoir, située aux portes de la ville. Il faut sans cesse racheter à l'ennemi le bétail de l'hôpital; ici, ce sont les vignes dont la récolte est menacée et pour lesquelles on paie rançon afin qu'elles soient épargnées; là, ce sont des exactions de toutes sortes dont on cherche à se garantir en donnant de l'argent. Une situation semblable ne pouvait se prolonger sans amener la ruine de l'Hôtel-Dieu. Aussi voyons-nous, en 1430, l'argenterie de l'hôpital mise en vente; une croix d'argent doré donnée par Pierre de Pacy, un hanap d'argent pris au réfectoire des sœurs et beaucoup d'autres objets de valeur sont vendus pour « aidier à supporter les grans affaires et nécessités qui estoient en cest hostel, et par especial pour achester du blé ».

Pendant cette première moitié du xve siècle, un grand nombre de villages furent entièrement dépeuplés; Montlhéry fut du nombre; mais, comme l'Hôtel-Dieu y percevait des droits seigneuriaux, les maîtres de l'hôpital donnèrent chacun VIII livres parisis pour rebâtir l'église de Janvry, située près du village, et ramener ainsi

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 518.

les habitants qui, d'après nos documents, l'avaient abandonné depuis 1418. Ceci se passait en 1446.

Dans les années qui suivirent, l'Hôtel-Dieu s'efforce de trouver partout les secours nécessaires à son fonctionnement : des pardons sont publiés à Paris, des quêtes sont faites dans les provinces et jusque dans les pays étrangers en faveur des malades et des pauvres. Enfin, grâce au dévouement de tous, la maison des pauvres ne fut pas ruinée et put continuer à rendre les services que l'on était habitué à trouver chez elle.

Signalons en passant une date importante pour l'histoire de la médecine : c'est en 1495 que nous trouvons, parmi les comptes de la lingerie, la première mention de la syphilis que l'on appelle « grosse vérolle de Naples ».

Enfin arrive l'année 1505, date mémorable dans l'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ce fut au commencement de cette année que le Parlement rendit un arrêt par lequel l'administration était confiée à huit bourgeois de Paris. C'était la sécularisation de l'Hôtel-Dieu.

L'année 1516 se signale par une épidémie terrible de peste dont un grand nombre de religieuses sont atteintes. Les salles de l'hôpital ne suffisent plus pour contenir la quantité des pestiférés, et c'est alors que l'on se préoccupe de l'agrandissement de l'Hôtel-Dieu dans le but d'isoler les malades et de les mettre à l'abri de la contagion.

François I[er] accorda des lettres patentes; la construction de nouvelles salles du côté du Petit-Pont sur la Seine fut projetée; il y eut grande animation autour de ce projet, mais la montagne accoucha d'une souris. Le prévôt et les échevins firent échec aux projets du bureau de l'Hôtel-Dieu et ce ne fut que plus d'un siècle plus tard que ces projets reçurent leur exécution, lors de la construction du Pont-au-Double, en 1626-1632, où furent posées les assises de la salle du Rosaire.

Avec les années 1517 et 1518, nous assistons aux préparatifs d'une croisade contre les Turcs qui menaçaient l'Espagne et l'Italie. Cette croisade n'eut pas lieu, mais l'Hôtel-Dieu perdit le bénéfice de ses pardons qui ne furent pas publiés; aussi François I[er], pour l'indemniser, donna 960 livres tournois en 1517 et 1259 livres en 1518.

C'est également dans les comptes de l'année 1518 que nous trouvons pour la première fois un chapitre spécial pour les frais d'opération de la pierre. Le premier opérateur cité dans ce document est Jehan Gouthier, dit d'Orléans, qualifié d' «Inciseur juré ».

Devant l'invasion sans cesse plus terrible de la peste, les administrateurs de l'Hôtel-Dieu conçurent le projet de bâtir un hôpital destiné à recevoir uniquement les pestiférés. Grâce à un don de 10000 livres tournois, offert par François I[er], en 1519, et l'abandon des pierres du vieux château de Bicêtre, ce projet reçut un commencement d'exécution. Les fondations dudit hôpital, qui devait être appelé la *Charité* et qu'on désigna aussi sous le nom de *Sanitat* du faubourg Saint-Germain, furent posées sur la rive gauche de la Seine, en face le Louvre, et à l'endroit où s'élève aujourd'hui l'hôtel de la Monnaie. Malheureusement, un si beau projet ne put aboutir; faute d'argent, les travaux cessèrent et la construction, à peine sortie de terre, resta inachevée. Un prétexte heureusement trouvé fournit au roi le motif des nouvelles lettres patentes données à Paris le 13 décembre 1527 et ainsi conçues :

« Pour le present nous ne pouvons faire procéder à la continuation du dit édifice de la Charité pour noz autres grans et urgens affaires, et que nous avons estez advertiz que, au moien de la contagion qui pouvet estre audict hostel de la Charité durant le temps de peste, en pourroit advenir inconveniants en nostre hostel et chastel du Louvre, qui nous tourneroit à grand préjudice. »

Signalons en passant la citation suivante relevée dans le compte de l'année 1532, au chapitre de la dépense pour menus frais. Il s'agit d'une dépense de 22 solz tournois pour l'achat de « deux registres servans au Bureau pour enregistrer les délibérations ». M. Brièle insiste avec raison sur l'importance de ce fait si minime en apparence. C'est en effet la première mention qui soit faite dans les comptes de semblable achat, et le savant archiviste de l'Assistance publique y trouve la preuve que le Bureau de l'Hôtel-Dieu ne commença qu'en 1531 à tenir régulièrement registre des délibérations prises par ses membres. C'est en effet à cette date que s'ouvre dans le dépôt des archives la collection des registres des délibérations du Bureau de l'Hôtel-Dieu.

Le compte de l'année 1536 nous fournit des indications précises sur les soins donnés aux syphilitiques; c'est ainsi que nous voyons ces malades transportés à l'hôpital Saint-Eustache, réservé par arrêt du Parlement à ce genre de maladie, puis, en 1569, confiés au grand Bureau des pauvres, à qui l'Hôtel-Dieu payait 260 livres tournois pour treize mois. Le registre des délibérations de l'année 1700 nous apprend même qu'avant de les envoyer au grand Bureau, on administrait aux syphilitiques une verte correction.

A propos de la syphilis, qu'il nous soit permis d'ouvrir ici une parenthèse et d'abandonner pendant quelques instants l'ouvrage de M. Brièle pour parler d'une étude toute nouvelle sur cette maladie et due aux recherches d'un de nos jeunes confrères, M. Pignot (1). L'histoire de la syphilis y est faite d'une façon consciencieuse et précise; l'auteur nous fait assister aux vicissitudes de ces malheureux qui, après avoir été abandonnés, ne virent l'attention de l'administration se porter sur eux que pour les soumettre aux plus cruels traitements et au plus barbare régime. L'idée première de cette étude a été puisée dans l'ouvrage de M. Brièle, et nous ne pouvons que féliciter son auteur d'avoir reproduit en tête de son travail le fac-similé d'un document qui fixe une date certaine à l'apparition de la syphilis à Paris.

Ceci dit, revenons aux comptes de l'Hôtel-Dieu.

Nous trouvons en 1540 la mention d'un fait bien rare et qu'il est intéressant de signaler : il s'agit de l'autopsie, officiellement pratiquée et par ordre, de Antoine de La Fontaine, maître au spirituel de l'Hôtel-Dieu, par Race Des Noues, chirurgien du roi et de l'Hôtel-Dieu, assisté de Jehan Dupuis, à qui il fut ordonné « d'assister à l'ouverture et visiter le corps mort du deffunct ». Quelles circonstances avaient donc accompagné la mort de Antoine de La Fontaine pour ordonner de faire son autopsie, alors que deux siècles plus tard, en 1706, le maître chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne pouvait, pour son cours d'anatomie, user des corps déposés à l'amphithéâtre qu'avec le *consentement écrit de la mère prieure?*

En 1545, un arrêt du Parlement ordonne de délivrer aux malades sortant guéris de l'Hôtel-Dieu *des billets*. Qu'était-ce que ces billets? M. Brièle pense que les malades s'en servaient pour aller recevoir un secours en argent à quelque caisse. Cette hypothèse est d'autant plus acceptable que quelques années plus tard, en 1555, des secours de route étaient délivrés aux convalescents sortant de l'Hôtel-Dieu.

C'est encore dans les comptes de cette même année que nous trouvons des renseignements sur les vignes que possédait l'Hôtel-Dieu aux environs de Paris, particulièrement sur le vin blanc de Champrosay, que les sommeliers du Dauphin venaient acheter au cellier de l'Hôtel-Dieu et qui faisait les délices des habitués du cabaret de la *Truie qui file*.

Dans les comptes de 1551, nous trouvons une somme de 12 écus d'or et une seconde somme de 86 livres tournois payés à Jacques Destra (de Turin) pour avoir soigné à l'Hôtel-Dieu quelques malades réputés incurables. Or ce Jacques Destra n'est pas qualifié de médecin; c'était un empirique sur lequel nous n'avons aucun renseignement, mais qui devait jouir d'une bien grande réputation pour que les administrateurs de l'Hôtel-Dieu lui aient ouvert les portes de l'hôpital.

Signalons encore la peste de 1554 qui fit de grands ravages à Paris. Il fut décidé que les externes seraient nourris à l'Hôtel-Dieu pendant la durée de l'épidémie; mais comme cette décision imposait une certaine charge à l'hôpital, il fut décidé que les frais de cette nourriture seraint prélevés sur le traitement du maître chirurgien, alors Richard Hubert.

(1) A. Pignot, *L'Hôpital du Midi et ses origines; recherches sur l'histoire médicale et sociale de la syphilis à Paris*. Thèse de doctorat, 1885. In-8° de 147 pages.

Pour terminer ce troisième volume, signalons les embarras financiers de l'Hôtel-Dieu, provoqués par les guerres de religion en 1563; il fallut vendre des rentes et des maisons pour 20000 livres. Citons également la date exacte de la mort d'un homme célèbre, l'architecte Philibert Delorme, que les dictionnaires biographiques font mourir en 1577, alors que la date exacte est 1570.

Enfin remercions le sympathique archiviste de l'Assistance publique d'avoir terminé la préface de ce volume par l'apologie du zèle et du dévouement avec lesquels nos ancêtres du corps médical ont secondé l'ancienne administration hospitalière.

Nous nous faisons un devoir de rapporter ici les dernières lignes de cette préface :

« Les bienfaiteurs ont donné leur argent, les médecins et les chirurgiens ont donné leurs soins, leur dévouement, consacré leur science aux générations de malades qui se sont succédé dans les salles de l'ancien Hôtel-Dieu. Il est facile aujourd'hui de sourire lorsqu'on parle de la science des médecins et surtout des chirurgiens d'autrefois; mais si la science progresse chaque jour, le dévouement ne progresse pas; il est dès le premier jour de l'Hôtel-Dieu ce qu'il sera au dernier. C'est envers ce dévouement que nous voulons nous montrer reconnaissant, en faisant revivre à cette place les noms de ceux qui ont secondé avec tant de zèle et de charité l'ancienne administration hospitalière. »

Médecins.

1446. Enguerrand de Parenti.
1507. Guillaume Forget.
1523. Pierre Eschart.
1536. Mathurin Tabauët.
1537. Jean Guydo.
1546. Jean Levasseur.
1556. Jean Le Paulmier.
1558. Philippe Alain.
1568. Simon Malmedy.
1569. Nicolas Legros.
1573. Robert Croson.
1573. Jacques Marau.

Chirurgiens.

1446. Pierre Malaisie.
1482. Thomas.
1517. Robert Charlot.
1525. Jacques Petit.
1526. Vincent Coincterel.
1535. Barbas ou Barbais.
1539. Jacques Le Normand.
1540. Jean de May.
1551. Antoine Dumas.
1551. Antoine Baudoin.
1553. Richard Hubert.
1555. Gaspard Martin.
1559. Cosme Roger.
1562. Vincent Hamelin.
1568. Balthasar Delaistre.
1579. Augustin Ymbault.
1580. Claude Le Couturier.

Sages-Femmes.

1378. Juliette (ventrière des accouchées).
1385. Jeanne Dupuis.
1512. Jacqueline Gaillart.
1529. Nicolle Caraudel.
1531. Simonne Chrétienne, veuve Crau.
1535. Madeleine de La Salle.
1537. Edeline, v^e Robert Baesle.
1540. Nicolle Guérin.
1543. Marie Robert.
1546. Catherine Le Guillemarde.
1547. Jehanne Closière, Perrette Lavoyne.
1552. Marguerite Godefroy, Barbe Caby.
1553. Perrine Dupuis.
1556. Anne Brégil.
1558. Perrette Coyou.
1559. Nicolle Salle.
1560. Françoise Simon.
1564. Pasquette Rémy.
1565. Madeleine Médot ou Nodo.
1570. Oportune Destas, Claude Merienne.
1572. Hubarde Mere (Méré ?).
1573. Marie Thibaut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 février 1886, M. Garnier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret, en date du 20 février 1886, M. Macé de Lépinay est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Marseille.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique ophthalmologique s'ouvrira le lundi 19 avril 1886, à dix heures du matin. Le chef de clinique nommé entrera en fonctions le samedi 1er mai suivant pour deux ans; le traitement annuel est fixé au chiffre de 1000 francs.

— *École de médecine de Limoges.* — Les récompenses scolaires suivantes viennent d'être décernées aux élèves en médecine et en pharmacie dont les noms suivent:

1° *Élèves en médecine.* — Première année : prix, M. Louis Léonet. — Deuxième année : prix, M. Jean Decoux. — Troisième année : prix, M. Léonard Freysselinard.

2° *Élèves en pharmacie.* — Première année : prix, M. Georges Cardin; mentions honorables, MM. Eugène Cordier et Joseph Vallet. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Alfred Manières.

Prix des travaux pratiques et manipulations. — Première année : premier prix, M. Léon Picaud; deuxième prix, M. Georges Cardin. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Gabriel Cluzeau.

— M. le professeur Lortet est nommé, pour trois ans, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

— Le Congrès français de chirurgie tiendra en 1886, sa deuxième session, à Paris, du lundi 18 au dimanche 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le 18 à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Quatre séances seront consacrées à des questions mises à l'ordre du jour, trois au moins à des questions diverses. Les conclusions de tout mémoire relatif à ces dernières devront être envoyées au secrétariat général, du 1er au 15 juillet prochain, afin d'être publiées avant l'ouverture du congrès, conformément à l'article 3 du règlement. Le comité permanent a décidé que les mémoires, dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées, ne pourraient être lus qu'à la suite des autres mémoires et seulement si le temps le permettait. Tout mémoire qui n'aura pas été lu ne sera pas publié.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° Nature, pathogénie et traitement du tétanos; 2° De la néphrotomie et de la néphrectomie; 3° Des résections orthopédiques; 4° De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

Extrait des statuts. — Sont membres du Congrès français de chirurgie, tous les docteurs en médecine qui se seront fait inscrire avant le jeudi 15 juillet 1886 au plus tard (1) et auront payé la cotisation.

La cotisation annuelle des membres est de 20 francs et doit être adressée en un mandat sur la poste à M. le docteur Samuel Pozzi, place Vendôme, 10, à Paris. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

Une cotisation de 300 francs donne droit au titre de membre fondateur. Une cotisation de 200 francs confère le titre de membre à vie. L'une et l'autre opèrent le rachat de toute cotisation annuelle.

— Une session extraordinaire de baccalauréat ès sciences complet s'ouvrira devant les Facultés des sciences, dans les départements, le lundi 12 avril 1886, et à Paris, le lundi 3 mai 1886. Cette session est réservée aux candidats qui justifient de deux ajournements.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Weiss (de Nancy), décédé à Paris dans sa soixante et unième année. Après l'annexion, le docteur J. Weiss avait quitté sa clientèle de Sarrebourg pour venir se fixer à Nancy.

(1) Prière de s'inscrire, si possible, avant le 1er mai 1886.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19086.

1

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie,

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Les stigmates de maïs ont été expérimentés depuis 1878 avec le plus grand succès dans les maladies de la vessie.

Ils ont produit des résultats remarquables dans un grand nombre de cas où les divers moyens habituellement employés avaient échoué. Ils peuvent, d'ailleurs, être employés alternativement ou concurremment avec ceux-ci : goudron, térébenthine, eaux minérales, etc.

Les stigmates de maïs en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais ce dernier, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours identique, et, sous un même volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement. On doit le prendre à jeun de préférence, et dans une tasse ou un verre d'eau froide ou chaude, ou bien de tisane.

Dans tous les cas, on obtient une boisson théiforme très agréable à boire et dont on ne se fatigue point.

3 fr. le flacon dans les principales pharmacies.

THÉ DU DOCTEUR DUFAU

AUX STIGMATES DE MAÏS.

1 fr. 50 la boîte.

NOTA. — Les stigmates de maïs donnant un rendement très variable en principes actifs, on a réservé pour ce thé les stigmates dont le titre n'est pas inférieur à 25 pour 100.

Dépôt général : Pharmacie LAGNOUX, 19, rue des Missions, à Paris.

65

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

5

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

VIN DE BELLINI (VIN DE PALERME AU

Quinquina et Colombo) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., rue Baudin, 23, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. *P. Rigollot*

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU DR CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.)*

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

43

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

41

CRESSON MAITRE

Suc concentré de cresson, contient naturellement associée et très assimilable une notable quantité d'**iode**, **de fer**, et de **phosphates** qui en font un excellent tonique antiscorbutique à administrer aux enfants contre **goître, scrofules, lymphatisme, rachitisme**, etc.; et, aux adultes, comme dépuratif contre les **affections syphilitiques** et **cutanées.**

Doses : 1 à 3 cuillerées p^r jour dans un peu d'eau sucrée ou pure, le matin ou au moment des repas.

Le fl., 3^f,50, 105, r. de Rennes, Paris, et Ph^ies.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, ph^ien, 41, B^rd Haussmann et t^tes ph^ies.

6

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris.

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0,60;** *et par la poste,* **0,70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

41

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

32

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.* Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature ci-contre. *A. Roy*

80

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0^gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

120

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

49

La Direction de la Source amère purgative *de*

FRANÇOIS-JOSEPH

A BUDAPEST

*a l'honneur de soumettre à MM. les Médecins l'*ANALYSE COMPARATIVE CI-DESSOUS, *en les priant de prescrire comme essai, s'ils ne l'ont déjà fait, cette eau, qui se trouve chez les Pharmaciens et Marchands d'Eaux minérales, sous le nom de* FRANÇOIS-JOSEPH.

Par litre.	Sulf. de magnésie.	Sulf. de soude.
FRANÇOIS-JOSEPH . . .	21^gr,60	20^gr,70
HUNYADI-JANOS	16^gr,01	15^gr,91

Paris, 16 mai 1878. Eug. BOUTMY.

69

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.

Ph^ie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Ph^ies.

N° 24. — JEUDI 25 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 25 FÉVRIER 1886. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La prolongation des discussions académiques n'est utile que quand elles sont mûres.

Elles ne sont mûres que quand l'idée, le ferment nouveau, perdu d'abord, comme les germes atmosphériques, dans des milliers d'autres, a trouvé son milieu propre de culture dans quelques esprits qui le couvent spécialement, exclusivement.

Ce sont des apôtres convaincus, qui lui ont fait produire tout ce qu'il peut produire. L'enseignement pour la galerie devient d'autant plus profitable qu'ils y sont allés de tout cœur. Alors on peut voir les progrès qui sont résultés de l'idée-mère; et la discussion, comme un crible, rend plus apparent le bon grain.

Mais sur la question des leucomaïnes et des ptomaïnes, la semence vient à peine d'être jetée. Elle n'a pas mûri, elle n'a pas poussé. Les résultats que l'on entrevoit appartiennent à l'avenir. Que l'on attende donc la moisson avant de dire ce qu'on en pense.

Dans une des communications adressées à l'Académie, un médecin-major, M. Zimmermann, vient de reprendre, avec des arguments nouveaux et des expériences nouvelles, la vieille théorie française de l'accommodation par action musculaire. Il en sera certainement avant peu de la théorie cristallinienne comme de la méthode de Graefe. Toutes ces idées allemandes, que leur étrangeté avait fait d'abord accepter partout, céderont la place à ce qui les avait précédées, à cette logique scientifique qui fut l'apanage de notre race.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Hydrocéphalie observée chez un très jeune enfant. Mort et autopsie.

Le 28 juillet 1885, on nous amena à la consultation de l'hôpital un garçon de onze mois, le nommé G... (Joachim), dont l'extrémité céphalique était d'une grosseur démesurée.

Ses parents nous prièrent de le recevoir; ils nous affirmèrent qu'il n'y avait, ni du côté paternel, ni du côté maternel, d'antécédent se rapportant à la syphilis, à l'alcoolisme ou à l'aliénation mentale. Ils racontèrent qu'ils avaient deux autres enfants bien portants; que celui qu'ils nous présentaient était né dans de bonnes conditions et avait eu des convulsions à la fin du deuxième mois de son existence. A dater de ce moment, disaient-ils, sa tête s'était rapidement développée, sans avoir offert rien d'anomal antérieurement au point de vue de ses dimensions ou de son aspect extérieur.

Le petit G... fut placé au n° 17 de la salle Saint-Augustin, et le 29 juillet, nous constations tous les signes de l'hydrocéphalie. La tête était énorme et pouvait être comparée à une poire dont la grosse extrémité aurait été tournée en haut, et dont la face représentait à peine le quart. La peau du crâne était garnie de cheveux blonds et fins, mais assez épais et assez solides ; on voyait sur le vertex deux ou trois placards d'impétigo. On sentait nettement de la fluctuation au niveau des fontanelles qui étaient largement ouvertes, tandis que les sutures restaient séparées par un intervalle assez considérable et recouvertes seulement par le tégument, qui donnait à la palpation une sensation semblable à celle qui eût été produite par une membrane élastique. Le front, extrêmement bombé, haut de 7 centimètres, s'avançait sur les yeux qui, situés au fond d'une cavité orbitaire fortement excavée, et d'un bleu pâle, ne regardaient pas en avant, mais se dirigeaient vers le sol, sans qu'il y eût de strabisme ni de dilatation inégale des pupilles. L'enfant semblait avoir la perception de la lumière, mais ne pas distinguer nettement les objets ; ses conjonctives étaient assez fortement injectées.

On remarquait également un nez aplati, des narines largement dilatées, une bouche normale et ordinairement entr'ouverte, avec une voûte palatine en ogive et des maxillaires bien conformés, les amygdales et la luette très peu développées, les deux incisives inférieures du milieu étaient déjà apparentes, tandis que celles d'en haut ne sortaient pas encore des gencives. Les oreilles ne présentaient pas d'irrégularité et la physionomie n'avait rien de désagréable. La peau était de teinte rosée et laissait apercevoir les veines par transparence ; il n'y avait de défaut de conformation ni du côté du tronc, ni du côté des membres, abstraction faite d'une légère incurvation au niveau des extrémités inférieures. Nous pûmes nous assurer qu'il n'y avait ni contracture, ni paralysie de la sensibilité ou du mouvement, et que les muscles et le tissu adipeux étaient bien développés. Enfin, on nota que les mouvements réflexes existaient et semblaient plus prononcés aux jambes et aux cuisses qu'aux membres supérieurs.

L'enfant poussait des cris dès qu'on s'approchait de lui, et surtout quand on le touchait. Sa température ne dépassait pas 37°,4, et le chiffre des pulsations était de 110 à 120; on trouvait le pouls plus facilement à droite qu'à gauche. Sa longueur totale, de la plante des pieds au sommet de la tête, égalait 77 centimètres. Nous comptâmes 70 centimètres pour le tour de la tête mesuré à la hauteur de la partie moyenne des pariétaux ; tandis que sa cir-

conférence, prise dans le sens vertical, en avant des oreilles et sous les mâchoires, représentait une longueur de 67 centimètres. Un intervalle de 11 centimètres séparait la partie inférieure du menton de la base du nez, et un autre intervalle de 8 à 9 centimètres s'étendait de ce point au sommet du vertex.

Pendant les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, le petit malade fut constamment d'une humeur chagrine et troubla le repos de la salle par ses gémissements continuels. Il fut aussi très vorace et avala, par période de vingt-quatre heures, plus d'un litre de lait à l'aide du biberon.

Vers le 8 août, son appétit commença à diminuer notablement. Une semaine plus tard il fut pris de diarrhée, puis de vomissements. Alors il s'affaiblit rapidement et devint silencieux ou ne se plaignit plus qu'avec une voix à peu près éteinte.

Le 18 août, on constatait une émaciation considérable, des excoriations sur plusieurs parties du tégument, tandis que sur le cuir chevelu des ulcérations se formaient à la place des croûtes impétigineuses qui recouvraient primitivement une partie du crâne.

Enfin l'enfant succomba le 19 août, sans avoir présenté de convulsions à la période ultime.

A l'autopsie, on vit couler un liquide limpide et transparent au moment où le crâne fut ouvert; ce liquide siégeait entre la dure-mère et l'arachnoïde. Au-dessous des méninges, on apercevait le cerveau qu'on pouvait comparer à une vessie remplie d'eau. On trouva les ventricules latéraux largement ouverts, le trou de Monro très dilaté, les couches optiques et le corps strié aplatis. La matière cérébrale était blanchâtre d'une façon uniforme, de telle sorte qu'on pouvait difficilement distinguer la substance grise de la substance blanche qui, fort peu abondante d'ailleurs, avait une épaisseur très restreinte, puisqu'elle ne dépassait pas 2 centimètres au niveau des ventricules latéraux. On découvrit sur plusieurs points, mais surtout au niveau des plexus choroïdes, de nombreux kystes dont plusieurs atteignaient le volume d'une grosse noisette. Le cervelet parut très légèrement aplati, mais à peu près intact; les pédoncules cérébraux étaient aussi aplatis, comme tassés sur eux-mêmes et plus écartés l'un de l'autre qu'à l'état normal.

On découvrit plusieurs caillots dans les sinus et en particulier dans le sinus droit. Les os du crâne, minces et transparents, présentaient, sur différents points de leur surface, des solutions de continuité assez étendues pour admettre l'extrémité du petit doigt. Ils se pliaient comme du carton sous l'influence d'une faible pression, mais ne se rompaient pas. On peut évaluer à près de 3 litres la quantité de liquide qui sortit de la cavité cranienne. Ce liquide se coagulait par la chaleur et contenait beaucoup de phosphates. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient complètement sains.

Le fait que je viens d'exposer ne pouvait laisser de doute au sujet de la façon dont on pouvait l'interpréter. Je me trouvais en face d'un enfant, arrivé à la fin de sa première année, chez lequel on n'avait rien remarqué d'extraordinaire au moment où il était venu au monde, mais dont la tête commença à prendre, deux mois après sa naissance, des proportions démesurées. L'excessif développement de l'extrémité céphalique devait nécessairement attirer notre attention, dès qu'il nous fut possible de le constater. On peut expliquer la macrocéphalie par l'hypertrophie cérébrale ou par l'hydrocéphalie; et c'est à l'hydrocéphalie seule qu'il faut penser quand il y a, comme dans le cas actuel, écartement des sutures, et quand on peut, sous les téguments craniens, sentir la fluctuation ou constater au moins que les membranes ne présentent pas de résistance à la palpation. Il est vrai que certains rachitiques ont aussi un crâne très volumineux; mais le rachitisme cranien coïncide habituellement avec d'autres irrégularités du squelette et l'on découvre en pareil cas, en examinant les maxillaires ou en portant son attention soit du côté du thorax, soit du côté des membres, des anomalies de conformation propres à faire disparaître toutes les difficultés d'appréciation, lorsque l'observateur conserve quelque incertitude. Chez le petit G... il n'était pas permis d'hésiter, et nous avions bien sous les yeux un exemple d'hydrocéphalie.

L'hydrocéphalie est parfois aiguë; elle se rattache presque toujours alors à des lésions tuberculeuses, s'observe chez de très jeunes sujets, ressemble dans sa symptomatologie à certaines méningites et amène promptement la mort. Peut-être aussi est-elle en relation chez quelques enfants avec l'albuminurie, et en particulier avec l'albuminurie scarlatineuse. L'épanchement que l'on trouve à l'autopsie, dans des faits de cette nature, est peu abondant; il occupe ordinairement les ventricules latéraux et est accompagné d'une légère infiltration œdémateuse du tissu cérébral et du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Mais quand on rencontre, comme dans notre observation, une tête volumineuse depuis longtemps, quand l'excès de volume est considérable, il est bien certain qu'il s'agit de l'hydrocéphalie chronique, et c'est là la véritable hydrocéphalie qui tantôt est congénitale et très promptement mortelle, tantôt se développe plus ou moins longtemps après la naissance, mais rarement après la fin de la troisième année.

On commença ici à s'apercevoir nettement de l'existence du mal au bout de deux mois et demi ou de trois mois, mais l'enfant continua à se développer régulièrement, et lorsqu'il fut mis sous nos yeux, nous ne découvrîmes, en examinant son abdomen, son thorax et ses membres, aucun défaut de symétrie et aucun vice de conformation de quelque importance. Il mourut dans le collapsus, probablement à la suite de troubles de la circulation intra-cranienne, car l'examen des viscères thoraciques ou abdominaux ne nous révéla aucune particularité qui ait pu expliquer un dénouement si rapide.

Certains hydrocéphales ont une tête asymétrique : ici la parité était complète entre le côté gauche et le côté droit, et l'on ne trouvait pas de déviation de la face. L'auscultation des fontanelles ne faisait pas découvrir de souffle céphalique, mais il paraît démontré que ce signe stéthoscopique, très fréquent chez les rachitiques, fait presque toujours défaut chez les hydrocéphales. Notre malade présentait, comme tous les enfants dans la catégorie desquels il mérite d'être classé, une extrémité céphalique comparable à une pyramide à base supérieure, et sa face semblait petite et comme raccourcie par rapport au grand développement qu'on observait du côté du crâne. Chez ce petit garçon, les cheveux étaient plus abondants et plus solides qu'ils ne le sont d'habitude dans l'hydrocéphalie. Il n'était probablement pas privé de la vue et paraissait être légèrement hyperesthésique; on ne constatait chez lui ni contracture, ni paralysie; sa physionomie chagrine et les gémissements continuels qu'il poussait correspondaient vraisemblablement à des douleurs siégeant dans la tête ou dans quelque autre partie de son corps.

On pouvait supposer, dans le commencement de son séjour à l'hôpital, qu'il vivrait longtemps, ou au moins que son existence se prolongerait pendant quelques mois, car il ingurgitait une grande quantité de lait et le digérait bien. Mais sa voracité cessa très vite, on vit survenir chez lui des perturbations intestinales qui furent promptement suivies de prostration progressive. Il mourut en définitive trois semaines après son entrée et avant d'avoir vécu une année

complète, tandis que certains hydrocéphales atteignent l'âge de quatre ou cinq ans et dépassent même la sixième ou la septième année. Quelques-uns atteignent l'âge adulte et l'on a cité des cas de guérison ; mais cette heureuse terminaison doit être regardée comme extrêmement rare et c'est à juste titre que Rilliet et Barthez ont contesté sa possibilité.

La circonférence du crâne, chez plusieurs hydrocéphales, a dépassé 80 centimètres ; nous avons compté, chez notre malade, près des sept huitièmes de cette longueur, en prenant nos mesures horizontalement, au niveau de la partie moyenne des pariétaux.

Ainsi que je l'ai dit, à propos de l'autopsie, on peut calculer qu'il s'est écoulé plus de 2 litres de liquide, lorsque la voûte cranienne a été enlevée ; on se rappellera aussi que ce liquide contenait un peu d'albumine et une assez forte proportion de phosphates. La substance cérébrale était, comme d'habitude, fort décolorée, généralement amincie, et comme aplatie ou comme tassée sur plusieurs points. Nous avons découvert, dans la profondeur de l'encéphale, plusieurs petits kystes, mais nous n'avons trouvé ni tubercules, ni intumescence limitée. Des dégénérescences de cette nature ont quelquefois expliqué l'accumulation de sérosité dans les cavités des ventricules.

Je suis peu partisan du traitement par les révulsifs qu'on a parfois tenté chez les hydrocéphales, et la compression ne me semble pas pouvoir être réalisée d'une façon sérieuse chez un enfant très difficile à déplacer et qui gémit sans cesse.

Les ponctions successives qui ont été pratiquées, à l'aide d'un petit trocart et d'un aspirateur, dans un cas cité par Despine et Picot, ont abouti à un résultat si promptement funeste, que je serais peu disposé à recourir de nouveau à ce moyen pour amener l'évacuation du liquide intra-cranien. Je crois donc que, vis-à-vis d'un enfant atteint de ce désolant état pathologique qu'on appelle l'hydrocéphalie, il faut savoir s'en tenir à la médication palliative et à quelques frictions résolutives avec les liquides astringents et les préparations iodées ou mercurielles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Rouvier, pour la section d'anatomie pathologique ; de M. Tanret, pour la section de pharmacie ; de M. Wassege (de Liège), pour le titre de correspondant étranger ;

2° Une lettre de remerciement de M. le docteur Sagnier, lauréat de l'Académie ;

3° Une observation de *Tumeur fibreuse de l'utérus* traitée par les injections d'ergotine, par M. le docteur Faure ;

4° Un travail de M. Zimmermann, médecin-major au Kef (Tunisie), intitulé : *Nouveaux arguments pour la théorie musculaire de l'accommodation ;*

5° Une lettre de M. Pinard qui offre à l'Académie, au nom de madame la vicomtesse Clary, veuve de Bretonneau, le portrait de Bretonneau peint par Berton.

M. Willemin présente, de la part de M. Jules Strœbel, médecin aide-major de première classe, un mémoire sur la *Vaccination animale*.

COMMUNICATION

Sur le poumon. — M. Marc Sée rappelle que le réseau capillaire des alvéoles pulmonaires forme une immense nappe sanguine dont l'étendue mesure, d'après Küss, 150 mètres carrés et dont l'épaisseur est celle d'un globule sanguin.

Ignorant quelle était la méthode de Küss, M. Sée a procédé pour ce calcul de la façon suivante :

Il a pris pour point de départ le volume moyen d'une vésicule pulmonaire, soit 2 dixièmes de millimètre, ce qui donne pour le volume de cette vésicule, 3 millièmes de millimètre cube. Ce volume entre plus de 1100 millions de fois dans le volume total de l'air reçu dans chaque inspiration, qui reste de 3400 centimètres cubes, après déduction faite de la capacité du cylindre bronchique, 125 centièmes de millimètre carré. Multipliant donc la surface d'une vésicule par le nombre des vésicules, il trouve que la surface respiratoire du poumon a une étendue de 130 à 135 mètres carrés. Ce chiffre diffère peu de celui de Küss.

M. Colin rappelle que la surface respiratoire du poumon, soit chez l'homme soit chez les animaux, a déjà été calculée très exactement par un certain nombre de physiologistes, notamment par Hales, dont l'ouvrage sur la statique des animaux a été traduit par Sauvages ; par M. Rochoux, qui a repris les calculs de Hales, etc.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES ET LEUCOMAINES

M. le Secrétaire perpétuel lit, au nom de M. Béchamps, membre correspondant, une note intitulée : *Observations relatives à une assertion de M. Gautier dans la discussion sur les ptomaïnes.* L'auteur de cette note prétend que M. Gautier s'est trompé lorsqu'il a cru avoir, le premier, démontré que les phénomènes généraux de la nutrition dans l'organisme animal sont de l'ordre des phénomènes appelés de fermentation ou de putréfaction. Cette démonstration, M. Béchamps la réclame comme sienne ; car, dès 1871, conformément à des recherches dont le début remonte à 1854, il s'exprimait ainsi devant l'Académie :

« L'être vivant, rempli de microzymas, porte donc en lui-même les éléments essentiels de la vie, de la maladie, de la mort et de la totale destruction. Et que cette diversité dans les résultats ne nous étonne pas trop, les procédés sont les mêmes. Nos cellules, c'est un fait d'observation de tous les instants, se détruisent sans cesse, par suite de fermentations fort analogues à celles qui succèdent à la mort. En entrant dans l'intimité des phénomènes, on pourrait vraiment dire, n'était le caractère choquant de l'expression, que *nous nous putréfions* sans cesse. »

Depuis lors, ayant mieux pénétré dans l'essence des phénomènes vitaux, conforme à la théorie des microzymas, il a répudié ce langage : Non, il n'y a pas de phénomène méritant d'être appelés de fermentation et de putréfaction. Nous ne nous putréfions pas : nous nous nourrissons. M. Béchamps demande en terminant qu'on lui réserve la parole pour une des séances prochaines.

M. Verneuil rappelle que, dès l'année 1869, il affirmait devant l'Académie l'existence dans les plaies d'un virus traumatique ; il admettait aussi, avec Panum, Bergmann et d'autres, la fermentation possible d'un poison chimique, qu'on appelait *sepsine* à cette époque.

Plus tard, il proclamait dans ses discours, dans ses écrits, que notre organisme était à la fois « une ménagerie, à cause des parasites animaux qu'il renferme ; une serre chaude, à cause des végétaux qui y germent ; enfin une usine à produits chimiques délétères ». Ceux-ci ont été très bien étudiés par M. Armand Gautier sous les noms de ptomaïnes et leucomaïnes.

M. Verneuil était donc disposé à reconnaître pour les maladies générales deux origines principales : 1° l'invasion de germes étrangers, puisés dans le milieu cosmique et nous pénétrant de dehors en dedans ; 2° l'adultération de notre milieu interne par les déchets provenant d'une nutrition diminuée, augmentée ou pervertie.

M. Verneuil ne demande pas mieux que d'adopter tout ce qui lui semblera démontré dans les théories empruntées à la physiologie pathologique et à la chimie biologique, aussi bien que dans la théorie microbienne. Il reconnaît la prépondérance du rôle de l'organisme lui-même pour les maladies d'origine physiologique. Mais pour les maladies d'origine microbienne, etc., ce rôle se réduit à subir, à multiplier ou à détruire, à refuser, à rejeter les germes sans que l'économie puisse bien entendu en créer un seul, en quelque moment et dans quelque condition que ce soit.

C'est assez dire que dans aucun cas M. Verneuil n'admet la spontanéité morbide au sens grammatical du mot, car ces altérations en plus ou moins de la nutrition impliquent nécessairement des causes ; et que d'une autre part la spécificité pathologique sous-entend d'une façon absolue l'existence d'êtres tout à fait distincts de ceux qu'ils envahissent.

Répondant à M. Léon Le Fort, au sujet de la première femme atteinte de fièvre puerpérale, dans la petite épidémie dont il a donné la relation, M. Verneuil croit pouvoir expliquer de la manière suivante le mécanisme de l'infection chez cette première victime. Cette femme était atteinte depuis dix-huit mois d'une fistule à la cuisse lorsqu'elle accoucha. La fistule recélait sans doute depuis une époque indéterminée un agent infectieux, peut-être celui de l'érysipèle, lequel n'est pas rare à la campagne, et peut engendrer aisément la fièvre puerpérale. Il n'y a pas loin de la cuisse à la vulve, et comme on n'avait pris sans doute aucune précaution pour isoler le foyer crural du traumatisme génital, celui-ci est devenu le siège d'une auto-inoculation, à distance donnant vraisemblablement naissance à une lymphangite infectieuse.

M. Verneuil s'étonne du scepticisme de MM. Léon Le Fort et Peter au sujet de cette explication si naturelle. En ce qui touche le parasitisme microbique, ils savent cependant qu'avec les apparences de la santé la plus florissante, on peut recéler en soi pendant un temps indéterminé, sans en être incommodé, le principe de certaines maladies : virulentes, comme la syphilis et la tuberculose, contagieuses comme l'érysipèle, endémiques comme le paludisme, etc.

Dès lors pourquoi ne pourrait-on pas recéler en soi le virus de la fièvre puerpérale sans en être personnellement molesté jusqu'à nouvel ordre?

Pour expliquer comment la première malade a été infectée, il suffit à M. Verneuil d'admettre que cette femme était d'abord *toxifère* sans être *intoxiquée*, mais qu'étant *intoxicable* elle s'est d'abord *auto-intoxiquée* à la faveur d'un trauma pour fournir enfin du poison et intoxiquer les autres.

MM. Léon Le Fort et Peter admettent qu'un abcès de la cuisse, affection banale, se combinant avec un état physiologique, le puerpérisme, peuvent à eux deux engendrer de toutes pièces, par l'intermédiaire d'un produit chimique, dit leucomaïne, une maladie générale infectieuse, contagieuse, spécifique au dernier point.

M. Verneuil laisse à ses collègues la responsabilité d'une telle assertion.

M. Peter affirme que l'organisme a tout fait, transformation ou création, que le microbe n'a été qu'un agent dont la nocivité purement adventice a été un produit de l'organisme dans un état d'activité spéciale, la puerpuralité.

M. Verneuil préfère de beaucoup à l'explication de ses collègues, celle qu'il a déjà donnée, car elle lui paraît plus simple, plus compréhensible et conduisant seule à des résultats pratiques.

En présence d'une femme enceinte ayant un abcès fistuleux à la cuisse, il aurait pris soin avant, pendant et après l'accouchement, de désinfecter cet abcès, ou bien encore, il aurait placé sur l'orifice fistuleux un pansement quelconque capable de l'isoler et de prévenir tout transport du pus de la cuisse à la vulve, ou enfin il aurait fait minutieusement et continué plusieurs jours de suite l'antisepsie des sous-génitales avec le sublimé ou tout autre agent parasiticide.

M. Verneuil a la conviction que si l'on eût agi ainsi en vertu d'une théorie qu'il croit bonne, la commune de La Ferté compterait encore les sept mères de famille que la fièvre puerpérale a enlevées.

« Et c'est ainsi, ajoute-t-il, que dans cinquante ans peut-être, la doctrine parasitaire, par la prophylaxie, sinon par la thérapeutique directe, aura conservé plus d'existences que toutes les théories et les systèmes de la vieille pathologie. »

M. CHARPENTIER. Tout d'abord on peut considérer comme absolument incontestable ce grand fait : la septicémie puerpérale est la manifestation sous des formes multiples d'une infection, d'une intoxication de la femme en couches. Elle s'accompagne toujours de la présence de microbes dans les tissus de la femme ainsi atteinte. Elle est d'ailleurs essentiellement transmissible, et l'on peut aujourd'hui grâce aux précautions antiseptiques, non seulement empêcher cette transmissibilité, mais supprimer pour ainsi dire la maladie elle-même.

De 10 à 15 p. 100, la mortalité est descendue à 1 p. 100 dans presque tous les services hospitaliers ; elle est devenue presque nulle en ville.

M. Charpentier examine successivement les deux questions suivantes :

1° Une femme en couches peut-elle produire à elle seule de la septicémie puerpérale, faire de l'*auto-infection* en l'absence de tout agent septique transmis?

2° Étant admis que la septicémie est toujours le résultat d'un agent infectieux, quelle est la nature de cet agent?

A la première question il répond par la négative, tout en reconnaissant que, malgré les progrès réalisés depuis l'antisepsie, on observe encore de temps en temps quelques cas isolés de septicémie puerpérale. Ils se produisent malgré tous les soins, toutes les précautions.

Pour les expliquer, on a imaginé en Allemagne la théorie intestinale. Mais c'est un point qui est encore loin d'être élucidé aujourd'hui.

En présence de tels faits, on se pose une double question :

La femme a-t-elle été contagionnée malgré tout par la plaie utérine? L'a-t-elle été par une infection autogénétique (intestinale ou autre)?

Quoi qu'il en soit, le terrain est d'une grande importance ; et si les agents infectieux, si les microbes se multiplient si rapidement chez la femme en couches, c'est qu'ils y trouvent un terrain tout préparé renfermant déjà en grande abondance des matériaux morts.

Chez la femme dont a parlé M. Le Fort, il est probable que les choses se sont passées comme l'a dit M. Verneuil. C'est parce que le terrain, qui était déjà mauvais, l'est devenu davantage, que le microbe s'est multiplié dans un milieu de culture qui lui convient à merveille. La fistule a dû jouer un rôle dans l'infection de cette malade. soit que le microbe pathogène renfermé dans le pus ait été porté directement au contact des voies génitales, soit qu'il ait été résorbé dans la fistule même, sous l'influence de la dépression de la femme.

Ainsi, toute la différence entre l'opinion de M. Peter et celle de M. Charpentier consiste en ceci : pour celui-là, le terrain est tout, tandis que, aux yeux de celui-ci, il ne joue que le second rôle.

Pour M. Charpentier, le microbe est l'agent principal ; sans lui, pas d'infection possible, et c'est parce qu'il trouve dans la puerpéralité des conditions favorables à sa multiplication et à son absorption que la septicémie s'est développée.

Si M. Peter veut le convaincre, il faudra qu'il démontre par des faits qu'il n'existe pas chez la femme puerpérale de microbes pathogènes isolables, capables de reproduire la septicémie expérimentalement. Or les travaux de Doléris, Tiegel, Klebs, etc., ont démontré qu'il existe bien de tels microbes.

Dans les cas où c'est la forme lymphatique de la maladie qui prédomine, ce que l'on rencontre le plus souvent c'est le *micrococcus en chapelet*.

Dans les septicémies sanguines, les affections à forme lente avec thrombus septiques et foyers secondaires dans les embolies métastatiques, c'est le vibrion en *points doubles*, le *diplococcus*, ou

en points multiples, le *staphylococcus;* inoculés, ces microbes ont toujours reproduit la septicémie. On en peut conclure que ce sont eux qui sont les agents réels et efficaces de cette septicémie.

LECTURE

Le daltonisme chez les employés de chemins de fer. — M. WORMS. La sécurité en matière d'exploitation des chemins de fer étant basée en partie sur la perception nette de signaux colorés, il est de toute nécessité d'écarter du service les agents qui sont appelés par leurs fonctions à diriger les trains d'après la couleur des signaux placés sur la voie, ou à manœuvrer ces signaux et qui sont incapables de distinguer les signaux rouges des signaux verts. M. Worms, médecin en chef de la Compagnie du Nord, a fait porter ses recherches sur 11497 agents du service actif, parmi lesquels on a trouvé 224 individus ayant une certaine imperfection du sens chromatique, dont 61 seulement, soit 5 4/10 pour 1000 confondent le vert et le rouge : et encore tous ces agents ont été écartés du service actif après cette expertise, et l'on peut être assuré que jamais il ne se produira un accident par suite du daltonisme. M. Worms pense qu'il serait bon de faire faire dans les écoles une certaine gymnastique des couleurs pour diminuer la proportion encore considérable du daltonisme.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXVI

1826.

Le 1er juillet, la première Société de secours mutuels, dont je fus membre fondateur, est instituée à Saint-Sever. Cette œuvre de bienfaisance, établie pour l'amélioration matérielle et morale des ouvriers qui paient un franc par mois de cotisation, a été et sera toujours d'une incontestable utilité ; vu le nombre croissant des sociétaires, d'autres Sociétés analogues ont été successivement organisées.

12 octobre, naissance de mon fils Gustave.

1827.

Le 5 mai, un voiturier de Mont-de-Marsan vint nous prendre, au nombre de cinq personnes, avec nos bagages, pour nous transporter à Bordeaux par la grande route de Bordeaux-Bayonne, qui, sous l'Empire, avait été pavée en bois pour le passage des troupes. Au relai de Captieux, triste bourgade où nous devons passer la nuit, après une journée de pluie battante, je constatai, au milieu de l'étonnement général, que nos malles n'étaient plus derrière la voiture ; le postillon fit sur la route parcourue des recherches inutiles. Cette mésaventure avait eu des précédents sur cette même route. Après avoir consulté la bourse de poche, on décida de poursuivre le voyage. Arrivés à Bordeaux, nous dûmes courir les magasins pour réparer les désastres de notre naufrage terrestre. Le soir même de l'arrivée, nous allâmes au spectacle du Petit-Théâtre ; par une coïncidence bien singulière, on jouait un vaudeville, *les Habits d'emprunt*, plein d'allusion à notre situation. Au retour de ce voyage d'agrément, nous fîmes verbaliser à Captieux, mais sans espoir et sans résultat.

1827-1859.

Vers la fin de mai 1827, je fis avec M. de B..., mon ancien professeur, une excursion botanique aux coteaux des *Caubous* ; cette excursion avait pour M. de B... le charme d'un vieux souvenir pour un ami défunt dont l'habitation était sur le plateau que terminent ces coteaux. Ceux-ci, tout à fait dénués de culture et éminemment sauvages, sont séparés de ceux de Samadet par le Gabas et leurs versants regardent l'ouest. Nous laissâmes la voiture au bas de la côte d'Aubagnan et nous suivîmes à pied un chemin qui passe près de l'ancienne résidence de Corisandre d'Andouin, maîtresse de notre Henri IV, aujourd'hui simple tuilerie. Trente-deux ans après cette excursion, c'est-à-dire à la fin de mai 1859, l'antique amant de Flore, suboctogénaire, se mit en tête, par un beau jour, d'aller revoir les coteaux de Caubous avec son fils Albert. Dès six heures du matin, nous sommes en cabriolet, ayant pour automédon mon fidèle serviteur Jean. Après avoir traversé les villages de Coudures et Samadet, nous descendîmes à Arboucave et, après une courte station chez M. le curé, nous exécutâmes *pedibus*, pendant cinq heures, nos explorations, guidés par un petit paysan qui portait nos provisions. M. le curé nous accompagna jusqu'à une fontaine qui jouit d'une certaine réputation médicale, à une demi-lieue du village. Cette fontaine consiste en une filtration d'eau sur le plan vertical d'une roche calcaire, couverte en cet endroit de Capillaires de Montpellier, *Adianthum capillus Veneris ;* l'eau n'a ni odeur ni saveur, mais elle est saumâtre et dépose au bas de la roche des incrustations ou stalagmites calcaires ; plus bas, elle s'accumule dans une sorte de bourbier où les croyants vont la puiser. Nous devions aboutir à Batz, chez mon ami P... ; mais, mal dirigés par le petit villageois, nous gagnâmes trop tôt le haut de la colline ; nous fîmes beaucoup de marches et de contremarches avant d'arriver à la maison où le cabriolet nous attendait depuis deux heures. Notre erreur d'itinéraire nous fit découvrir une plante qui me fit célébrer le système des compensations d'Azaïs ; l'*Epipactis cordifolia*, que je voyais vivante pour la première fois, abondait dans une lande voisine de la crête du coteau ; j'en fis ample récolte. Non seulement on ne l'a jamais trouvée dans notre département, mais elle n'est point citée dans la flore agenaise et paraît fort rarement dans les Pyrénées. Les hôtes de cette maison étaient absents ; à six heures du soir, nous rentrâmes au logis de Saint-Sever.

Bouquet des Caubous.

Epipactis cordifolia.	Thesium linophyllum.
Orchis pyramidalis.	Galium constrictum.
Orchis bifolia.	Crepis taraxacifolia.
Ophrys arachnites.	Adianthum capillus Veneris.
Ophrys muscaria.	Quercus pubescens.
Serapias lanciflora.	Orobanche.

En septembre et octobre 1827, les feuilles de la rave de nos champs, *Brassica napus*, ont été dévorées dans toute la contrée par une chenille rare, d'un noir opaque avec un liséré latéral pâle, et longue de sept lignes, appartenant à un lépidoptère nocturne dont je n'ai pas déterminé l'espèce et qui doit être une *noctuelle ;* elle ronge toute la pulpe de la feuille en ne laissant que les côtes principales.

1829.

En février et mars 1829, l'évêque d'Aire, Monseigneur de Savi, vint à Saint-Sever pour donner une grande mission apostolique, secondé par plusieurs prédicateurs du diocèse. Ce prélat était âgé de soixante ans, d'une taille avantageuse, bonne et belle figure sacerdotale, d'un zèle apostolique des plus ardents ; aussi, malgré la force de sa constitution, sa piété évangélique dépassa la mesure de ses forces physiques. Dans le cours de ses tournées pastorales, il eut plusieurs atteintes de congestion, et, après un petit nombre d'années d'épiscopat, il dut se résigner à prendre sa retraite. Pendant son séjour à Saint-Sever, Monseigneur de Savi habitait la maison voisine de la mienne, qui appartenait alors à un religieux dominicain. Mes enfants en bas âge allaient souvent lui faire visite ; il les accueillait toujours avec la plus parfaite bonté. Le 30 mars, eut lieu la plantation solennelle de la croix, à l'angle extérieur du mur de clôture de l'hôpital ; trente prêtres assistaient le saint évêque et les populations de toutes les paroisses voisines s'étaient jointes à celles de la cité.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 125.

1830.

Le rigoureux hiver dont j'ai parlé ailleurs fut fatal à beaucoup de vieillards; mon excellente mère nous fut enlevée dans la nuit du 22 janvier; âgée de quatre-vingt-un ans, elle ne fut alitée que pendant neuf jours. Sa maladie s'accompagna de symptômes variés qui ne se rattachaient à aucune affection déterminée; tous les appareils de la vie donnèrent successivement des signes de lésions fonctionnelles; pas une douleur locale, pas une plainte exprimée; la faiblesse générale progressive, le trouble notable des fonctions de l'entendement révélaient une cause unique, l'âge. Elle s'éteignit doucement, graduellement, comme la mèche enflammée où l'huile n'arrive plus. En recevant avec toute la résignation d'une âme chrétienne l'extrême-onction, elle prouva que tous les sens n'étaient pas éteints, car elle dit : « Curé, vos saintes huiles sentent le rance. » Ma mère, d'une taille ordinaire, avait le corps maigre mais bien pris; son esprit était infini, aimable et gai, sa mémoire très ornée; elle avait une grande bonté; son caractère, d'une extrême vivacité, contrastait avec le calme de mon père. Malgré ce contraste des caractères, jamais ménage ne fut plus uni, plus serein, plus exemplaire que celui-là.

Le 26 avril, à la séance de l'Académie des sciences, sur la proposition de l'illustre Cuvier, j'eus l'honneur d'être élu correspondant de l'Institut (section d'anatomie) par 45 suffrages sur 51 votants.

Le 15 août, naissance de ma fille cadette.

1831.

Le 12 juillet, le général Lamarque fut délégué par la chancellerie de la Légion d'honneur pour me remettre la croix de chevalier. L'assistance était nombreuse dans le salon de son hôtel; je n'ai retenu du discours spirituel et flatteur qu'il m'adressa que le titre de maréchal de la science qu'il donnait à Cuvier; dans cette même soirée, il remit aussi la croix d'honneur au fils de son ancien camarade, Charles Darricau, officier distingué qui venait de faire ses premières armes à la prise d'Alger et qui, aujourd'hui, 1859, est directeur de l'administration au ministère de la guerre, intendant militaire, conseiller d'État.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — A la liste que nous avons donnée des candidats de ce concours qui commence lundi prochain 1er mars 1886, nous devons ajouter le nom de M. le docteur Ramonède, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, qui n'était pas encore inscrit à ce moment-là, et nous devons retrancher le nom de M. Leroy porté par erreur sur la liste officielle, de sorte que le nombre véritable des candidats reste fixé à trente-huit : vingt-huit pour l'agrégation de chirurgie et dix pour l'agrégation d'accouchements.

— Par décret, en date du 19 février 1886, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Debout;

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Wickeirstheimer et Ménard;

Au grade de médecin aide-major de première classe : M. Fiole;

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Plante, Petit, Hoël, Bisson, Cuny, Fouchard, Le Gal et Callais.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1886, la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Sont nommés assesseurs dans les Facultés de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Faculté de médecine de Paris : M. le professeur Brouardel;
Faculté de médecine de Bordeaux : M. le professeur Coyne;
Faculté de médecine de Lille : M. le professeur Folet;
Faculté de médecine de Lyon : M. le professeur Gayet;
Faculté de médecine de Montpellier : M. le professeur Grasset;
Faculté de médecine de Nancy : M. le professeur Heydenreich;
École de pharmacie de Paris : M. le professeur Milne-Edwards;
École de pharmacie de Montpellier : M. le professeur Planchon;
École de pharmacie de Nancy : M. le professeur Schlagdenhauffen.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Delpeuch (A.-L.-J.) est nommé médecin de l'octroi de Paris, en remplacement de M. le docteur Delaporte, nommé médecin en chef de la même administration.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un concours pour la nomination à un emploi de chef des travaux de physiologie s'ouvrira le samedi 13 mars prochain. Les candidats devront être inscrits au plus tard le vendredi 12 mars et avoir déposé en même temps les pièces nécessaires. La durée des fonctions de chef des travaux de physiologie est fixée à six années et le traitement annuel au chiffre de 1 500 francs.

— La proposition suivante a été déposée sur le bureau du Conseil municipal de Paris dans la dernière séance :

« En attendant qu'un service pharmaceutique municipal puisse être institué, un service pharmaceutique gratuit sera organisé à bref délai. Le médecin requis pour une visite de nuit réglera son ordonnance sur une feuille qui lui sera fournie par la préfecture de police, et les médicaments prescrits seront délivrés gratuitement par les maisons de secours du bureau de bienfaisance ou par les pharmaciens de la ville, au tarif du bureau, dans le cas où ces médicaments ne feraient point partie du *Formulaire* de l'Assistance publique. »

— De nouveaux cas de choléra se sont déclarés à Venise en assez grand nombre ces jours derniers, pour qu'une quarantaine de cinq jours soit dès maintenant imposée aux provenances de l'Adriatique.

— Le gouvernement belge vient de désigner officiellement MM. les docteurs de Bruyn et Peeters pour suivre les expériences de M. Pasteur, sur les inoculations antirabiques.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Mouly, décédé à Saint-Afrique (Aveyron), à l'âge de trente-deux ans.

— Le comité du Concours universel de l'enfance, sur la proposition de ses membres de patronage, ouvre un concours entre tous les médecins français pour la rédaction d'un ouvrage illustré destiné aux femmes de France et portant pour titre : *Le livre des mères.*

Ce livre ne devra pas excéder cinquante pages in-8° du texte imprimé. Il devra être rédigé dans un style clair, simple, et sera illustré, selon les indications de l'auteur, de vignettes explicatives.

Le livre des mères devra être divisé en trois parties :

La première partie, sous une forme anecdotique, narrera les préjugés populaires concernant l'élevage des enfants en bas-âge et les combattra en exposant les préceptes d'hygiène naturels et scientifiques.

Dans la deuxième partie, l'auteur exposera le régime à suivre pendant la grossesse; il décrira l'alimentation la plus rationnelle, les soins à donner aux nouveau-nés, puis aux enfants du premier âge, les moyens de les préserver des épidémies infantiles, du muguet, du carreau, des coliques, de la diphtérie, etc., et de les soigner en cas de maladie avant l'arrivée du médecin. Il indiquera la manière de substituer l'allaitement mixte à l'allaitement maternel, lorsque ce dernier est insuffisant. Il traitera des soins de propreté personnelle, nécessaires aux petits enfants, tels que bains, rechange de vêtements, promenades, etc.

Enfin la troisième partie indiquera scientifiquement l'usage, les qualités requises et le temps d'emploi des objets et des aliments indispensables aux enfants en bas-âge.

Sous aucun prétexte, l'auteur ne recommandera des articles commercialement connus. Il se bornera à exposer dans son travail les qualités qui doivent les recommander aux parents.

Les manuscrits, signés d'une devise qui sera reproduite à l'intérieur d'un pli cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur, devront être envoyés au bureau du Concours universel de l'enfance, 33, rue de Pontoise, à Paris, jusqu'au 30 avril 1886 inclusivement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19104.

N° 25. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 27 FÉVRIER 1886. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Une séance du service des autopsies au laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons parlé dans le temps, mais seulement pour mémoire, nous réservant d'y revenir à l'occasion, du service des autopsies institué dans le laboratoire des cliniques de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, placé sous la direction du professeur d'anatomie pathologique, M. Cornil.

M. Cornil fait plus et mieux que de diriger ce service, il fait lui-même avec sa grande habileté et un zèle au-dessus de tout éloge, toutes les autopsies, non seulement celles des sujets qui proviennent des services de clinique, mais encore celles qui lui sont confiées par les chefs de tous les autres services. Ces autopsies sont faites en présence des élèves et des médecins qu'elles peuvent intéresser. Afin que rien n'en soit perdu pour l'enseignement, le professeur les accompagne des recherches histologiques et des démonstrations orales ou schématiques qu'elles comportent, et il initie et dresse les élèves aux procédés et à la technique des études microscopiques et microbiques, dont tous les éléments sont largement mis à leur disposition. Plus d'une fois nous avons été tenté d'entretenir ici les lecteurs de la Revue des faits nécroscopiques plus ou moins intéressants dont nous y avons été témoin, mais nous en avons presque toujours été détourné par l'intérêt plus actuel ou plus vital des faits cliniques proprement dits. La semaine dernière, une circonstance particulière ayant provoqué d'une manière plus spéciale notre attention sur cette partie complémentaire si utile de l'enseignement clinique, nous n'avons pas voulu laisser échapper cette occasion d'en dire un mot.

Nous avions été prévenu que M. Cornil devait faire le lendemain l'autopsie d'un malade de la ville, homme vigoureux, fortement constitué, encore dans la force de l'âge, appartenant à ce qu'on est convenu d'appeler la classe du monde, et qui avait succombé presque subitement à la suite de quelques accidents morbides mal définis et qui n'avaient pu être qu'assez incomplètement observés. Homme d'un grand savoir, voué toute sa vie au culte et à l'enseignement scientifique, laissant inachevée une œuvre didactique importante, il avait voulu encore qu'après sa mort son corps fût utile à la science, et il avait, en conséquence, formulé expressément dans ses dispositions testamentaires la volonté que son autopsie fût faite par le professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine, et que son cadavre fût livré ensuite aux élèves pour être disséqué.

Quelques mots seulement sur son histoire pathologique très succincte.

M. B..., ancien élève de l'École polytechnique, professeur de mathématiques dans plusieurs institutions de Paris, auteur d'ouvrages scientifiques classiques, âgé de quarante-quatre à quarante-cinq ans, meurt subitement le 10 février, sitôt rentré chez lui, après une défaillance qu'il avait eue en faisant son cours. On a su depuis par les médecins qui lui avaient donné leurs soins que M. B..., qui était un grand fumeur en même temps qu'un grand travailleur, avait éprouvé antérieurement des congestions pulmonaires, des accès d'étouffement se rapprochant de l'angine de poitrine ; qu'il avait ressenti, en outre, une tension douloureuse au niveau de l'ombilic, qui lui avait fait croire à l'existence d'une hernie ombilicale ; qu'enfin, depuis plusieurs années, il s'était plaint de souffrir de la vessie, sans qu'il y eût d'ailleurs aucun obstacle ni aucune difficulté de la miction.

Le corps de M. B... ayant été porté à l'Hôtel-Dieu, le 12 au soir, conformément à la volonté exprimée de son vivant, l'autopsie a été faite par M. Cornil en présence des médecins sus-indiqués et des élèves, auxquels je me trouvais mêlé. En voici le procès-verbal dicté séance tenante et que, pour plus de garantie d'exactitude, nous reproduisons dans ses principales parties, d'après la relation que M. Cornil en a faite lui-même depuis, dans le *Journal des connaissances médicales*.

Le corps, dans un état de décomposition assez avancé (la mort remontait à près de quarante-huit heures) présentait de l'embonpoint et une forte musculature. Le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt. Rien de notable dans les organes abdominaux, si ce n'est une surcharge graisseuse du grand épiploon. Point de hernie ombilicale.

Dans la poitrine, on constate un peu de sérosité rougeâtre dans le péricarde. Le cœur est volumineux, la paroi du ventricule gauche est hypertrophiée, l'orifice aortique

est suffisant. L'orifice mitral dilaté permet l'introduction de trois doigts ; il se ferme lorsqu'on place le ventricule dans l'eau, mais malgré la mobilité des valves, la fermeture de l'orifice reste incomplète. Il mesure 11 centimètres 1/2. Il existe une petite plaque jaune sur l'une des valves.

L'aorte est athéromateuse à son origine ; on y distingue, immédiatement au-dessus des valvules aortiques, une induration en forme de bourrelet de 1 centimètre environ, très dure et comme cartilagineuse, située entre les tuniques moyenne et externe ; sa surface, inégale, présente dans toute sa partie thoracique des plaques d'athérome ulcérées, irrégulières, étoilées, pigmentées à leur bord et à leur surface. L'une de ces plaques a 2 centimètres de diamètre. Au-dessous du diaphragme, près du tronc cœliaque, on constate une dilatation très notable, dont la circonférence atteint 9 centimètres au lieu de 6 qu'elle mesure dans l'aorte thoracique.

A la partie antérieure du vaisseau, un peu au-dessus de l'origine du tronc cœliaque, existe un petit anévrysme cupuliforme, présentant un relief hémisphérique à sa surface. La tunique externe, ainsi que le tissu conjonctif, offrent à ce niveau une pigmentation ecchymotique. L'orifice de ce petit anévrysme mesure à la surface de l'aorte 2 centimètres 1/2 de diamètre dans le sens longitudinal. Il est rempli de caillots fibrineux concrétés, lamellaires ; sa paroi est formée en grande partie par les caillots fibrineux adhérents. Ces caillots détachés, la partie externe formée par la tunique externe de l'aorte est très mince.

Les artères coronaires offrent aussi quelques points jaunes et de petites plaques athéromateuses, sans rétrécissement notable de leur calibre. L'artère pulmonaire est normale, ainsi que son orifice. Les parois ventriculaires sont épaisses (6 millimètres pour le ventricule droit, 18 pour le gauche).

Les deux poumons présentent de la congestion aux lobes inférieurs, et un peu d'emphysème au bord antérieur à droite et au lobe supérieur à gauche.

Le foie est gras, uniformément rouge à sa surface, très congestionné. Les reins d'un volume normal, lisses à leur surface, sont très congestionnés surtout au niveau des glomérules.

La vessie, dilatée, a ses parois épaissies et sa muqueuse parsemée dans toute son étendue de granulations tuberculeuses miliaires récentes semi-transparentes, entourées d'une zone vasculaire ou pigmentée. Il n'y a de tubercules nulle autre part, ni dans la prostate, ni dans les bassinets, ni dans les uretères, ni dans les testicules, ni dans le foie, ni dans les poumons. L'épididyme gauche, sur lequel on avait constaté au palper une induration, contient trois petits kystes ; la prostate est un peu volumineuse.

Le cerveau, le cervelet, le bulbe, et leurs membranes, sont dans un état normal.

Cette curieuse autopsie montre, comme on le voit, deux sortes de lésions appartenant à deux processus morbides différents : des altérations athéromateuses des artères et particulièrement de l'aorte qui en était atteinte dans toute son étendue, depuis son point d'origine jusqu'à sa bifurcation, plus un petit anévrysme dans sa partie antérieure abdominale ; une hypertrophie des parois cardiaques, une congestion du foie, des poumons et de la rate ; enfin une éruption tuberculeuse miliaire récente très intense de la vessie, tuberculose absolument isolée, sans trace aucune dans aucun autre viscère.

Chacune de ces lésions principales, l'athérome aortique et la tuberculose vésicale, mérite que nous y revenions en les rapprochant de quelques autres faits récents analogues. C'est ce que nous ferons dans l'une des Revues prochaines.

Éruption pustulo-papuleuse syphilitique généralisée, à la suite d'un cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Un homme de cinquante-huit ans, robuste, bien constitué, est entré à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lancereaux, le 18 janvier, amené par sa femme. Cet homme avait une éruption datant d'un mois. Elle envahissait le tronc, les membres, et une partie de la tête. C'était une éruption papulo-pustuleuse. Les papules, développées sur les parties pileuses du corps, étaient surmontées de pustules d'une couleur blanchâtre à leur sommet, à base indurée et rouge, passant graduellement à la couleur cuivrée ou maigre de jambon, remplies d'un liquide très visqueux, et une fois vidées de leur contenu se desséchant et se détachant en squames, pour laisser comme dernière trace une tache brunâtre. Tels étaient les caractères de ces pustules et les diverses phases d'évolution qu'elles parcouraient. On en voyait à ce moment à tous les degrés, les unes toutes récentes, d'autres à la période de suppuration, d'autres en état de dessiccation et de desquamation, et d'autres, enfin, à l'état de simples taches.

Ces pustules se montraient en nombre prédominant, à la partie postérieure du tronc et des membres ; elles étaient plus volumineuses aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs ; leur volume était presque le double. On en voyait à peine quelques-unes sur la face ; sur le cuir chevelu elles étaient en plus grand nombre et plus saillantes. Il n'y en avait ni aux mains, ni aux pieds.

On constatait en même temps, chez cet homme, quelques signes d'une affection du système lymphatique. Au niveau de la ligne courbe occipitale postérieure, on sentait un ganglion dur; on en trouvait un plus gros, du volume d'un marron environ, sous le maxillaire, du côté droit, et quelques autres plus petits au pourtour.

Le malade n'avait point de fièvre, il conservait de l'appétit et ses fonctions générales étaient assez bonnes, sauf toutefois quelques insomnies dues probablement à un certain degré d'alcoolisme. Lorsqu'on l'interroge sur les circonstances qui ont précédé et accompagné le début de cette éruption, il répond qu'il avait éprouvé un sentiment de fatigue, de courbature générale.

Les caractères de cette éruption, pustules et vésicules surmontant une base papuleuse indurée, s'accompagnant d'engorgements ganglionnaires dans la région sous-occipitale et sous-maxillaire, ne pouvaient se rapporter qu'à une syphilis secondaire. Mais quel en avait été l'accident primitif ?

Le malade affirmait n'avoir point eu de chancre et ne s'y être point exposé. Il n'en portait effectivement aucune trace aux parties génitales ; l'examen de la bouche ne révélait rien de particulier. Sa femme était saine et l'avait toujours été.

De questions en questions, on finit par apprendre que cet homme, étant sourd, était allé consulter un spécialiste, pour les oreilles ; qu'il lui avait pratiqué, à deux reprises, le cathétérisme de la trompe d'Eustache, une première fois le 13 septembre dernier, la seconde fois le 15 novembre ; ce dernier cathétérisme avait été suivi d'un saignement par

le nez. Étant connu que cette opération faite sans précautions avec un instrument ayant déjà servi pour d'autres malades, avait déjà plusieurs fois été le véhicule à la syphilis, la pensée vint de suite à l'esprit de M. Lancereaux que telle avait été dans ce cas la porte d'entrée du virus syphilitique. La contamination aurait eu lieu le 13 septembre, lors du premier cathétérisme, ce qui répondait assez bien à la durée de l'incubation des accidents secondaires; et le saignement amené par le deuxième cathétérisme, le 15 novembre, indiquait qu'un chancre existait déjà à cette époque dans les profondeurs des fosses nasales. Ce serait, en effet, trois mois après l'inoculation, au mois de décembre, que se serait manifestée l'éruption encore en évolution aujourd'hui.

Si nos lecteurs veulent bien se reporter de quelques années en arrière, ils retrouveront dans la collection de la *Gazette* une première communication faite en 1866 par M. Lailler à la Société médicale des hôpitaux, sur un fait de ce genre, qui s'est reproduit depuis un assez grand nombre de fois. On trouverait bien, en compulsant les journaux de cette époque, une douzaine d'observations environ, provenant pour la plupart du même cabinet de consultation, et dans lesquelles la syphilis n'avait pas eu d'autre origine.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache n'est pas d'ailleurs le seul procédé d'exploration ou d'intervention chirurgicale qui ait servi d'introducteur au virus syphilitique.

La sonde uréthrale, le spéculum, les divers instruments servant aux opérations dentaires, le laryngoscope, la lancette à vaccination, l'appareil à circoncision, le scarificateur, l'aiguille à tatouage, le rasoir ou le peigne du coiffeur en ont été plus d'une fois le véhicule. Combien de cas de ce genre sans compter ceux qu'entraînent certaines manœuvres professionnelles, telles que celle des verriers, par exemple, ont-ils pu être ignorés et passer inaperçus!

Quoi qu'il en soit de cette origine, la syphilis ainsi inoculée par l'une de ces voies d'effraction insolite, est en général plus grave et plus maligne que celle qui est contractée par les voies génitales dans les conditions ordinaires. C'est ce qu'il importe surtout de savoir pour la direction du traitement à instituer. Mais l'enseignement le plus important qui ressort surtout de la connaissance de ces faits, c'est la rigoureuse nécessité qui s'impose, soit dans les opérations chirurgicales ou les explorations, comme dans toutes les manœuvres spéciales ou détails de toilette qui nécessitent la mise en contact d'un instrument quelconque avec une surface du corps naturellement ou accidentellement absorbante, d'entretenir ces instruments dans le plus parfait état de propreté et de les passer même, pour plus de sûreté, avant de s'en servir, à l'épreuve des agents désinfectants.

M. Lancereaux a, comme on le pense bien, insisté particulièrement sur ce point de vue prophylactique.

Pour en revenir au malade qui a été le sujet de ces considérations, il a été mis, sans attendre plus longtemps, à l'usage de deux pilules de Sédillot par jour et à l'iodure de potassium.

Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente. — Différences d'indications.

On sait avec quelle sorte de prédilection M. le professeur Trélat a étudié, dans ces derniers temps, les lésions staphylo-palatines, soit dans leur origine et leur nature, soit au point de vue des indications opératoires, de la période de l'affection ou de l'âge des malades où il convient de les opérer et des procédés auxquels il y a lieu de donner la préférence.

Plusieurs de ses communications à l'Académie ou de ses leçons cliniques à l'hôpital, sur ce sujet, sont pleines d'enseignements. Telle est l'une des leçons dans laquelle il a présenté à son auditoire trois jeunes femmes atteintes de lésions du voile du palais. Elles sont âgées, l'une de dix-neuf ans, la deuxième de vingt, et la troisième de vingt-six ans. Leur examen était intéressant au double point de vue de l'étiologie, d'une part, et, d'autre part, au point de vue des indications thérapeutiques.

En fait d'étiologie, il y a longtemps que l'on sait que la syphilis intervient souvent dans la production de ces lésions, en déterminant le développement dans l'épaisseur du voile du palais de gommes qui se ramollissent, s'ulcèrent, suppurent et laissent après elles des traces persistantes des destructions qu'elles ont amenées. Mais, fait remarquer M. Trélat, on savait moins bien s'il n'y avait point d'autres causes susceptibles de produire les mêmes effets. Des études bien faites à cet égard ont conduit effectivement à reconnaître que des lésions semblables pouvaient dépendre d'autres processus morbides que de la syphilis, de la scrofule et de la tuberculose, par exemple. Il y a des gommes scrofuleuses qui amènent des ulcérations et des perforations consécutives du voile du palais, tout comme les gommes syphilitiques. On a eu plusieurs fois déjà l'occasion de faire des opérations de staphylorrhaphie pour des pertes de substance palatine de cette origine. M. Trélat a vu une fois une division palatine survenir à la suite d'un abcès aigu; mais dans les cas de ce genre, l'ulcération n'est jamais durable et la guérison s'en fait rapidement.

A quelle catégorie appartenaient les trois malades qui ont passé successivement sous nos yeux? C'est ce que l'on va voir.

La première, jeune fille de dix-neuf ans, blonde, de constitution molle, a eu dans son enfance des accidents strumeux, dont il lui reste encore les stigmates, cicatrices blanches, gaufrées sur plusieurs parties du corps, et en particulier autour du cou. Rien de syphilitique, aucun antécédent, aucun signe actuel qu'on y puisse rapporter. Cette jeune fille présente tous les attributs d'un tempérament essentiellement scrofuleux.

C'est en juillet dernier qu'elle a accusé pour la première fois un mal de gorge; elle avait, dit-elle, dans la gorge, des plaques grisâtres. Lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, elle portait une ulcération allongée, à fond gris jaunâtre, le long du raphé et du bord libre du voile du palais. Elle a un léger nasonnement en parlant, mais sans altération sensible de l'articulation.

Il n'y a lieu chez elle à aucune intervention chirurgicale, il y a toute raison d'espérer que sous l'influence du traitement antiscrofuleux auquel elle est actuellement soumise, huile de foie de morue à hautes doses, badigeonnage des surfaces malades avec la teinture d'iode et un bon régime approprié, elle guérira, sans opération.

La deuxième malade, âgée de vingt ans, extrêmement chétive, paraissant en avoir tout au plus quatorze ou quinze, ayant la peau de la face d'une teinte grisâtre, a eu aussi dans son enfance des abcès strumeux, une conjonctivite suppurée. Elle a une division palatine à bords épais, dont l'un est cicatrisé, l'autre en voie de cicatrisation; elle a, de plus, des adhérences solides du voile du palais avec les parties postérieures. On remarque, en outre,

chez elle, une déformation du nez, sorte de cassure dont l'origine lui est inconnue ; les dents sont mauvaises, et au-dessous de l'oreille droite on voit des cicatrices gaufrées ; elle en a également sur la cuisse droite ; et au niveau des hanches, des deux côtés, on trouve des vergetures. Enfin cette fille est mal réglée.

En présence de toutes ces circonstances, il est très difficile de se prononcer tout d'abord sur le véritable état de cette malade. On peut se demander si l'on ne serait pas en présence d'une syphilis héréditaire. On ne connaît d'autre antécédent dans sa famille que la phthisie à laquelle sa mère a succombé. Elle a eu, dit-elle, un abcès du voile du palais un mois avant son admission à l'hôpital ; mais les adhérences solides contractées par une portion de ce voile avec les parties voisines indiquent une origine de la maladie beaucoup plus ancienne. Il y a du nasonnement et de la difficulté d'articuler.

La troisième malade est une femme de vingt-six ans, d'une physionomie agréable et paraissant avoir une certaine éducation. Elle ne présente actuellement rien de particulier, ni comme caractère diathésique, ni comme tare extérieure. Mais son histoire est très compliquée. Sa mère, paraît-il, a nourri un enfant syphilitique. Elle a eu, elle-même, une affection du cœur (insuffisance mitrale), pour laquelle elle a été traitée à l'Hôtel-Dieu. Il y a un an, elle a été admise dans un service de médecine de la Charité pour un abcès de la gorge ou du voile du palais (?), et quelque temps après un deuxième abcès du même genre a nécessité son entrée dans un service de chirurgie d'un autre hôpital, où elle a été soumise à un traitement spécifique. Tout cela s'est passé dans un intervalle de six mois environ, de février à juin 1885.

Aujourd'hui, il ne lui reste de ce qu'elle a eu qu'une double perforation du voile du palais, du côté de la luette, avec de petites brides, portant seulement sur les parties molles, et dont les bords sont cicatrisés. La charpente osseuse palatine est intacte. Il y a du nasonnement et de la difficulté de la parole. L'état général est bon, sauf la lésion légère qu'elle porte du côté du cœur.

En résumé, de ces trois malades, la première a une perforation du voile du palais d'origine et de nature franchement scrofuleuses.

Pour la deuxième, il y a doute au point de vue étiologique. Mais pour les deux il y a une formelle contre-indication opératoire, en vertu de ce principe que toutes perforations actives, c'est-à-dire en voie d'évolution, qu'elles soient scrofuleuses ou syphilitiques, ne doivent pas être opérées. Toutes les fois qu'on a opéré dans ces conditions, on a échoué. M. Trélat se rappelle avoir eu lui-même un échec de ce genre.

Quant à la troisième malade, qu'elle ait eu ou non la syphilis, ce qui reste douteux, comme elle n'en a plus aucun symptôme actuel, et que la lésion locale, la perforation a ses bords cicatrisés, et que la maladie a par conséquent cessé d'évoluer, elle est parfaitement dans les conditions d'être opérée avec les plus grandes chances de succès.

L'opération a été faite séance tenante. Elle a consisté en une staphylorrhaphie simple, incision et avivement des bords de la division, et trois points de suture L'opération a été faite sans le secours du chloroforme, à cause de l'insuffisance mitrale.

THÉRAPEUTIQUE

Médication alcaline : les eaux de Pougues comparées aux eaux minérales bicarbonatées sodiques.

Par M. le docteur Achenne.

Depuis que Trousseau a dénoncé la cachexie alcaline comme conséquence possible de l'usage des alcalins sodiques, les médecins qui se sont appliqués à l'étude des sources minérales dont le principe fondamental est un sel de soude, n'ont pas cessé de signaler cet écueil. C'est ainsi que la médication hydro-minérale par les eaux bicarbonatées sodiques fortes s'est vue entourée de réserves et de contre-indications dont le nombre n'a fait que croître, à mesure qu'elle était mieux connue.

Ainsi, à l'origine, on avait seulement conseillé, pour prévenir le danger, de modérer leur emploi, d'éviter les hautes doses et un usage prolongé. Depuis, on a reconnu que leur emploi, même restreint, ne convenait pas à tous les moments des maladies contre lesquelles elles montrent le plus d'efficacité, la goutte et le diabète, par exemple, ni à tous les malades.

Dans un traité récent sur la goutte, le docteur Lecorché, se rangeant à l'opinion de Trousseau, explique théoriquement comment leur action physiologique se traduit, comme résultat total, par une hypoglobulisation, par une anémie vraie, démontrée par la numération des globules. De cette anémie pourront bénéficier, il est vrai, les goutteux et les diabétiques florissants ou pléthoriques, mais ses effets seront désastreux chez les malades qui en feront usage dans les formes chroniques de la maladie.

Durand-Fardel lui-même, si compétent, et malgré la prédilection bien naturelle qu'il doit à Vichy, où il pratique depuis tant d'années, affirme que ces eaux ne doivent être administrées qu'en dehors des manifestations articulaires de la goutte.

Pour Jaccoud et Labadie-Lagrave, ces eaux seraient plus utiles chez les sujets où la goutte n'existe encore qu'à l'état latent, que contre les manifestations de la goutte confirmée.

Ce n'est pas tout : les malades qui relèvent de la médication hydro-minérale alcaline sont tous des dyspeptiques. La goutte et les affections congénères, lithiase biliaire ou rénale et le diabète, sont en relation constante avec la dyspepsie.

Peut-être donnera-t-on un jour la démonstration que ces maladies ne sont que des dyspepsies spéciales.

Mais cette dyspepsie, cause première ou syndrome, revêt des formes différentes et certaines, tout à fait antipathiques à la médication sodique. Les malades ne supportent même pas les petites doses des eaux minérales sodiques, lorsque les voies digestives sont en état d'irritation ou quand il y a des symptômes douloureux, c'est-à-dire gastralgie.

Nouvelle contre-indication aux alcalins sodiques.

On peut aller plus loin : tous les dyspeptiques sont aussi des anémiques, par le fait seul de la dyspepsie, quand elle a duré quelque temps.

Il est fort remarquable que les reproches légitimes ou les réserves que l'on a pu faire quand il s'agissait de la médication par les alcalins sodiques, n'ont jamais été formulés contre les eaux bicarbonatées calcaires dont Pougues est le prototype, pour ne pas dire le seul représentant. La source Saint-Léger jouit de toutes les propriétés des sources alcalines, et elle est en même temps reconstituante. Elle est antidyspeptique et aussi anti-gastralgique. Aucune autre médication ne lui est comparable pour faire cesser l'état d'irritation gastrique. Le docteur Gallard va même jusqu'à la prescrire comme médication dominante dans l'ulcère de l'estomac.

Les spasmes douloureux associés à la flatulence, les vertiges de la dyspepsie (Bouchut), et les vertiges si communs chez les goutteux, — sans doute parce qu'ils sont dyspeptiques avant tout, — cèdent rapidement par son usage.

L'Eau de Pougues a pour effet d'exalter la muqueuse de l'estomac, de développer l'appétit et d'augmenter considérablement la sécrétion de l'urine (Roubaud).

« Si l'on tient compte que, parmi les états morbides producteurs de la gravelle, les troubles digestifs tiennent la première place, on s'expliquera comment les Eaux de Pougues guérissent la gravelle et la préviennent en s'opposant aux conditions génératrices de la diathèse goutteuse. Les douleurs d'estomac chez les goutteux ou les dyspeptiques ordinaires se calment et s'éteignent en même temps que les chaleurs qui les accompagnent. Prise aux repas, l'Eau de Pougues, coupée avec du vin, fait cesser les nausées auxquelles sont sujets quelques individus bien portants. » (Lecorché.)

Les observations et les travaux consciencieux des médecins attachés à cette station, consacrent son efficacité dans toutes les affections qui ressortissent à la médication alcaline, et, privilège unique, quelle que soit l'époque de leur évolution.

Telles sont : la goutte, les gravelles, les congestions — anciennement dites obstructions — du foie, le catarrhe vésical, les dyspepsies simples ou avec irritation, ulcératives même, avec spasme douloureux ou non, avec ou sans anémie primitive ou secondaire.

Les affections utérines si communes dans la dyspepsie, la scrofule elle-même, relèvent de Pougues. La chaux et la magnésie, le fer et l'iode, le gaz carbonique, rendent compte, en tant que principes minéralisateurs, de la puissance variée de ces eaux et de leur parfaite innocuité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Résection des maxillaires. — **M. MONOD** revient sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 172.) Il n'a pas eu la prétention de soutenir que toutes les opérations snr la bouche exposent à des complications pulmonaires. Il a seulement voulu parler des opérations dans les parties les plus reculées de la cavité buccale. Il cite deux observations d'ablation partielle du pharynx suivies de mort par pneumonie. Langenbeck rapporte trois cas d'ablation partielle du pharynx, toutes trois suivies de mort. Kocher relate trois observations dont une seule a été suivie de mort. Il avait eu recours à la trachéotomie préventive. Ces observations montrent que l'arrivée de l'air froid dans les poumons n'est pas aussi dangereuse qu'on semble le croire, tandis que c'est surtout la septicémie qui est à craindre.

M. VERNEUIL dit que la trachéotomie préventive a été proposée dans un autre but, pour empêcher l'introduction du sang dans les voies aériennes. Il a abandonné cette pratique, puisque rien n'est plus facile que d'empêcher cette introduction du sang dans le larynx.

M. Verneuil ajoute que la trachéotomie chez l'adulte n'est pas une chose innocente en elle-même. Les grandes opérations sur la bouche entraînent une mortalité assez considérable. Depuis la sonde naso-œsophagienne, on n'a plus autant de dangers à craindre, puisqu'on peut faire de l'aseptie dans la cavité buccale. Cependant il y a encore une certaine mortalité par septicémie, les cancéreux étant généralement dans un état général mauvais. Il y a une différence énorme entre les opérations sur le plancher de la bouche ou sur le maxillaire inférieur, et les opérations pratiquées sur le maxillaire supérieur. Robert a fait quatorze résections du maxillaire inférieur avec un seul cas de mort. En résumé, M. Verneuil n'est pas partisan de la trachéotomie préventive au point de vue purement antiseptique. Il faut la réserver pour l'ablation des tumeurs du pharynx.

M. MARCHAND fait observer que, dans le fait de M. Monod, il s'agit d'une ablation de la paroi latérale du pharynx. Langenbeck a fait cinq de ces opérations, presque toutes ont été suivies de mort par pneumonie suppurée.

M. Marchand rapporte une observation qui lui est personnelle. Il s'agissait d'une extirpation de la paroi latérale du pharynx; son malade est mort, dix jours après l'opération, de pneumonie suppurée. Le malade de M. Monod a été trachéotomisé et a guéri. M. Labbé a fait cinq de ces opérations, dont M. Marchand ne connaît pas les résultats.

M. TERRIER dit que M. Monod lui prête une opinion qu'il n'a pas exprimée, celle de l'action traumatique de l'air froid sur les poumons après la trachéotomie. Il ne croit pas à l'action de l'air froid sur la production de la pneumonie. C'est aux microbes de l'atmosphère et non au froid qu'il a fait jouer un rôle sur la production de ces pneumonies. M. Terrier n'est pas systématiquement opposé à la trachéotomie préventive; cela dépend des cas; mais il ne lui accorde pas d'action antiseptique. Elle peut avoir une importance opératoire, mais non antiseptique.

Il trouve les statistiques fournies par M. Marchand insuffisantes.

M. TRÉLAT dit que M. Verneuil a développé les idées qu'il a lui-même exprimées sur l'antiseptie de la cavité buccale. Il serait important de comparer les faits de Langenbeck, qui datent de sept ou huit ans, avec les faits actuels, les méthodes ayant changé depuis. Lorsqu'on approche de la paroi pharyngienne du larynx, qu'on est exposé à l'œdème de la glotte, c'est une raison de faire la trachéotomie préventive. Il cite l'exemple d'un malade qui a succombé subitement le cinquième jour; on a trouvé à l'autopsie une néphrite chronique qui n'avait pas été reconnue.

Ce malade avait subi l'amputation de la langue, faite par la région sus-hyoïdienne. En dehors de ces cas particuliers, M. Trélat ne comprend pas l'importance de la trachéotomie.

Chez un malade opéré d'un cancer de la paroi latérale du pharynx, M. Trélat plaça la sonde œsophagienne, un tamponnement bucco-pharyngien, et ce malade guérit très rapidement de son opération.

Pour les cas de Kocher, il peut se faire que la trachéotomie préventive ne soit pas la raison de ses succès. Ceux-ci peuvent tenir à d'autres raisons, telles que le pansement buccal antiseptique et la sonde œsophagienne.

M. POLAILLON communique sa statistique des opérations sur le pharynx. Il a fait quatre fois cette opération; jamais il n'a fait la trachéotomie préventive. Il a dû faire deux fois la ligature préventive de la carotide externe pour empêcher l'entrée du sang dans les voies aériennes. Deux malades ont guéri ; deux autres ont succombé à des récidives. Un autre malade est mort d'hémorrhagie, malgré la ligature de la carotide préventive. Il n'a jamais eu à constater de pneumonie. Il n'a jamais eu besoin de faire la trachéotomie préventive.

M. DESPRÉS ne fait pas ces opérations avec la même prodigalité que ses collègues. Il y a des malades qui ont des cancers suppurés de l'arrière-gorge, qu'on n'opère pas et qui ne succombent pas à des pneumonies septicémiques. Ils avalent cependant une salive cancéreuse. On en a vu avoir des pneumonies franches. Mais M. Després ne croit pas à la fréquence de la pneumonie septique. Il croit plutôt à des infarctus résultant de l'ouverture des veines et déterminant la vulgaire infection purulente.

Pour les cancers du larynx, M. Després fait la trachéotomie pour prévenir l'asphyxie. Il cite plusieurs exemples où il a ainsi prolongé l'existence de malades atteints de cancer. La trachéotomie n'est indiquée que pour prévenir l'asphyxie ou bien l'introduction du sang dans les voies aériennes.

M. MONOD n'a parlé de la trachéotomie préventive que pour les opérations sur le pharynx. La trachéotomie aide l'antiseptie, en permettant de bourrer l'arrière-cavité du pharynx de substances antiseptiques, ce qui serait impossible sans elle. M. Monod se félicite d'avoir soulevé cette discussion.

M. MARCHAND dit que l'on confond la septicémie résultant de la déglutition de matières septiques et la septicémie résultant de la pénétration des matières septiques d'une plaie de l'arrière-cavité de la bouche.

M. LE FORT croit à la pneumonie résultant de l'air froid péné-

trant par la canule trachéale. On l'observe chez des enfants assez fréquemment.

M. TERRIER dit que ces enfants sont dans des conditions mauvaises au point de vue de l'état pulmonaire. Quant aux adultes, il cite l'exemple de plusieurs malades qui, depuis plusieurs années, se promènent avec une canule dans la trachée sans contracter de pneumonie. Sans repousser absolument l'influence du froid, il croit bien plutôt à l'influence nocive des poussières. C'est dans ce but seul que la cravate de gaze des trachéotomisés peut être utile.

M. LE FORT dit que pour les adultes dont a parlé M. Terrier, il faut tenir compte de l'accoutumance, comme pour ceux qui avalent la fumée de la cigarette.

Rétention des règles. — M. DESPRÉS donne des nouvelles de la jeune fille dont il a communiqué l'observation. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 77.) Depuis le 4 décembre, cette jeune fille a eu très exactement ses règles tous les mois.

Laparotomie pour les kystes hydatiques. — M. BOUILLY communique l'observation d'un jeune homme qu'il a opéré, par la laparotomie, d'un kyste hydatique intrapéritonéal. Une ponction pratiquée par M. Tillaux avait permis de diagnostiquer un kyste hydatique. Il n'y avait aucun phénomène d'inflammation. Le 3 avril 1883, M. Bouilly fit une incisionverticale, ouvrit les divers plans de la région et énucléa la tumeur de ses adhérences. Il s'écoula à l'extérieur 1 litre de pus phlegmoneux, et, en même temps sortit la poche, grosse comme une orange. Il s'agissait d'un kyste intrapéritonéal compliqué de péritonite chronique. Il fit la suture comme dans l'ovariotomie, plaça un gros tube et appliqua fortement. Les suites furent des plus simples. Vingt et un jours après l'opération, les tubes furent supprimés. Il s'agissait d'un kyste développé dans le péritoine, qu'il traita par l'incision franche et qui guérit très rapidement.

PRÉSENTATIONS

Mensuration de la poitrine. — M. LE FORT présente des attelles plâtrées qui ont été appliquées autour de la poitrine et qui donnent des mensurations exactes. On voit ainsi très bien les différences entre le côté sain et le côté malade, avant et après l'opération chez les malades ayant subi l'empyème ou l'opération d'Estlander.

Résection du coude. — M. POLAILLON présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection du coude pour une arthrite tuberculeuse. Il a enlevé toutes les parties fongueuses. Ce malade, qui avait les sommets douteux, va très bien; il a été opéré le 16 janvier 1885. La résection a été faite par le procédé d'Ollier. Cet homme jouit de mouvements assez étendus.

Kyste ovarique. — M. TERRILLON présente une pièce provenant d'une malade qui a succombé à la Salpêtrière et chez laquelle M. Anger avait fait des injections de chlorure de zinc dans un kyste ovarique. Cette malade a été ponctionnée plusieurs fois, et, chaque fois, on tirait 14 à 15 litres de liquide. Elle a succombé à un abcès du foie.

La poche, qui contenait des parties végétantes, était devenue fibreuse et avait perdu tout son épithélium. C'est peut-être là ce qui explique que ce liquide ne contenait pas de paralbumine. Cette femme a été extrêmement malade pendant huit ans, à la suite de ces injections.

M. ANGER communiquera l'observation de cette malade dans la prochaine séance.

Hystérectomie vaginale. — M. MARCHAND présente un utérus qu'il a enlevé par le vagin. Il s'agissait d'un cancer ayant envahi tout le col et une portion du cul-de-sac du vagin. Il se fit un écoulement de sang par la partie postérieure du vagin. Une de ses pinces prit le rectum et il se fit une fistule recto-vaginale. Elle fut assez longue à guérir de cette fistule, du 28 octobre au 20 janvier. Elle va maitenant très bien.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 février 1886, ont été nommés dans le cadre des pharmaciens de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe : Marc, Sibourg, Tuffreau, Juredieu, Séjournet, Lalanne, Zeller, Frache et Soichot.

— M. le professeur Cornil est nommé membre de la commission chargée d'étudier l'organisation et les conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine et de proposer un règlement général réorganisant ce service, en remplacement de M. le professeur Jaccoud, non acceptant.

— Par application de la décision ministérielle du 11 février 1885, M. Foubert a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— Le Conseil municipal de Paris vient de voter une somme de 4500 francs pour l'établissement d'une statistique complète de l'épidémie cholérique de 1884-1885.

— L'instruction suivante, relative aux précautions à prendre pour arrêter le développement de la tuberculose pulmonaire, a été adoptée par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine dans sa séance du 19 de ce mois :

« L'agent le plus actif de la transmission de la tuberculose réside dans les crachats. Ceux-ci ne doivent donc être projetés ni sur le sol ni sur les linges, où ils se transforment en poussières dangereuses. En conséquence, il faudra recommander aux malades de cracher dans des vases contenant de la sciure de bois. Ces vases seront vidés au moins une fois par jour et lavés à l'eau bouillante. Leur contenu sera jeté au feu et brûlé.

Dans les grandes agglomérations (écoles, ateliers, casernes, hôpitaux), on devra veiller à l'application de ces mesures.

En cas de location d'une chambre garnie longtemps habitée par un phthisique et surtout en cas de décès, il sera nécessaire de désinfecter au soufre la chambre et la literie, comme il a été indiqué dans la précédente instruction, notamment dans celle concernant la rougeole. Les vêtements des phthisiques ne seront utilisés par d'autres personnes qu'après avoir été lessivés ou passés dans une étuve à vapeur. »

— *Muséum.* — M. Brongniart (Charles-Jules-Edme), est nommé préparateur près la chaire de zoologie (arachnides, insectes et crustacés), en remplacement de M. Moleyre, décédé.

— *École de médecine de Clermont.* — Un concours pour la nomination à un emploi de chef des travaux physiques et chimiques s'ouvrira le lundi 2 août 1886, à huit heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 2 juillet prochain au secrétariat de l'École de médecine de Clermont Ils doivent être Français ou naturalisés Français, docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe ou licenciés ès sciences physiques et âgés de ving-cinq ans accomplis.

La durée des fonctions sera de neuf années, cependant le chef des travaux chimiques et physiques peut être maintenu dans ses fonctions à l'expiration de cette période si les besoins du service l'exigent. Les fonctions de chef des travaux chimiques et physiques peuvent être cumulées avec celles de professeur suppléant de physique et de chimie. Le traitement annuel est fixé au chiffre de 1 000 francs.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un concours pour l'emploi de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Grenoble s'ouvrira, le 15 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Lyon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19115.

N° 26. — MARDI 2 MARS 1886. 59e ANNÉE. MARDI 2 MARS 1886. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Névralgie sciatique.

Le malade que j'ai fait amener à l'amphithéâtre pour l'examiner complètement devant vous, est un homme de quarante ans, cuisinier, alcoolique, dont le passé pathologique comporte plusieurs maladies, telles que scarlatine, rhumatisme, etc.

Cette année, au mois de janvier, il a été atteint pour la première fois de douleurs névralgiques sur le trajet du nerf sciatique gauche, douleurs très pénibles, pour lesquelles il est entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lancereaux. Pendant son séjour, plusieurs vésicatoires lui ont été appliqués sur le cou-de-pied, sur le mollet et sur l'articulation coxo-fémorale; en ce dernier point, le vésicatoire affectait des dimensions réellement énormes, mesurant environ 27 centimètres de large sur 20 centimètres de long.

Ce traitement a amené non pas une guérison, mais un soulagement notable tel que le malade a pu reprendre ses occupations habituelles et les continuer pendant plusieurs mois, c'est-à-dire jusqu'à il y a trois semaines, où, sans cause à lui connue, les douleurs ont reparu dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs étaient sourdes avec élancements de temps à autre, partant de la région sacrée, gagnant la fesse, la partie externe de la cuisse, puis le mollet et le pied, suivant en un mot la direction du nerf sciatique.

Valleix, dans le chapitre consacré à la sciatique, a parfaitement décrit les points principaux où siège la douleur, points au nombre de quinze, mais, je me hâte de le dire, qu'on ne rencontre pas toujours en totalité sur le même malade. Ces quinze points sont : le point lombaire, c'est-à-dire au-dessus de l'émergence du nerf ; le point sacro-iliaque; le point iliaque, situé sur la crête iliaque ; le point fessier qui correspond à l'échancrure sciatique ; le point trochantérien, c'est-à-dire en dehors du grand trochanter, ce point est l'un de ceux qui manquent le plus rarement ; les trois points fémoraux, supérieur, moyen et inférieur ; le point poplité, situé dans le creux de ce nom ; le point rotulien, à la partie externe de la rotule ; le point péronéo-tibial au niveau de l'articulation du péroné, il est remarquable par sa constance ; le point post-péronéal, situé à la partie moyenne du péroné, soit au niveau du point où le nerf sciatique contourne cet os ; le point malléolaire, situé à la partie postérieure de la malléole externe ; le point dorsal du pied et le point plantaire externe.

De ces différents sièges de la douleur sciatique, nous ne trouvons guère, chez notre malade, que les points lombaire, sacro-iliaque, poplité, malléolaire, dorsal du pied et plantaire.

Chez lui, la maladie ne s'accompagne que de phénomènes trophiques très légers, tels qu'un peu d'atrophie du membre. Il n'y a aucune faiblesse musculaire ; la sensibilité est restée intacte ; il n'y a pas de transpirations anomales du membre atteint. En somme, il s'agit bien ici non pas d'une névrite, mais d'une simple névralgie, ce qui est d'autant plus favorable pour le traitement, bien que la névralgie sciatique soit une des affections les plus récidivantes.

Le grand nombre des moyens préconisés dans le traitement de la sciatique nous prouve leur peu d'efficacité, il nous prouve le caractère rebelle de cette maladie à toute médication, car si nous avions en notre possession un remède réellement efficace, nous ne serions pas réduits à en chercher constamment de nouveaux. Voyez les maladies qui ont leur médication spéciale : la syphilis avec l'iodure de potassium et le mercure ; la fièvre intermittente avec le sulfate de quinine ; le rhumatisme avec le salicylate de soude. Il n'en est malheureusement pas de même avec la sciatique, je le répète ; de là une foule de moyens que l'on peut grouper en deux grandes classes : les calmants et les révulsifs.

Les calmants sont internes ou externes. Parmi les calmants internes, je vous citerai : les narcotico-âcres, l'opium, la belladone, le datura stramonium, la jusquiame, la valériane, l'assa fœtida, la térébenthine. Mais ils ont peu d'action, partant peu de valeur, et leur influence curative est rare. Ces médicaments sont plutôt des adjuvants, capables de donner un peu de repos, du sommeil. Le sulfate de quinine a été employé quelquefois avec succès, dans les cas où les accès de douleur sciatique revêtaient une forme intermittente.

Les calmants externes sont, par exemple, les frictions faites avec les narcotiques, et surtout avec un liniment composé d'huile, de laudanum 1/4 et de chloroforme 1/4 ; les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine

(doses, 1/2, 1 ou 2 centigrammes) ; les injections de belladone et d'atropine (doses, 2 à 5 milligrammes) ; mais je n'aime pas les employer, parce qu'on ne sait jamais si elles ne détermineront pas des accidents plus ou moins graves. Ce sont encore les injections de chloroforme ; elles réussissent quelquefois très bien soit comme narcotique, soit comme révulsif ; mais leur effet n'est pas certain, et parfois des abcès ou des accidents de gangrène en ont été les suites.

Je passe maintenant à la médication révulsive. Parmi les révulsifs, je citerai les ventouses sèches ou scarifiées, ces dernières surtout si le mal est récent, si la douleur est vive à la pression sur le trajet du nerf, et si l'individu est vigoureux. Dans ce cas, elles peuvent être renouvelées deux ou trois fois. Une guérison complète a été quelquefois la conséquence de leur emploi ; mais si la guérison n'est pas parfaite, on recourra avec avantage aux injections de morphine, très bonnes en pareil cas. Nous avons aussi les vésicatoires, selon la méthode de Cotugno, c'est-à-dire appliqués au nombre de trois, comme l'a fait M. Lancereaux chez notre malade, sur la malléole externe, sur le mollet et sur l'articulation coxo-fémorale.

Les moxas sont à peu près universellement abandonnés ; on leur préfère les cautérisations transcurrentes avec le fer rouge sur le trajet du nerf, les cautérisations avec un pinceau imbibé d'acide sulfurique, enfin et surtout, les pointes de feu répétées.

Mais aujourd'hui, un nouvel agent est très vivement préconisé par M. Debove, je veux parler des pulvérisations de chlorure de méthyle.

Je ne dois pas non plus omettre de vous indiquer les douches, les bains de vapeur, les bains sulfureux, les eaux minérales, etc., enfin une hygiène sévère au point de vue de tout refroidissement dont les malades doivent absolument se garantir, au point de vue aussi de toute fatigue.

Quant aux arsenicaux et aux altérants, les cas où ils ont eu quelque efficacité sont rares.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Affections testiculaires et hernies. — II. Gommes syphilitiques de la marge de l'anus.

I. Je suis en train de constituer en ce moment un dossier nouveau sur une question qui comporte encore peu de documents écrits. Je veux parler de certaines coïncidences entre les affections testiculaires et les hernies. Tout récemment, j'en ai eu plusieurs exemples, et actuellement même, j'en ai un fait des plus intéressants dans le service.

Il s'agit d'un malade qui est entré dans mes salles avec une épididymite double sans gravité, survenue chez un individu bien portant, en apparence du moins, si bien que j'ai dû me demander si nous étions en face d'une affection purement inflammatoire ou de nature tuberculeuse. Pour moi, je le dis tout de suite, je crois à cette dernière origine, malgré les apparences de santé du sujet.

Nous observons de plus, chez lui, un épanchement dans la tunique vaginale, c'est-à-dire une hydrocèle symptomatique se prolongeant de façon à nous faire croire à l'envahissement du cordon par la tuberculose.

J'ai insisté déjà sur les avantages que nous avions à intervenir contre l'hydrocèle par l'iode, qui a pour effet à la fois de guérir cette affection et de combattre avec succès la tuberculose épididymaire. Voici un fait qu'à cette occasion je veux vous rapporter. Je fus appelé un jour auprès d'un jeune garçon, élevé dans un pensionnat, pour une épididymite tuberculeuse avec épanchement considérable dans la tunique vaginale. Je conseillai l'expectation, un traitement interne et le séjour au bord de la mer. Après moi, la famille s'en va consulter Voillemier qui se prononce pour une opération et fait une injection iodée comme dans le cas d'hydrocèle ordinaire. Trois mois plus tard, ayant l'occasion de revoir le jeune malade, je constatais les bénéfices obtenus par l'injection iodée, c'est-à-dire une atténuation du volume et du développement de la tuberculose épididymaire.

Je reviens au malade actuel de mon service. Chez lui, j'aurais été disposé, dès son arrivée, à faire une injection d'iodoforme contre la tuberculose de l'épididyme, mais notre appareil n'était pas en bon état. Or, tandis qu'on était en train de le réparer, je fus à même de reconnaître que ce que j'avais pris tout d'abord, à la suite d'un examen un peu superficiel, pour un engorgement du cordon, n'était autre chose qu'une hernie épiploïque siégeant dans le canal inguinal et paraissant se continuer avec l'épididymite testiculaire gauche. Ainsi, en réalité, nous avions donc affaire à une hydrocèle avec affection testiculaire et hernie épiploïque ou épiplocèle.

Actuellement, l'épiplocèle vient de rentrer et la compression qu'elle exerçait sur les vaisseaux paraît être l'unique cause de l'hydrocèle, celle-ci ayant aujourd'hui disparu à son tour, nous laissant seulement en présence de l'épididymite testiculaire, d'où l'inutilité d'intervenir.

II. La syphilis tertiaire affecte une certaine prédilection pour la partie inférieure du tube digestif, et les rétrécissements syphilitiques du rectum sont, en somme, assez communs. Aussi en avons-nous presque constamment dans nos salles. Ils commencent généralement à 2 ou 3 centimètres de l'anus. La syphilis tertiaire existe aussi, mais plus rarement, à la marge de l'anus, sous la forme de gommes.

Le premier cas de gommes syphilitiques de l'anus que j'ai vu remonte à l'année 1846 ; j'étais alors l'interne de Bazin. Il s'agissait d'un malade ayant, tout autour de la marge de l'anus, des orifices fistuleux à divers degrés, les uns à l'état d'induration, les autres ulcérés, les autres conduisant à des fistules borgnes externes. Les ulcérations étaient recouvertes de croûtes analogues à celles du rupia.

Je diagnostiquai des gommes suppurées de l'anus, et prescrivis le traitement spécifique. La guérison s'ensuivit.

Ce fait était resté gravé dans mon esprit ; cependant aucun fait pareil ne s'était montré à mes yeux lorsque, il y a cinq ou six ans, je fus appelé en consultation auprès d'un malade ayant une fistule anale à allures singulières, se fermant et se rouvrant à chaque instant. Il s'agissait d'un homme robuste, très fort, ne présentant aucun des attributs de la tuberculose. Il avait une induration considérable de la marge de l'anus, dont le volume n'était guère moindre de celui d'une petite mandarine, s'étendant vers la fosse ischio-rectale, indolente au toucher, très pénible en marchant. Je proposai au médecin traitant d'attendre que la fistule s'ouvrît de nouveau. Cependant, cette ouverture tardant à se faire, et, d'autre part, l'induration se ramollissant peu à peu à son centre, sans suppurer, je crus devoir, à un moment donné, plonger le bistouri dans la tumeur. Rien ne

sortit que du sang. Quelques jours plus tard, la suppuration s'établissait; je fis l'opération ordinaire de la fistule anale. Quelque temps après, voyant l'ouverture que j'avais faite persister avec induration à son pourtour, l'idée d'une gomme syphilitique me vint à l'esprit, d'autant plus que les topiques employés n'avaient eu aucun effet. Je soumis immédiatement mon malade au traitement spécifique, et, au bout de peu de temps, la guérison était complète.

Comme troisième observation, je pourrais citer le fait d'un autre malade de la ville, mais le cas est un peu louche, l'individu étant tout à la fois paludique, alcoolique, hépatique, albuminurique, syphilitique, etc.

Je passe donc à un malade qui était couché au n° 6 de notre salle des hommes, sujet robuste, bien portant, présentant une induration de la fesse, du volume du pouce, avec ouverture à bords violacés, ne ressemblant pas à la fistule anale. Chez lui j'ai fait d'emblée le diagnostic de gomme anale après élimination du bourbillon gommeux. Le traitement spécifique institué immédiatement a amené promptement une modification notable de l'état local; le malade a voulu sortir, malgré nous, avant sa complète guérison.

Enfin aujourd'hui se présente la cinquième observation, celle de la malade de la salle Lisfranc, n° 27, d'une vieille femme dont nous n'avons pu arracher quelques aveux sur son passé que d'une façon détournée, aveux desquels nous pouvons conclure à une angine syphilitique traitée dans un hôpital, puis à quelque éruption, à quelque syphilide pour laquelle elle a été soignée aussi dans un établissement hospitalier, enfin à des céphalées très douloureuses, en un mot, à une syphilis tertiaire apparue vers l'âge de cinquante ans.

Or, chez elle, voici ce que nous constatons : à la région anale, une lésion cratériforme, à liseré rouge induré, au centre une eschare avec sillon de séparation entre elle et la plaie taillée à pic et indolente. En somme, il s'agit là encore d'une gomme en voie d'élimination de son bourbillon qui, après sa sortie, laissera un cratère analogue à ceux que nous avons déjà observés dans les cas précédents.

Quant aux ganglions engorgés dont nous avons constaté aussi chez elle la présence, je n'y attache pas une très grande importance au point de vue syphilitique, parce qu'ils peuvent très bien tenir tout simplement à l'irritation actuelle de la lésion anale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 février 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Appareil hyoïdien. — M. **Retterer** a constaté, sur un homme de soixante ans dont il pratiquait la nécropsie, l'existence d'un appareil hyoïdien entièrement ossifié à droite. La corne de l'os hyoïden se continue avec celle du corps thyroïde; la branche supérieure de l'appareil est formée de deux pièces; une inférieure, qui s'articule avec le corps de l'os hyoïde, l'autre supérieure, qui se continue en haut avec l'apophyse styloïde. Celle-ci n'est, du reste, pas soudée à l'os temporal.

En somme, il s'agit d'un appareil hyoïdien normal, dont les articulations des différentes pièces ont subi l'ossification. M. Retterer se propose d'examiner si cette ossification est une ossification directe, faite directement aux dépens du tissu fibreux, ou si elle a été précédée de cartilage et mérite le nom d'ossification endochondrale.

M. **Beauregard** dit qu'il y a une pièce absolument semblable au Muséum d'histoire naturelle; elle a été préparée par Geoffroy Saint-Hilaire; mais la chaîne hyoïdale est complète à droite et à gauche. Les trois os qui composent, de chaque côté, cette chaîne de l'appareil hyoïdien sont, non pas articulés, mais suturés entre eux.

Centres psycho-moteurs. — M. **Dupuy** enlève le gyrus sigmoïde à un chien; cet animal marche sur son poignet du côté opposé. Si on enlève, dit-il, le gyrus sigmoïde de chaque côté, il est simplement affaibli et ne marche ni sur un poignet ni sur l'autre. L'animal, du reste, supporte bien cette opération. D'après M. Dupuy, on sait cela depuis 1874. Il montre, à l'appui de son opinion, un chien à qui il a pratiqué cette mutilation. Il se propose de lui enlever successivement tous ses centres moteurs et sensitifs; il le fera ainsi, après chaque opération, passer devant les yeux de la Société, ce qui prouvera sans conteste qu'il n'y a, dans la substance corticale du cerveau, ni centres psycho-moteurs ni centres sensitifs.

Pour le moment, l'animal présente une hyperesthésie généralisée avec anesthésie de la conjonctive; jusqu'à ce jour, M. Dupuy avait constaté que toute lésion d'un point quelconque des circonvolutions amenait des troubles trophiques de l'œil (opacité cornéenne, fonte de l'œil, etc.)

Éclampsie puerpérale. — M. **Doléris** a fait analyser le sang de femmes éclamptiques. On y a rencontré quelquefois, après desséchement, de longues paillettes cristallines, peu solubles dans l'alcool, solubles dans l'eau acidulée, de nature inconnue, et qui, en solution peu concentrée, injectées à des animaux, ont fait mourir un rat et trois moineaux. Des expériences comparatives faites avec le liquide véhicule de la solution, sans paillettes, n'ont rien donné. Au point de vue de l'urée, la quantité a été normale dans le sang chez deux malades mortes, augmentée chez deux autres qui ont guéri. Dans un cas seulement, on a rencontré des ptomaïnes solubles et toxiques.

M. Doléris croit toujours à la nature infectieuse de l'éclampsie puerpérale; la preuve, c'est que le rein n'est pas seul atteint et que le foie, en particulier, présente des lésions se rapprochant plus ou moins de l'atrophie jaune aiguë.

Cornes antérieures de la moelle et atrophie musculaire. — M. **Babinsky** rappelle que certaines lésions cérébrales, suivies de dégénération descendante, peuvent produire des atrophies musculaires semblables à celles qui suivent la section d'un nerf ou la lésion des cornes antérieures de la moelle. M. Charcot a démontré que, dans ces cas, il y avait altération des cornes antérieures dans toute la région médullaire correspondant à la distribution nerveuse des groupes musculaires atrophiés, et depuis ses recherches on attribue cette altération des cornes antérieures à une sorte de propagation par contiguïté, celles-ci n'étant atteintes que secondairement, après le cordon antéro-latéral. En résumé, avec cette interprétation, l'atrophie musculaire de cause cérébrale se réduit à l'atrophie musculaire de cause spinale, puisque, après les lésions du cerveau, cette atrophie ne peut exister que par l'altération consécutive des cornes antérieures.

M. Babinsky a fait récemment la nécropsie d'une femme morte après huit mois d'hémiplégie contracturale : cette femme portait une atrophie très marquée des muscles du membre supérieur et surtout de la main; l'éminence thénar n'existait plus; elle avait la main de singe. A l'autopsie il a rencontré un foyer de ramollissement au niveau du centre ovale, lésant les fibres du faisceau pyramidal. Aussi a-t-il rencontré une sclérose du cordon pyramidal croisé à gauche et du cordon pyramidal direct à droite.

Nulle part il n'a trouvé de lésion des cornes antérieures de la moelle. Il y avait donc à craindre que son examen n'eût pas porté sur un grand nombre de coupes faites à différentes hauteurs, et qu'une altération de ces cornes ne lui eût ainsi échappé. Il n'en est rien. L'examen microscopique des racines motrices des cinquième, sixième, septième et huitième racines motrices cervicales

et de la première dorsale, c'est-à-dire, en résumé, de tout ce qui émane de la moelle pour innerver le membre supérieur, a prouvé que toutes étaient absolument saines et identiques des deux côtés. Les nerfs périphériques, le médian, le cubital, le radial, ne portaient point non plus trace de lésion.

Les muscles, eux, avaient une atrophie très marquée; leurs faisceaux étaient réduits de volume; les noyaux de sarcolemme nombreux; le tissu conjonctif interfasciculaire infiltré de cellules adipeuses; mais partout, dans leur épaisseur, une intégrité absolue des fibres nerveuses.

Ainsi donc, voici un cas bien net où une lésion cérébrale, accompagnée de dégénération médullaire descendante, a produit une atrophie musculaire sans lésion des cornes antérieures, des racines rachidiennes, des nerfs périphériques. Comment interpréter ce fait? s'agirait-il là d'une altération d'ordre dynamique? C'est peu vraisemblable. On sait qu'en matière de dégénération le nerf est bien plus vulnérable que le muscle. Pourquoi donc le premier aurait-il résisté et pas le second?

Peut-être pourrait-on penser qu'il s'agit là d'une altération terminale du nerf qui, de la périphérie, aurait peut-être gagné, au bout d'un certain temps, les parties centrales. Cette opinion serait plus acceptable et se trouverait en rapport avec ce qui se produit dans les sections expérimentales des nerfs. Malheureusement l'examen que M. Babinski a fait des muscles ne montre rien de semblable dans les terminaisons nerveuses intra-musculaires. Du reste, il importe peu de l'interprétation : le point intéressant n'en reste pas moins, à savoir que, sans altération des cornes médullaires, des racines rachidiennes et des nerfs périphériques, une lésion cérébrale peut produire l'atrophie musculaire.

La séance est levée.

Séance du 27 février 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Anévrysme de l'aorte. — M. PONCET (du Val-de-Grâce) présente une observation d'anévrysme de la première portion de l'aorte, avec moules pris à deux périodes différentes sur la tumeur et des tracés du pouls.

Ce fait est un de ceux qui fournissent cet état du pouls si curieux, normal à droite et faible à gauche; la tumeur siégeant au niveau de la deuxième côte avec usure des deux tiers du sternum à ce niveau.

M. Poncet n'admet pas la théorie donnée par Franck, de la paralysie du troisième ganglion cervical pour expliquer par une dilatation vaso-motrice l'état d'amplitude du pouls droit. En effet, si le troisième ganglion était paralysé par compression, il faudrait admettre aussi la compression de la sous-clavière droite et une diminution de son calibre, ce qui n'est pas, puisque le pouls est large.

La théorie anglaise de Barwell, qui reconnaît des voies différentes dans le cours du sang de l'aorte, explique bien mieux ce pouls paradoxal. Le pouls droit reçoit son contingent normal de sang; le pouls gauche est faible parce que le sang s'engouffre dans le sac, et le tracé en est rectiligne parce que l'élasticité de l'anévrysme arrête la descente du pouls de ce côté.

Telle est l'explication que M. Poncet oppose à la théorie paralytique de M. Franck.

Les auteurs anglais, Balfoux surtout, ont préconisé l'iodure de potassium dans le traitement de ces anévrysmes aortiques. M. Poncet s'est très bien trouvé de ce médicament, et les deux moules pris sur l'anévrysme à un mois de distance démontrent mathématiquement une diminution de volume dans le sac, qui a commencé à s'indurer sur les parties périphériques.

M. FRANCK ne croit pas que cette explication de la différence des deux pouls soit applicable à l'anévrysme de l'aorte. L'affaiblissement du pouls radial gauche, dans le cas de M. Poncet, est dû, soit à une autre poche anévrysmale indéterminée, soit au rétrécissement de l'orifice de la sous-clavière gauche. Ce n'est pas là, ajoute M. Franck, le pouls paradoxal, mais bien le pouls différent.

De la présence d'une substance toxique dans le sang des éclamptiques. — M. DOLÉRIS communique l'observation d'une jeune femme primipare qui eut, pendant le travail, des attaques d'éclampsie. Elle eut d'abord une série de 14 à 15 attaques, puis se remit et reprit connaissance. Au moment où le travail reprenait son cours, elle eut de l'excitation, on dut appliquer le forceps pour terminer au plus vite l'accouchement. Aussitôt délivrée, cette femme fut prise d'une convulsion de la tête et succomba en peu d'instants. A l'autopsie, on trouva des altérations dans le foie, les reins, le cerveau (congestion cérébrale, néphrite épithéliale, etc.). M. Doléris fit des expériences sur le sang, tant pendant la vie qu'après la mort. Il y trouva la présence d'un poison soluble capable de tuer des animaux dans des conditions données.

Cette observation est une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue dans la dernière séance. (Voir plus haut.)

ÉLECTION

M. Gley est élu membre titulaire.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Kyste hydatique du foie. — M. GÉRIN-ROZE présente un malade qu'il a guéri d'un kyste hydatique du foie par la méthode de Récamier modifiée.

Ce malade entre dans son service le 6 octobre 1885; une première ponction est pratiquée qui donne 150 grammes de liquide clair et contenant des crochets. Quatre jours après, seconde ponction ne donnant rien, la canule du trocart s'étant trouvée bouchée par des grumeaux de pus. M. Gérin-Roze a recours alors à la méthode de Récamier qu'il modifie de la façon suivante : ouverture de la paroi abdominale jusqu'à la couche musculaire avec le thermo-cautère; à partir de ce point, application de la pâte de Vienne; arrivée sur le foie, incision; il y avait trois poches qui ont été ouvertes successivement; on a compté plus de 200 hydatides. Pansement de Lister, guérison en trois semaines.

Nodosités rhumatismales. — M. GUYOT présente un malade qui porte des tumeurs multiples sous-cutanées intra-musculaires. S'agit-il de gommes ou de nodosités rhumatismales? M. Millard, qui a eu ce malade dans son service, a cru à des gommes et a donné de l'iodure de potassium. Le malade a été amélioré, mais non guéri. M. Guyot lui a fait prendre du biiodure qui a été très mal supporté. Aussi n'a-t-il pas tardé à le supprimer pour le remplacer par le salicylate de soude. Depuis une quinzaine de jours que ce malade a été soumis à cette médication, les tumeurs ont diminué des deux tiers et ont cessé d'être douloureuses. Il s'agit donc de nodosités rhumatismales.

M. LAILLER admet cette opinion en se basant sur ces faits que ces tumeurs ont apparu très brusquement, en quarante-huit heures, qu'elles ont été douloureuses; qu'enfin elles n'ont pas du tout suivi la marche des gommes.

Contagion de la phthisie. — M. VALLIN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Villemin, Millard, Constantin Paul, Grancher et Debove, lit un rapport sur l'enquête qui a été faite relativement à la contagion de la phthisie.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXVII

1832.

Funérailles du général Lamarque.

Le 11 juin, j'assistai aux obsèques du général Lamarque, que le choléra de Paris et aussi l'épidémie d'agitations politiques nous ont enlevé presque en même temps que le grand naturaliste Georges Cuvier. Ce corps inanimé, ce froid cadavre, après avoir été l'occasion d'une grave émeute dans les rues de la capitale, a été paisiblement inhumé dans la modeste chapelle d'Eyres; toute la population, sans distinction de rang, accourut à la funèbre cérémonie; plusieurs discours furent prononcés, en particulier par le député des Landes, M. Laurence, et par un autre député, M. Dubois (d'Angers).

A la mémoire de cet illustre concitoyen, dont la famille fut toujours étroitement liée avec la mienne, et dont je fus l'ami malgré une différence d'âge, je dédie une brève esquisse morale et physique : *Amicus Plato magis amica veritas!*

Maximilien Lamarque naquit à Saint-Sever en 1773, d'une famille fortunée; en 92, il partit volontaire comme Durrieu et bien d'autres, se signala de bonne heure dans les guerres de cette époque si troublée. Il fut promu général de brigade après la bataille de Hohenlinden (1801); Gaëte (1806); le fort de Caporée (1808); Laybach, Wagram, la campagne de France, la Vendée; voilà ses principaux titres militaires. Député de son département à la Restauration, il fit toujours partie de l'opposition. Taille un peu au-dessus de la moyenne, joli homme quoique ayant la tête un peu engoncée dans les épaules, constitution maigre, peu robuste, cheveux châtain-clair assez rares, bonnes manières, mise soignée, beaucoup d'esprit, aimable dans l'intimité, quand il n'était pas préoccupé, mais porté naturellement à la causticité, ce qui lui avait aliéné bon nombre de personnes, instruction très étendue et grande facilité à bien écrire, jugement pas toujours au niveau de son esprit, oreille trop ouverte aux cancans; ambition fondée sur la conscience de son mérite, habilement dissimulée sous un air d'indifférence, mais trahie par ses actes et souvent tourmentée par l'insuccès; député non orateur, mais plume courageuse et mordante; souvent il passait la nuit pour préparer sa réplique pour le lendemain : bon cœur, charitable, ayant les sentiments de famille religieusement conservés; gastralgie habituelle, héréditaire, qui n'a pas peu contribué, avec l'ardeur de son caractère, à sa fin prématurée (cinquante-neuf ans).

Lors de son élection répétée à l'Assemblée législative, il disait souvent : « La tribune m'usera, me consumera, comme elle a usé le général Foy qui la taxait d'enivrante. » Sa conversation et ses écrits avaient un cachet spécial tant pour les idées que pour le style; je me complais à reproduire ici un des mots heureux de son article : Allocution, du *Dictionnaire Courtin* : « Moreau, dont la mort a flétri la vie »; c'est là une histoire en trois mots. Un jour, il disait à sa sœur qu'il affectionnait beaucoup, et qui avait une santé délicate et une sensibilité exagérée : « Tu es toujours occupée à égratigner ton mal. »

J'ai pu, non sans difficultés, réunir tous les écrits du général Lamarque en un seul volume in-8°; je possède aussi, dans mes dossiers de médecine, le procès-verbal *original* de l'autopsie de notre général avec les signatures des médecins qui assistèrent à cette exploration *post mortem*. Le cerveau était d'une petitesse remarquable, tandis que les cerveaux de Casimir Périer et de Cuvier, morts à la même époque, étaient d'un volume considérable; d'après les recherches de l'anatomiste Sœmmering, on admet généralement que l'intelligence grandit en proportion du volume du cerveau et de son parfait développement, mais où est la règle sans exception? Malgré la petitesse de son cerveau, Lamarque avait une grande capacité intellectuelle; on peut, je crois, expliquer physiologiquement cette infraction apparente à la règle; le cerveau participe du tempérament individuel comme tous les organes et tous les tissus du corps; or, chez les hommes à prédominance lymphatique, la lymphe s'infiltre dans le cerveau de manière à déplacer, à disjoindre, à soulever ses éléments constitutifs et à lui donner un volume illusoire au point de vue psychologique, sans que le nombre de ces éléments soit réellement augmenté. Au contraire, dans les cerveaux sans alliage de lymphe, les éléments de la pulpe cérébrale rapprochés, serrés, plus condensés, plus purs, donnent au cerveau un moindre volume, tout en conservant un aussi grand nombre d'éléments constitutifs. Je n'ai point vu le cerveau du général Lamarque, mais il pourrait se rattacher à cette dernière catégorie; le procès-verbal de l'autopsie ne contient d'ailleurs aucune allusion à cette question de physiologie générale.

L'examen du crâne fit aussi constater un développement assez considérable des protubérances postérieures où les phrénologistes Gall, Spurzheim, Broussais, s'accordent à placer les organes des facultés animales. Or, de nombreuses explorations cranioscopiques, faites sur des condamnés au bagne, sont loin de confirmer ces théories si controversées; la partie postérieure du crâne de ces criminels n'avait aucun relief exagéré. *Judicent peritiores.*

1833.

Bugeaud et la duchesse de Berry au château de Blaye.

Dans les premiers jours du mois d'avril, mon ancien camarade de l'armée d'Aragon, le général Bugeaud, que je n'avais pas revu depuis vingt ans, m'informa qu'il avait été appelé pour une mission délicate au château de Blaye, où était détenue Mme la duchesse de Berry. J'allai avec mon beau-frère, qui avait servi sous ses ordres comme sous-lieutenant à Grenoble, passer deux jours avec mon ami; il me raconta toutes les circonstances de son commandement dans cette citadelle. On avait fait appel à son dévouement pour le roi, sans lui faire connaître d'abord la nature ou les motifs de sa mission. Dans la nuit qui suivit son acceptation, il avait reçu l'ordre motivé; malgré la répugnance de son caractère chevaleresque, il tint parole et se rendit au poste désigné.

La grossesse de la princesse, contestée d'abord par le parti légitimiste qui ne savait pas encore son mariage secret en Italie, était si peu un mystère au château de Blaye que, chaque jour, son accoucheur de confiance, M. Deneux, donnait au gouverneur un bulletin de son état. Le lendemain de mon arrivée, le bulletin disait : « Mme la duchesse a bien passé la nuit et elle sent les mouvements de l'enfant. » Je revis là mon ancien maître de la Faculté de Paris, le baron Dubois, envoyé comme accoucheur par le gouvernement, mais non accepté par la duchesse. Le jeune docteur Ménière, aimable et spirituel, avait été aussi délégué par le ministre : la princesse l'accueillait avec bienveillance. Quelques semaines après mon retour à Saint-Sever, la duchesse mit au monde une fille, en présence de témoins désignés par le général Bugeaud, et, un mois après, elle fut autorisée à quitter la citadelle de Blaye pour se rendre à Palerme. Bugeaud, qui avait ordre de l'accompagner, me proposa de faire avec lui ce voyage sur un bâtiment de l'État, avec le projet de rentrer en France par l'Italie : ma position médicale ne me permit point d'accepter cette séduisante expédition.

En août 1833, j'avais prié notre préfet, M. Sers, de tenter auprès du ministre de l'instruction publique, M. Guizot, la demande en ma faveur des livraisons relatives à l'histoire naturelle du grand ouvrage sur l'expédition scientifique en Morée, qui était en cours de publication. Le savant ministre, généreusement inspiré, m'accorda l'ensemble de toutes les livraisons de cet ouvrage monumental qui fait partie de ma bibliothèque.

1835.

8 décembre. — Je reçois le diplôme de l'Académie royale des sciences et arts de Barcelone.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 189.

1836.

L'hiver et les pluies se prolongent d'une façon insolite. On s'est chauffé pendant huit mois.

Le 2 mai, tonnerre, grêle, neige et pluie excessive se succédèrent dans la même journée. La foudre tomba sur l'église du village de Montant. Dans le courant de cette année, on observa dans les pignadas et jusque dans les jardins de la ville, un genre de passereaux qu'on n'avait point vu depuis vingt-cinq ans, le *bec croisé*, Loxia crucirostra.

3 février. — J'ai reçu le diplôme de correspondant de la Société royale et centrale d'agriculture de Paris.

1837.

Mes deux fils sont admis comme demi-boursiers au lycée royal de Bordeaux, après leur scolarité élémentaire à l'école des Frères et au collège de Saint-Sever.

1838.

23 mars. — Correspondant de la Société royale des sciences, d'agriculture, des arts, de Lille.

1840.

1er août. — Membre titulaire de l'Institut d'Afrique,

1841.

Prix de l'Institut, médaille d'or pour mes recherches anatomiques et physiologiques sur les orthoptères, les hyménoptères et les névroptères.

1844.

1er juin. — Correspondant de l'Académie royale des sciences naturelles de Madrid.

1847.

5 août. — Associé correspondant de l'Académie royale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse.

1848.

18 novembre. — Associé de la Société de biologie de Paris.

1849.

22 octobre. — Mon fils Gustave, qui avait concouru en 1846 pour l'emploi d'élève du service de santé militaire, est lauréat (no 1) au concours pour le grade de chirurgien sous-aide et passe de l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce à l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

53. M. MIGNOT. Des sueurs chez les phthisiques et de leur traitement par l'ergot de seigle. — 54. M. LAVERGNE. Contribution à l'étude des malformations du cœur (communication interventriculaire). — 55. M. BASTARD. Des modifications imprimées à certains souffles intracardiaques et extracardiaques par les variations respiratoires. — 56. M. FAUCONNIER. De la fièvre et des métrorrhagies dans les acccouchements syphilitiques. — 57. M. BOISLEUX. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la présentation de la face; statistique de la clinique d'accouchement 1852-1886. — 58. M. BABILÉE. Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme et plus particulièrement de l'amnésie alcoolique. — 59. M. HITIER. Amblyopie liée à l'hémianesthésie. — 60. M. BENOIST. Étude sur l'hématurie dans la rétention d'urine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 février 1886, M. Valleteau de Mouillac, médecin de première classe, a été promu dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin principal.

— Par décision ministérielle, en date du 22 février 1886, le prix annuel de médecine militaire est accordé, pour 1885, à M. Chouet, médecin-major de deuxième classe. — Le prix annuel de chirurgie militaire pour 1885, est partagé entre MM. les médecins-majors de première classe Ramonet et Delorme.

— *Concours de l'agrégation de médecine.* — La soutenance des thèses commencera demain mardi à cinq heures du soir et aura lieu, cette semaine, dans l'ordre suivant fixé par tirage au sort, ainsi que le nom des argumentateurs pour chacune d'elles :

Première séance. — Mardi 2 mars. 1° M. Brousse : De l'évolution sénile, argumenté par MM. Brissaud et Lannois.— 2° M. Chauffard : Des crises dans les maladies, argumenté par MM. Parizot et Gaucher.

Deuxième séance. — Mercredi 3 mars. 1° M. Boinet : Parentés morbides, argumenté par MM. de Beurmann et Lober. — 2° M. Dubreuilh : Des immunités morbides, argumenté par MM. Weill et Lemoine.

Troisième séance. — Jeudi 4 mars. 1° M. Sarda : Des migraines, argumenté par MM. Simon et Ballet. — 2° M. Chuffard : Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, argumenté par MM. Barth et Moussous.

Quatrième séance. — Vendredi 5 mars. 1° M. Dejerine : De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, argumenté par MM. Letulle et Grenier. — 2° M. Brissaud : Paralysies toxiques, argumenté par MM. Lannois et Chauffard.

Cinquième séance. — Samedi 6 mars. 1° M. Parizot : Pathogénie des atrophies musculaires, argumenté par MM. Gaucher et Boinet. — 2° M. de Beurmann : De la médication abortive, argumenté par MM. Lober et Dubreuilh.

— Par suite de nécessités budgétaires, M. le préfet de police s'est trouvé contraint de supprimer l'inspection médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine. En conséquence, MM. les docteurs Blachez, Ritti, Legras et P. Garnier, médecins inspecteurs, Marchant (Gérard) et Marcel Briaud, inspecteurs-adjoints, ont dû cesser leurs fonctions à partir du 15 février dernier.

M. le préfet de police a réorganisé depuis ce service et a nommé M. le docteur Ritti médecin inspecteur de Bicêtre, de Sainte-Anne et de Villejuif, et M. le docteur P. Garnier médecin inspecteur de Charenton, de Ville-Évrard et de Vaucluse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Fauvel (Henri) est chargé, pour un an, des fonctions de préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Karth, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Texier, professeur de pathologie interne, est maintenu pour trois ans, à dater du 30 janvier 1886, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Fillion (Jean-Frédéric) est nommé préparateur des cours de pharmacie chimique et de pharmacie galénique, en remplacement de M. Frache, démissionnaire.

— M. le docteur E. Billod, directeur-médecin en chef honoraire de l'asile des aliénés de Vaucluse, près Corbeil, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, est décédé, le 26 février dernier, à Château-Gontier (Mayenne), dans sa soixante-huitième année. M. Billod avait été président de la Société médico-psychologique et venait d'accomplir récemment une mission scientifique en Italie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Decorse, chirurgien de la maison nationale de Charenton, maire de la commune de Saint-Maurice, membre du Conseil général de la Seine; de M. le docteur De Sotomayor, chirurgien-major de première classe en retraite; de MM. les docteurs Henri Candellé et Labattut, anciens internes des hôpitaux de Paris, et de M. le docteur Lelièvre, député d'Ille-et-Vilaine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19131.

8

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

416

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).
GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et tles ph.

87

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

21

RHUMES — TOUX — BRONCHITES — AFFECTIONS DE LA POITRINE.

GOUTTES LIVONIENNES

DE TROUETTE-PERRET

Créosote de hêtre, 0,05cgr; Goudron, 0,07cgr 1/2, Baume de tolu, 0,07cgr 1/2.

DOSES : *De 2 à 4 capsules matin et soir.*

3 fr. le flacon de 60 capsules. Dans toutes les pharmacies.

160

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :
(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

10

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Pour la GUÉRISON radicale de la **HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.**

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu de Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle. . . .	(no 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle. . . .	(no 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(no 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supérr.	(no 4)	pr adultes :	15c 1/2

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

32

GOITRES, GLANDES, SCROFULES

Diminuent dès les premières applications et guérissent par l'emploi du véritable **Sirop de Bochet Iodé** et la **Pommade Résolutive de Bertrand aîné.** Les attestations de guérison reçues sont la meilleure preuve de l'efficacité de ces deux remèdes. — Phie Bertrand aîné, Hantzer successeur, 21, place Bellecour, à Lyon.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis,* rue Bleue.

72

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies. Exiger la signature. *A. Sabourdy*

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

21

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frcs, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

90

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

QUINA-LAROCHE PHOSPHATÉ

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire,* pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *J. Laroche*

N° 27. — JEUDI 4 MARS 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 4 MARS 1886. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un public nombreux garnissait les hauteurs et les abords de la salle, l'enceinte réservée aux académiciens était également remplie. Peu de places restaient inoccupées. On s'attendait à une communication de M. Pasteur, celle qu'il avait faite la veille à l'Académie des sciences. L'attente n'a pas été trompée. Immédiatement après la communication de la correspondance, M. Pasteur est monté à la tribune et a donné lecture, au milieu d'un religieux silence, du document que nous publions textuellement plus loin. Cet exposé, dans sa sévère nudité, sans préambule, ni précaution oratoire, ni commentaire, empruntant toute son éloquence de la nouveauté et de la grandeur des faits mêmes qui y sont simplement et clairement relatés, ne pourrait que perdre à tout ce que nous y ajouterions ici. Nous réservons aux lecteurs le plaisir entier de le lire eux-mêmes. Nous nous bornerons seulement, pour montrer quels pas de géant a faits la question entre les mains de M. Pasteur et de ses collaborateurs en trois mois de temps environ, que lors de sa précédente communication sur ce sujet, dans la séance du 27 octobre dernier (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 995), il faisait part à l'Académie de la première tentative d'inoculation rabique qu'il avait faite chez l'homme. Aujourd'hui, comme on le verra dans ce nouvel exposé, c'est à 350 que s'élève le nombre des inoculés.

Une triple salve d'applaudissements a accueilli cette lecture.

L'Académie a repris ensuite la suite de la discussion à l'ordre du jour sur les ptomaïnes et les leucomaïnes ; elle a entendu successivement MM. Guéniot, de Ranse et Hervieux : MM. Guéniot et Hervieux sur la question spéciale de la septicémie puerpérale dans ses rapports avec la nouvelle doctrine de l'extériorité étiologique, incidemment soulevée par M. Léon Le Fort et traitée dans la dernière séance par M. Charpentier ; M. de Ranse, en se replaçant au point de vue général de la question, sur quelques considérations de pathologie générale émises en vue d'en dégager et signaler quelques inconnues qu'il appartient aux expérimentateurs de résoudre.

La discussion devant continuer, nous tiendrons compte ultérieurement des éléments nouveaux que chacun de ces discours aura pu apporter à la somme commune d'instruction.

RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE POUR PRÉVENIR LA RAGE APRÈS MORSURE.

Par M. Louis PASTEUR (1).

Le 26 octobre dernier, j'ai fait connaître à l'Académie des sciences une méthode pour prévenir la rage après morsure, et les détails de son application à un jeune Alsacien, Joseph Meister, mordu gravement le 4 juillet précédent. Le chien était manifestement enragé, et une enquête récente faite par les autorités allemandes a de nouveau démontré que ce chien était en plein accès de rage au moment où il a mordu Meister. La santé de cet enfant est toujours parfaite. La morsure remonte à huit mois environ.

Au moment même de la lecture de ma note du 26 octobre, j'avais en traitement le jeune berger Jupille, mordu, autant et plus grièvement peut-être que Meister, le 14 octobre. La santé de Jupille ne laisse également rien à désirer. Sa morsure remonte à quatre mois et demi.

A peine ces deux premières tentatives heureuses étaient-elles connues qu'un grand nombre de personnes, mordues par des chiens enragés, réclamaient le traitement qui avait servi pour Meister et Jupille. Ce matin même — ceci est écrit le jeudi 25 février, — avec le docteur Grancher, dont le dévouement et le zèle sont au-dessus de tout éloge, nous avons commencé les inoculations préventives du 350e malade.

Bien que mon laboratoire, consacré depuis plus de cinq années à l'étude de la rage, ait été un centre d'informations en tout ce qui concerne cette maladie, j'ai partagé, je l'avoue, la surprise générale en constatant un chiffre aussi élevé de personnes mordues par des chiens enragés. Cette ignorance tenait à plus d'une cause.

Aussi longtemps que la rage a été jugée incurable, on cherchait à éloigner de l'esprit des malades le nom même de cette maladie. Une personne était-elle mordue, chacun déclarait qu'elle l'avait été par un chien non enragé, quoique le rapport du vétérinaire ou du médecin affirmât le contraire, et le plus grand silence était recommandé sur l'accident. Au désir de ne pas effrayer la personne en danger, ses proches ajoutaient la peur de lui nuire. N'a-t-on pas été quelquefois jusqu'à refuser tout travail à des ouvriers qu'on savait avoir été mordus par un chien enragé ? On se persuadait facilement qu'une personne mordue pouvait tout à

(1) Communication faite à l'Académie des sciences dans la séance du 1er mars 1886, et à l'Académie de médecine dans la séance du 2 mars 1886.

coup devenir dangereuse, ce qui heureusement n'arrive pas. L'homme enragé n'est à craindre que dans la période des derniers accès du mal.

Afin de bien convaincre les personnes prévenues, même celles qui pourraient être hostiles, j'ai pris la précaution de dresser des statistiques très sévères. J'ai eu soin d'exiger des certificats constatant l'état rabique du chien, certificats délivrés par des vétérinaires autorisés ou par des médecins. Cependant, je n'ai pu me soustraire, dans quelques cas très rares, à l'obligation de traiter des personnes mordues par des chiens suspects de rage qui avaient disparu, parce que ces personnes, outre le danger possible de leurs morsures, vivaient sous l'empire de craintes capables d'altérer leur santé si nous leur avions refusé notre intervention.

Je n'ai pas voulu traiter des personnes mordues, dont les vêtements n'avaient pas été visiblement troués ou lacérés par les crocs de l'animal. Il est bien évident que, dans ce cas, nul danger n'est à craindre, parce que le virus n'a pu pénétrer dans les chairs, alors même qu'il puisse en résulter une plaie contuse, profonde et même saignante. Dans un certain nombre de cas suspects, l'état rabique du chien a été établi dans mon laboratoire même, à la suite d'inoculations, à des lapins ou à des cobayes, de la matière nerveuse prise sur le cadavre de l'animal.

Je voudrais donner ici une idée assez exacte de la physionomie du traitement et de la nature des morsures, en citant dans leur ordre chronologique une des séries des personnes soumises au traitement. Comme il serait fastidieux d'énumérer les détails relatifs à 350 personnes, je choisirai plus particulièrement parmi les cent premières mordues et traitées. Celles-ci occupent l'intervalle de temps écoulé du 1er novembre au 15 décembre.

Leur intérêt est très particulier. Elles se trouvent dès à présent en dehors de la période vraiment dangereuse.

Si j'ouvre mon registre au chapitre de cette première centaine, je trouve dans un intervalle de dix jours la variété des cas suivants. Ils donneront à l'Académie l'idée d'un des défilés quotidiens qui se présentent au laboratoire chaque matin :

Étienne Roumier, quarante-huit ans, de la commune d'Ourouëre (Nièvre), mordu aux deux mains, le 4 novembre 1885, par un chien reconnu enragé par M. Moreau, vétérinaire. Aucune cautérisation ni pansement quelconque pendant vingt-quatre heures.

Chapot, âgé de quarante-trois ans, et sa fille, âgée de quatorze ans, habitant Lyon, tous deux mordus à la main gauche, le 6 novembre 1885, la jeune fille bien plus gravement que son père. Les blessures ont été lavées à l'alcali volatil par un pharmacien. Chien reconnu rabique par l'École vétérinaire de Lyon.

François Saint-Martin (de Tarbes), âgé de dix ans, mordu au pouce droit, le vendredi 7 novembre 1885. Lavé à l'ammoniaque par un pharmacien. Chien reconnu enragé par M. Dupont, chef du service sanitaire des épizooties.

Marguerite Luzier, de Fongrave (Haute-Garonne), âgée de treize ans, mordue à la jambe par un chat enragé, le 11 novembre 1885. Cautérisation à l'acide phénique. L'étendue des morsures oblige à placer cette enfant à l'hôpital des Enfants-Malades à cause des soins chirurgicaux que réclame son état.

Corbillon, âgé de vingt-sept ans, habitant la Neuville, près Clermont (Oise), mordu le 12 novembre 1885. Chien reconnu enragé par M. Chantareau, vétérinaire à Clermont. Cautérisé au fer rouge huit heures après l'accident.

Bouchet, âgé de cinq ans et demi, habitant à la septième écluse du canal de Saint-Denis, mordu le 12 novembre à la main gauche et à la cuisse gauche. Vêtement de la cuisse déchiré. Chien reconnu enragé par M. Coret, vétérinaire à Aubervilliers. Cautérisé au fer rouge trois quarts d'heure après l'accident par M. le docteur Dumontel.

Mme Delcroix, de Lille (Nord), mordue le 6 novembre 1885 au pied droit. Cautérisée au fer rouge neuf heures après l'accident. Chien reconnu enragé par M. Frélier, vétérinaire à Lille.

Plantin, habitant à Étrœungt (Nord), mordu au commencement de novembre 1885, à la main droite. Cautérisé quarante-huit heures après l'accident. Chien reconnu enragé par M. Éloire, vétérinaire à La Capelle (Aisne).

Jeanne Pazat, âgée de sept ans, de Mareuil (Dordogne), mordue le 12 novembre 1885, par un chien reconnu enragé par M. le docteur de Pindray. Elle ne s'est présentée que quarante-huit heures après l'accident au docteur de Pindray, qui a jugé avec raison qu'il n'y avait pas à pratiquer la cautérisation.

Mme Achard (de Saint-Étienne), mordue le 9 novembre 1885 au pied droit, et le 12 novembre, par le même chien, à la main droite. Chien reconnu enragé par M. Charloy, vétérinaire à Saint-Étienne. Pas de cautérisation,

Mme Alphonsine Legrand, de la commune de Baune, dans le département de l'Aisne. Mordue au menton le 6 novembre 1885. Chien reconnu enragé par M. Decarme, vétérinaire à Château-Thierry. Pas de cautérisation.

Antoine Cattier, âgé de quarante-trois ans, habitant 12, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, à Paris, mordu à la main, le 16 novembre 1885. Cautérisé au fer rouge seulement vingt heures après l'accident. Chien reconnu enragé par son maître; voix rabique caractéristique, refusant toute nourriture, mordillant et avalant du bois et autres objets.

A Saint-Ouen, près Paris, sont mordus le 15 novembre 1885 : *Ternat, sa femme, Mme Delzors*, et *Mme Dalibard*, tous quatre par un chien reconnu enragé de son vivant et après sa mort, par le vétérinaire Sanfourche (de Saint-Ouen). Cautérisations insignifiantes et tardives.

Dr John Hugues, d'Oswestry (Angleterre), mordu le 13 novembre 1885. Deux blessures faites à la lèvre inférieure. Aucune cautérisation. Chien reconnu enragé par ce médecin lui-même.

Veuve Faure, du village de l'Alma, en Algérie, mordue à l jambe, le 1er septembre 1885 : vêtements déchirés par le même chien qui a mordu les quatre enfants dits *d'Algérie*, dont un est mort à l'hôpital de Mustapha, à Alger, deux mois après sa morsure. Description très soignée des symptômes rabiques chez cette enfant, par M. le docteur Moreau (d'Alger). Le traitement préventif a été appliqué aux trois autres au milieu de novembre.

Mme Gréteau (de Bordeaux), mordue le 14 novembre 1885, à l'annulaire droit par deux morsures, l'une dans la pulpe de l'extrémité, l'autre dans l'ongle qui fut coupé vers son milieu. Chien reconnu enragé par M. le docteur Douand. Lavage des plaies à l'ammoniaque et cautérisation légère.

Voisenet (Noël), de Semur (Côte-d'Or), cinquante ans ; mordu le 16 novembre 1885, aux deux jambes, par une chienne reconnue enragée par M. Colas, vétérinaire. Cautérisation au fer rouge, quatre heures seulement après l'accident.

Guichon (de Bordeaux), soixante-sept ans; mordu le 15 novembre 1885 à la main gauche, par le chien qui a mordu Mme Gréteau dont il est parlé ci-dessus.

Halfacre (Walter), de Londres, vingt-huit ans; mordu à la main le 15 novembre 1885, envoyé par M. le docteur James Paget. Pas de cautérisation sérieuse. Le frère d'Halfacre mourut de la rage, il y a cinq ans, à la suite d'une morsure à laquelle on n'avait donné aucune attention, tant elle avait paru insignifiante.

Calmeau, de Vassy-lez-Avallon, mordu dans la nuit du 15 au 16 novembre, au ventre, à la cuisse, au genou, vêtements et chemise en lambeaux. Pas de cautérisation quelconque. Chienne reconnue enragée par le vétérinaire de Semur, M. Colas. C'est la même chienne qui a mordu Voisenet (Noël), dont il est question ci-dessus.

Lorda (Jean), âgé de trente-six ans, demeurant à Lasse (Basses-Pyrénées). L'observation de ce sujet est des plus intéressantes. Mordu le 25 octobre 1885, Lorda n'est arrivé à mon laboratoire que le 21 novembre, le vingt-septième jour après sa morsure. Le jour où il fut mordu, sept porcs et deux vaches le furent également et par le même chien. Or les neuf animaux sont morts de la rage, les porcs après une courte durée d'incubation de quinze jours à trois semaines. C'est après la mort par rage de ces porcs que Lorda, effrayé, partit pour Paris. La première vache mourut trente-quatre jours après sa morsure; la seconde, cinquante-deux

jours après. Je dois le détail de ces faits si curieux à M. Inda, vétérinaire habile de Saint-Palais. Une observation de son rapport ne doit pas être omise : c'est qu'aussitôt après leurs morsures, les vaches avaient été cautérisées profondément au fer rouge, ce détail est souligné par M. Inda. J'ai eu des preuves assez nombreuses de l'inefficacité des cautérisations, dans certains cas, de celles même faites au fer rouge et sans retard. La santé de Lorda est toujours parfaite. Son traitement a été terminé le 28 novembre dernier.

Telle est l'énumération, dans l'ordre chronologique de leur arrivée à mon laboratoire, de 25 personnes mordues comprises dans une période de dix jours. Toutes les autres périodes de dix jours offrent une énumération dont le récit n'apprendrait rien de plus que celle-ci, quoique, dans chacune d'elles, on puisse rencontrer un ou plusieurs cas de morsures non moins intéressants que celui de Lorda. Afin d'abréger, je ne citerai qu'un seul de ces cas, et je le choisis, de préférence à d'autres, parce qu'il m'a causé de vives craintes. Il est relatif à un jeune garçon de huit ans, nommé *Jullion*, habitant Charonne, rue des Vignolles, n° 6, mordu le 30 novembre. Cet enfant, voyant le chien venir à lui, se mit à crier. A ce moment, la mâchoire inférieure du chien entre dans la bouche ouverte de l'enfant. Un croc coupe la lèvre supérieure et pénètre profondément au fond du palais, tandis qu'un des crocs de la mâchoire supérieure, restée hors de la bouche de l'enfant, pénétrait entre l'œil droit et le nez. Aucune cautérisation n'était possible. Le chien qui a mordu Jullion a été reconnu enragé par M. Guillemard, vétérinaire, rue de Citeaux, 37, à Paris.

Je pourrais extraire de la série des personnes traitées beaucoup d'autres cas de morsures au visage et à la tête sans cautérisation quelconque.

Pour une seule personne, le traitement a été inefficace ; elle a succombé à la rage, après avoir subi ce traitement. C'est la jeune *Louise Pelletier*. Cette enfant, âgée de dix ans, mordue le 3 octobre 1885, à La Varenne-Saint-Hilaire, par un gros chien de montagne, m'a été amenée le 9 novembre suivant, le trente-septième jour seulement après ses blessures, blessures profondes au creux de l'aisselle et à la tête. La morsure à la tête avait été si grave et d'une si grande étendue que, malgré des soins médicaux continus, elle était très purulente et sanguinolente le 9 novembre. Elle avait une étendue de 12 à 15 centimètres et le cuir chevelu se soulevait encore en un endroit. Cette plaie m'inspira de cruelles inquiétudes. Je priai M. le docteur Vulpian de venir en constater l'état. J'aurais dû, dans l'intérêt scientifique de la méthode, refuser de soigner cette enfant, arrivée si tard, dans des conditions exceptionnellement graves ; mais, par un sentiment d'humanité et en face des angoisses des parents, je me serais reproché de ne pas tout tenter.

Des symptômes avant-coureurs de l'hydrophobie se manifestèrent le 27 novembre, onze jours seulement après la fin du traitement. Ils devinrent plus manifestes le 1er décembre au matin. La mort survint, avec les symptômes rabiques les plus accusés, dans la soirée du 3 décembre.

Une grave question se présentait : Quel virus rabique avait amené la mort? Celui de la morsure du chien ou celui des inoculations préventives? Il me fut facile de le déterminer. Vingt-quatre heures après la mort de Louise Pelletier, avec l'autorisation de ses parents et du Préfet de police, le crâne fut trépané dans la région de la blessure et une petite quantité de la matière cérébrale fut aspirée, puis inoculée par la méthode de la trépanation à deux lapins. Ces deux lapins furent pris de rage paralytique dix-huit jours après, et tous les deux au même moment. Après la mort de ces lapins, leur moelle allongée fut inoculée à de nouveaux lapins, qui prirent la rage après une durée d'incubation de quinze jours. Ces résultats expérimentaux suffisent pour démontrer que le virus qui a fait mourir la jeune Pelletier était le virus du chien par lequel elle avait été mordue. Si la mort avait été due aux effets du virus des inoculations préventives, la durée de l'incubation de la rage à la suite de cette seconde inoculation à des lapins aurait été de sept jours au plus. Cela résulte des explications de ma précédente Note à l'Académie.

Si le traitement préventif n'a jamais amené de résultats fâcheux dans 350 cas, pas un phlegmon, pas un abcès, un peu de rougeur œdémateuse seulement à la suite des dernières inoculations, peut-on dire qu'il a été réellement efficace pour prévenir la rage après morsure? Pour le très grand nombre de personnes déjà traitées, l'une depuis huit mois (*Joseph Meister*), la seconde depuis plus de quatre mois (*Jean-Baptiste Jupille*) et pour la plupart des 350 autres, on peut affirmer que la nouvelle méthode a fait ses preuves.

Son efficacité peut se déduire surtout de la connaissance des moyennes des cas de rage après morsure rabique. Les ouvrages de médecine humaine et de médecine vétérinaire fournissent, à cet égard, des indications peu concordantes, ce qui se comprend aisément si l'on se reporte à ce que je disais tout à l'heure du silence gardé très souvent par les familles et par les médecins sur l'existence des morsures par chien enragé et même sur la nature de la mort, désignée, parfois sciemment, sous le nom de *méningite*, quand on sait bien qu'elle est due à la rage.

On comprendra mieux la difficulté d'établir de bonnes statistiques par le fait suivant : Le 14 juillet 1885, cinq personnes ont été mordues successivement par un chien enragé, sur la route de Pantin. Toutes ces personnes sont mortes de la rage. M. le docteur Dujardin-Beaumetz a fait connaître au Conseil de salubrité de la Seine, par ordre de M. le Préfet de police, les noms, les circonstances des morsures et de la mort de ces cinq personnes. Qu'une telle série entre dans une statistique, la proportion des morts aux cas de morsures s'élèvera. Elle serait diminuée par une série semblable où, au contraire, sur cinq personnes mordues il n'y aurait pas eu une seule mort.

J'aurais plus de confiance dans les statistiques suivantes : M. Leblanc, savant vétérinaire, membre de l'Académie de médecine, qui a longtemps dirigé le service sanitaire de la Préfecture de police de la Seine, a eu l'obligeance de me remettre un document précieux sur le sujet dont je parle. C'est un relevé officiel fait par lui-même sur les rapports des commissaires de police ou d'après des renseignements de vétérinaires dirigeant des hôpitaux de chiens. Ce document comprend six années. Il porte :

Qu'en 1878, dans le département de la Seine, sur 103 personnes mordues, il y eu 24 morts par rage ;

Qu'en 1879, sur 76 personnes mordues, il y a eu 12 morts par rage ;

Qu'en 1880, sur 68 personnes mordues, il y a eu 5 morts par rage ;

Qu'en 1881, sur 156 personnes mordues, il y a eu 23 morts par rage ;

Qu'en 1882, sur 67 personnes mordues, il y a eu 11 morts par rage ;

Enfin qu'en 1883, sur 45 personnes mordues, il y a eu 6 morts par rage.

Les nombres qui précèdent donnent en moyenne 1 mort par rage sur 6 mordus environ.

Mais, pour apprécier l'efficacité de la méthode de la prophylaxie de la rage, il reste une seconde question non moins capitale que celle de la moyenne des cas de mort par rage à la suite des morsures rabiques. C'est la question de savoir si nous sommes suffisamment éloignés de l'instant des morsures chez les personnes déjà traitées pour ne plus craindre qu'elles prennent la rage. En d'autres termes, dans quel délai la rage après morsure rabique fait-elle explosion?

Les statistiques établissent que c'est surtout dans les deux mois, c'est-à-dire dans les quarante à soixante jours qui suivent les morsures, que la rage se manifeste. Or sur les personnes de tout âge et de tout sexe déjà traitées par la nouvelle méthode, 100 ont été mordues avant le 15 décembre, c'est-à-dire depuis plus de deux mois et demi. La seconde centaine a plus de six semaines et deux mois de morsures. Pour les 150 autres personnes traitées ou en traitement, tout se passe jusqu'à présent comme pour les 200 premières.

On voit, en s'appuyant sur les statistiques les plus rigoureuses, quel nombre élevé de personnes ont été déjà soustraites à la mort.

La prophylaxie de la rage après morsure est fondée.

Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Auguste Voisin à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, et Fournier (d'Angoulême), au titre de membre correspondant;

2° Un pli cacheté déposé par M. Crouzat (Accepté);

3° Une note de M. Bodart (d'Indre-et-Loire), sur la mortalité des enfants en bas-âge.

COMMUNICATION

Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsures. — M. PASTEUR fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 209.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES ET LEUCOMAINES

M. GUÉNIOT. Les maladies septiques auxquelles succombent le plus souvent les blessés et les femmes en couches, dérivent-elles d'une cause extérieure ou bien, au contraire, sont-elles engendrées dans l'individu lui-même par un trouble particulier de ses fonctions? Telle est, dans le débat actuel, aux yeux de M. Guéniot, la question à résoudre.

Il note d'abord ce fait capital, que les affections dont il s'agit ne s'observent jamais que concurremment avec l'existence d'une plaie. Pour qu'elles se manifestent, il faut, en effet, que les téguments aient été divisés sur quelque point et que des tissus vivants se trouvent ainsi exposés au contact des corps extérieurs, de l'air très particulièrement.

L'agent infectieux vient donc manifestement du dehors, et l'on comprend mal ici l'intervention de ces alcaloïdes toxiques dont M. Gautier nous a révélé l'existence.

Tout en reconnaissant, avec M. Charpentier, qu'il est parfois difficile de découvrir la source extérieure de l'empoisonnement, M. Guéniot reste néanmoins convaincu, d'après sa propre expérience, que cette recherche ne sera presque jamais négative, si l'on s'applique à la bien faire. Ce que l'on peut tenir pour certain, c'est que la main du chirurgien ou celle de l'accoucheur, les instruments dont ils se servent, les éponges, les pinces de pansement, etc., etc., et par-dessus tout l'atmosphère ambiante, doivent être ici particulièrement incriminés.

Tels sont les points qu'examine successivement M. Guéniot dans son allocution qu'il termine par le résumé et les conclusions qui suivent :

La doctrine microbienne, en nous révélant le mécanisme et la genèse d'un grand nombre de contagions, s'est montrée tellement féconde en déductions pratiques qu'il paraît impossible de méconnaître ses immenses bienfaits. C'est grâce à elle que s'est accomplie, en obstétrique comme en chirurgie, la plus grande découverte thérapeutique qui ait jamais été faite. C'est en effet grâce aux méthodes antiseptiques que ces deux branches de la médecine générale se peuvent aujourd'hui pratiquer avec une sécurité et des succès que nos devanciers n'eussent jamais osé espérer.

Sans doute, la doctrine des microbes ne saurait tout expliquer; la médecine proprement dite n'a pu tirer encore de ses enseignements tout le fruit attendu. Aussi devons-nous saluer avec bonheur la théorie naissante des alcaloïdes animaux; car celle-ci probablement jettera bientôt la lumière sur les points jusqu'ici restés obscurs. Mais ce n'est pas en rivale de son aînée qu'elle doit se présenter à nous. Il y a place brillante pour les deux. Les bienfaits de la première ne se comptent plus, la seconde est riche d'espérances. Nées sur le même sol, toutes deux sont glorieuses pour notre pays. Qu'elles vivent en paix!

M. DE RANSE, en soumettant à l'Académie quelques considérations de pathologie générale, ne vient attaquer ni défendre aucune doctrine; il a plus particulièrement en vue de dégager et de signaler quelques inconnues qu'il appartient aux bactériologistes de résoudre.

Le nombre, chaque jour croissant, de microbes que l'on découvre dans les produits pathologiques, tend à faire attribuer une même origine à toutes les maladies infectieuses, et, comme on assimile volontiers les microbes à des parasites, les maladies infectieuses sont rangées désormais parmi les maladies parasitaires dont elles ne forment plus qu'une variété sous l'étiquette de *parasitisme microbique*.

Laissant pour le moment de côté l'origine des microbes, M. de Ranse montre que la doctrine parasitaire des maladies infectieuses admet implicitement comme démontrées deux choses : 1° la fixité des espèces chez les microbes pathogènes; 2° un mode d'action uniforme de leur part pour produire la maladie. C'est sur l'examen de ces deux points que porte principalement sa communication.

Relativement au premier, il passe successivement en revue les divers caractères par lesquels les microbes nous sont connus ou révélés, à savoir : leurs caractères morphologiques, la manière dont ils se colorent en présence de certains réactifs, les produits chimiques qu'ils engendrent, les phénomènes physiologiques ou pathologiques qu'ils produisent chez les animaux auxquels ils sont inoculés. Il montre, par des citations et des exemples, que ces divers caractères sont essentiellement variables avec les conditions du milieu où se développent et d'où proviennent les microbes.

M. de Ranse insiste particulièrement sur la variabilité des propriétés pathogènes des microbes, variabilité dont l'atténuation des virus fournit une démonstration irrécusable; et il montre par des exemples, celui du typhus entre autres, comment la nature peut réaliser des transformations en tous points analogues à celles qu'on effectue expérimentalement dans les laboratoires. D'où il conclut comment on peut comprendre la spontanéité morbide, c'est-à-dire l'éclosion, sous l'influence de causes banales et d'une déviation des actes nutritifs, d'une maladie infectieuse qui devient ensuite transmissible.

Abordant la deuxième partie de son sujet, c'est-à-dire le mode d'action des microbes pathogènes, M. de Ranse cite un passage d'un travail qu'il a publié en 1868-1869 sur le *Rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies*, passage dans lequel il dit que ces proto-organismes peuvent agir de deux manières : soit à la façon de parasites, par leur développement et leur multiplication; soit comme de véritables principes toxiques, par les produits qu'ils sécrètent ou qu'ils engendrent. Ce qu'il émettait alors comme une simple induction de l'esprit, a été confirmé expérimentalement par les recherches de MM. Gautier et Selmi, et aujourd'hui tout le monde reconnaît que, dans une foule de cas, la simple multiplication des microbes ne saurait donner la raison des lésions ni des phénomènes observés; que, pour comprendre ces lésions, ces phénomènes, il faut faire intervenir l'action toxique des substances produites par ces microbes.

Mais, de plus, les derniers travaux de M. Gautier viennent de montrer que des maladies infectieuses peuvent naître et se développer sans l'intervention de microbes pathogènes, par une simple déviation des actes nutritifs, par une élimination incomplète des leucomaïnes qui se forment incessamment sous l'action de la vie intime des cellules, des éléments anatomiques constituant nos tissus, nos organes. A ces leucomaïnes s'ajoutent, sans doute, des ptomaïnes engendrées par les microbes que nous recélons en

nous et qui concourent dans une certaine mesure à l'accomplissement des actes physiologiques.

M. de Ranse résume et termine sa communication par les considérations et conclusions suivantes :

« Ainsi que l'on envisage, dans les microbes pathogènes, soit la mutabilité des espèces, ou tout au moins la variabilité des caractères d'une même espèce, soit la différence de leur mode d'action sur l'économie vivante, on est conduit à cette conclusion : qu'une doctrine parasitaire exclusive ne saurait rendre compte de la genèse de toutes les maladies infectieuses. La part respective à faire, dans cette genèse, aux microbes, aux ptomaïnes et aux leucomaïnes, est à peine à l'étude, et il est sage d'attendre les résultats de recherches plus complètes, plus approfondies, pour édifier un corps de doctrine.

« En attendant, la discussion, en quelque sorte préliminaire, qu'ont soulevée les travaux de M. Gautier ne restera pas stérile. Il n'est pas indifférent, en effet, pour la prophylaxie et la thérapeutique des maladies infectieuses, de savoir si ces maladies procèdent toujours et fatalement d'un microbe pathogène, c'est-à-dire d'un *agent extérieur*, ou si, pour employer l'expression convenue, certaines d'entre elles peuvent se développer *spontanément*. Dans le premier cas, l'agent extérieur joue le principal rôle et l'être vivant, c'est-à-dire le terrain, un rôle secondaire; dans le second cas, le terrain est tout.

« Il n'est pas indifférent, non plus, de savoir, alors que la maladie procède d'un microbe pathogène, si ce microbe sévit à la façon des parasites, par sa multiplication, sa pullulation, ou s'il doit surtout sa nocivité aux produits toxiques qu'il engendre. Dans les deux cas, sans doute, la prophylaxie est la même et l'on doit avant tout s'opposer à l'invasion de l'économie par le microbe ; mais, une fois que cette invasion a eu lieu, dans le premier cas, on n'a qu'à soutenir la force de l'organisme dans sa lutte avec le microbe, que quelques-uns ont eu la vaine prétention d'atteindre directement ; dans le second cas, on a une ressource de plus, ressource qui n'est pas à dédaigner, celle de neutraliser les effets des produits toxiques, des ptomaïnes, ou d'en assurer et d'en faciliter l'élimination.

« Au point de vue des recherches de laboratoire, la même discussion n'offre pas un moindre intérêt. Jusqu'à présent, le programme des bactériologistes semble s'être principalement, sinon exclusivement concentré sur les recherches ayant pour but de découvrir les microbes dans les produits morbides, de les cultiver, les isoler, les inoculer à des animaux pour voir s'ils reproduisent la maladie de l'individu d'où ils émanent, enfin d'atténuer leur virulence pour les transformer en vaccins. Ce programme, des plus intéressants sans doute, demande à être étendu. On devra d'abord étudier les microbes en eux-mêmes et pour eux-mêmes, c'est-à-dire établir leur histoire naturelle aussi complète que possible, comme on l'a fait pour les êtres supérieurs. On aura ainsi sur leurs genres, leurs espèces, leurs variétés et leurs différentes transformations, des notions qui nous font encore défaut.

« La nature et les variations, suivant les milieux où les microbes se développent, des ptomaïnes qu'ils engendrent, devront faire l'objet d'une étude particulière. Quelle part revient à ces ptomaïnes dans l'action pathogénique de chacun d'eux ? Les recherches ébauchées à ce sujet pour la septicémie par MM. Jeannel et Laulanié devront être reprises et poursuivies sur une vaste échelle.

« L'étude des modifications propres à modifier cette action pathogénique des microbes devra fixer tout spécialement l'attention des bactérialogistes. Comment doit-on comprendre l'atténuation des virus? Agit-on en diminuant la vitalité du microbe pathogène, sa force de développement et de reproduction, comme tendraient à le faire supposer les récentes recherches de M. Arloing sur l'atténuation du *bacillus anthracis?* Est-ce en modifiant les produits toxiques qu'il engendre ? Apporte-t-on une modification plus profonde dans les caractères de l'espèce, comme il semblerait résulter de l'atténuation du microbe du rouget du porc, qui, en perdant sa virulence à la suite de son passage dans l'organisme du lapin, change concurremment de forme?

« La restitution de la virulence aux microbes qui l'ont perdue expérimentalement conduit tout naturellement à rechercher si des microbes ne peuvent acquérir une virulence qu'ils ne possèdent pas originellement ; il y a là toute une donnée d'expériences nouvelles à entreprendre. »

M. HERVIEUX combat la doctrine de l'immunité des femmes enceintes à l'égard de la septicémie puerpérale, doctrine émise par M. Charpentier dans la séance précédente.

M. Hervieux s'appuie sur les relevés statistiques qu'il a fait connaître à l'Académie dans la séance du 6 novembre 1883, relevés d'où il résulte que le nombre des accouchements prématurés est toujours en proportion directe de la mortalité des femmes en couches, c'est-à-dire de l'intensité des épidémies puerpérales.

Des observations personnelles de M. Hervieux, il ressort en outre que le toucher pratiqué sur les femmes enceintes dans les grandes épidémies, par les élèves chargées de soigner les accouchées malades, a été la cause de contaminations qui provoquaient l'accouchement prématuré et souvent même une septicémie puerpérale consécutive. De plus, lorsqu'il régnait à la Maternité une épidémie de pleurésies puerpérales ou d'érysipèles, les femmes enceintes en étaient atteintes et accouchaient encore prématurément.

M. Hervieux invoque encore, pour compléter sa démonstration, les conséquences graves auxquelles exposent, chez les femmes gravides, les opérations et toutes les affections chirurgicales. Il cite à ce propos de nombreuses observations qui prouvent que ces sortes d'affections et ces opérations peuvent engendrer l'érysipèle, l'infection purulente, l'interruption du cours de la grossesse et la mort.

Si la doctrine de l'immunité des femmes enceintes était acceptée, il faudrait renoncer à tous les moyens de préservation dont on entoure les femmes enceintes, et l'Académie ne peut accepter les conséquences de cette théorie.

M. GUÉNIOT est d'accord avec M. Hervieux sur ce fait que les femmes enceintes peuvent être infectées avant l'accouchement, mais à condition qu'elles portent une plaie quelconque, une excoriation du vagin, en un mot une porte d'entrée aux microbes.

Quant à l'immunité des femmes enceintes, M. Guéniot rappelle avoir soutenu, à la Société de chirurgie, qu'elles n'étaient pas plus exposées que d'autres. Mais il y avait exagération à dire qu'elles le sont moins.

M. CHARPENTIER fait observer que relativement à l'étude actuelle de la septicémie puerpérale, il ne faut pas avoir recours, autrement qu'au point de vue historique, aux faits remontant à plus de dix ans, attendu qu'à cette époque l'antiseptie était encore inconnue ou n'était pas appliquée au traitement des femmes en couches.

Relativement à l'immunité des femmes enceintes, M. Charpentier rappelle avoir émis cette opinion que la femme enceinte, saine et bien portante, n'est pas plus apte qu'une autre à contracter une maladie infectieuse, et que la femme enceinte qui n'est ni saine ni bien portante rentre, à ce point de vue, dans la règle générale.

M. HERVIEUX rappelle que dans les épidémies de fièvre puerpérale on a maintes fois constaté ce fait, qu'il n'était pas besoin qu'une femme fût atteinte d'une plaie ou d'une lésion antérieure quelconque pour subir l'influence épidémique et contracter la septicémie. Les plus jeunes et les plus robustes étaient souvent les plus rapidement emportées. Il suffisait qu'elles eussent été touchées par la même sage-femme portant sur son doigt le produit septique. C'est ainsi que toutes les femmes touchées le même jour par la même sage-femme étaient prises le même jour, sans que, sur beaucoup d'entre elles, il fût possible de trouver la moindre prédisposition antérieure.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er mars 1886, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Reverdit, à Thouars; Faure, à Die; Delaigue, à Poncin; Licourt, à Chatillon-sur-Marne; Riban, à Louvigné-du-Désert; Leroyer, à Carrouges; et à M. Liermain, officier de santé à Carvin.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* L'ouverture du concours a eu lieu avant-hier lundi 1er mars 1886, à cinq heures du soir. Après la constitution du jury on a procédé à l'appel des trente-huit candidats inscrits, dont nous avons donné la liste dans le numéro du 13 février. Six d'entre eux n'ont pas répondu. Ce sont : MM. les docteurs Olivier, Poirier, Ricard, Tuffier, Verchère et Walther.

La première épreuve (composition écrite) a eu lieu hier mardi 2 mars. La question donnée a été : « Décrire le crâne osseux, son développement, ses fonctions. »

La lecture des compositions commencera ce soir, mercredi, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et se poursuivra dans l'ordre suivant, fixé par le tirage au sort :

1° M. Truc; 2° M. Forgue; 3° M. de Lapersonne; 4° M. Picqué; 5° M. Pousson; 6° M. Vautrin; 7° M. Ramonède; 8° M. Denucé; 9° M. Hache; 10° M. Étienne; 11° M. Barette; 12° M. Brun; 13° M. Marchand; 14° M. Bazy; 15° M. Gangolphe; 16° M. Routier; 17° M. Schwartz; 18° M. Michaux; 19° M. Ménard; 20° M. Augagneur; 21° M. Jalaguier; 22° M. Castex; 23° M. Nélaton; 24° M. Gerbaud; 25° M. Bar; 26° M. Rémy; 27° M. Stapffer; 28° M. Guinier; 29° M. Bureau; 30° M. Auvard; 31° M. Maygrier; 32° M. Boissard.

Les neuf derniers candidats appartiennent à la section d'accouchements; les vingt-trois premiers à la section de chirurgie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie du deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, commenceront le vendredi 2 avril 1886, sous la direction de M. le docteur Rémy, agrégé, chef des travaux, et se continueront les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine de deux heures à quatre heures de l'après-midi, à l'École pratique, rue Vauquelin, 2.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été pour tous les élèves de troisième année. (Les étudiants pour l'officiat ne sont plus astreints à ces travaux.) Les élèves auront à se munir des objets indiqués par M. le chef des travaux.

Les inscriptions seront reçues de midi à quatre heures de l'après-midi, au bureau du surveillant général de l'École pratique, du lundi 15 mars au mercredi 31 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée.

MM. les étudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— *École de médecine de Caen.* — Des concours s'ouvriront aux dates suivantes, devant la Faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléant à l'École préparatoire de médecine de Caen, savoir :

1° Le 5 novembre 1886, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie;

2° Le 22 novembre 1886, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris; il sera clos un mois avant l'ouverture de chaque concours.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — Un congé de trois mois, avec traitement, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé à M. Perravez, préparateur de zoologie.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Saint-Loup (Rémy), docteur ès sciences, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Gourret, appelé à d'autres fonctions.

— *École des sciences d'Alger.* — M. Pomel, professeur de géologie, est maintenu, pour trois ans, à dater du 30 janvier 1886, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— M. le docteur Panas, professeur de clinique ophthalmologique, commencera des démonstrations d'anatomie microscopique normale et pathologique des yeux, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Dupuytren, le jeudi 11 mars 1886, à trois heures de l'après-midi, et les continuera les samedis et les jeudis suivants, à la même heure, pendant le second semestre de l'année scolaire 1885-1886. Ces démonstrations seront faites au moyen de projections.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), formera un beau volume in-4°, avec 24 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 90 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune d'environ trois feuilles et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La onzième livraison vient de paraître et la douzième et dernière est sous presse. — Il est tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1886, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Septième année. 1 vol. in-8° de 224 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par R. Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et L. Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-8° de 641 pages avec 27 tracés. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité clinique et pratique des maladies des femmes, par M. le docteur Guibout. 1 vol. in-8° de 442 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Annuaire des spécialités médicales et pharmaceutiques (7e année) **pour 1886.** 1 vol. in-16, 470 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Georges Carré.

Nouvelles notes d'histologie normale à l'usage des étudiants en médecine, rédigées par René Bonneval. In-8° autographié de 176 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Mémoires de médecine et de chirurgie, par le docteur E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 337 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge, par le docteur G. Carron de la Carrière. In-8° de 76 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Étude sur la création d'un ordre des médecins analogue à l'ordre des avocats, par le docteur H. Sénac. In-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Jacques Lechevallier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19148.

N° 28. — SAMEDI 6 MARS 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 6 MARS 1886. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les aortites.

A l'occasion de l'autopsie de M. B..., que nous avons rapportée dans notre Revue de samedi dernier, autopsie qui nous a révélé deux ordres de lésions qui avaient été méconnues pendant la vie, le diagnostic de l'une comme de l'autre étant également obscur et difficile dans la plupart des cas analogues, nous avons pris l'engagement de revenir sur quelques faits du même genre dont l'étude faite avec un grand soin pourra peut-être fixer quelques-uns des points restés encore douteux jusqu'ici dans l'histoire de ces affections et fournir quelques éléments utiles à leur diagnostic. Nous ne nous occuperons pour aujourd'hui que des lésions aortiques.

L'histoire des lésions de l'aorte est restée très longtemps et est aujourd'hui encore très vague, malgré un assez grand nombre de traités où les maladies de l'aorte figurent à côté et comme une annexe obligée des maladies du cœur. On est loin de s'entendre non seulement sur les caractères, mais sur l'existence même de l'aortite aiguë. Ainsi pour ne citer que les auteurs les plus récents, tandis que MM. Constantin Paul et Peter admettent l'existence — rare il est vrai — de l'aortite aiguë, M. Jaccoud la conteste. Il n'en est pas de même pour l'aortite chronique, l'aortite athéromateuse, bien autrement commune que l'aortite aiguë et mieux connue au point de vue anatomo-pathologique. Mais son diagnostic est-il toujours aisé, et quels en sont les éléments principaux ?

C'est ce que nous nous proposons d'examiner aujourd'hui en prenant pour guide l'un des cliniciens qui ont apporté le plus de soin à cette étude, M. le professeur Jaccoud.

Nous avons rapporté récemment une curieuse observation d'anévrysme de la crosse de l'aorte, qui déjà touche par quelques points, notamment par l'étiologie, au sujet présent, et à l'occasion de laquelle nous faisions remarquer la scrupuleuse méthode que ce professeur apporte dans l'examen de ses malades. Dans le courant du semestre scolaire précédent nous avions fait la même remarque au sujet de quelques cas d'affection cardiaco-artérielle très intéressants, réunis alors dans son service, mais dont nous n'étions pas en mesure à ce moment d'entretenir nos lecteurs, n'ayant à cet égard que des notes trop incomplètes. En parcourant le volume tout récent que vient de publier M. Jaccoud : *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié* (1884-1885) (1) où l'on retrouve toutes les qualités et tous les mérites, exposition claire et méthodique et analyse clinique pénétrante, qui caractérisent ses précédentes publications, nous venons de retrouver ces mêmes observations rédigées de sa main. Nous avons pensé que nos lecteurs nous sauraient gré de leur en donner ici un résumé aussi exact que possible, d'autant qu'elles s'adaptent on ne peut mieux au but que nous nous proposions, et peuvent projeter quelque lumière sur les obscurités de la question.

Aortite avec lésion cardiaque secondaire.

Un homme de quarante-cinq ans, robuste, entre à l'hôpital de la Pitié, service de la clinique médicale, avec une gêne considérable de la respiration et un œdème volumineux des membres inférieurs, n'accusant comme antécédents que des douleurs articulaires et avouant quelques excès alcooliques.

Un mois avant son entrée, il était devenu court d'haleine ; cette oppression avait augmenté graduellement et il s'y était joint, au bout de quinze jours, une sensation permanente de constriction thoracique ; enfin en dernier lieu les jambes avaient commencé à enfler.

A son entrée, ce que l'on constate tout d'abord, c'est une dyspnée intense. Le facies du malade est pâle et fatigué ; ses conjonctives ont une légère teinte sub-ictérique ; les veines du cou sont gonflées, turgescentes, animées de faibles battements et d'un léger mouvement de reflux. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème considérable, remontant jusqu'à l'ombilic. Le foie, augmenté de volume, dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. Enfin il y a une ascite peu considérable. Le malade se plaint d'un sentiment de constriction thoracique et de douleurs sourdes et continues derrière la partie supérieure du sternum. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier. L'urine, rare et foncée, ne contient point d'albumine.

De par ces symptômes, M. Jaccoud n'hésite pas à penser qu'on se trouve en présence d'une maladie de l'appareil

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1886, chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier.

circulatoire. La palpation et la percussion accusent, en effet, une hypertrophie notable du cœur gauche, dont la pointe fortement déjetée en dehors bat dans le sixième espace intercostal. L'auscultation du cœur fait entendre à la pointe un souffle systolique à timbre aigu, légèrement musical. Un souffle plus fort, plus prolongé, d'un ton plus grave et manifestement râpeux se fait entendre également au premier temps au foyer xiphoïdien.

Ce souffle xiphoïdien, qui ne peut évidemment pas être un bruit de propagation étant plus intense et plus long que le premier, et qui existe pour son propre compte, présente deux particularités remarquables. On y distingue deux parties ou deux temps dissemblables; le premier plus court et doux, le second plus fort et avec le caractère râpeux. En outre, ce souffle se propage au delà du foyer xiphoïdien et se fait entendre dans les deux tiers inférieurs de la région précordiale, aussi bien à gauche qu'à droite du sternum, avec les mêmes qualités de force et de rudesse.

A la base du cœur l'auscultation n'accuse aucun bruit anomal. Mais en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, depuis la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la bifurcation de l'aorte, on entend un souffle rude et fort, correspondant à la systole du cœur et présentant les mêmes caractères que le souffle xiphoïdien.

Enfin à la partie moyenne de la région précordiale et à la pointe, on perçoit un bruit de galop et aux deux bases des poumons, en arrière, des râles sous-crépitants, plus des frottements pleuraux à gauche.

De la réunion de tous ces signes, M. Jaccoud a déduit la formule du diagnostic suivant, diagnostic fort complexe, mais dont on devait voir la justification plus tard : hypertrophie du ventricule gauche; insuffisance mitrale; insuffisance tricuspide; point de lésion à l'orifice aortique; aortite de la portion transversale et de la portion dépendante de l'aorte; péricardite sèche, circonscrite; pleurésie sèche à gauche et à la base; stase pulmonaire des deux côtés.

Le malade, mis au régime lacté et à l'usage de la digitale, éprouva d'abord une amélioration rapide quant à la dyspnée, à l'œdème, à la turgescence du foie et à la stase pulmonaire. Mais, ayant commis l'imprudence de quitter la salle, il se refroidit, et cet accident ramena tous les symptômes avec une gravité telle qu'il ne tarda pas à succomber.

L'autopsie a donné les résultats suivants : Le péricarde ne contenait pas de liquide. Les deux feuillets, mais surtout le feuillet viscéral, ont une teinte rouge très accusée. Le feuillet viscéral présentait, en outre, dans toute la région de la pointe jusqu'à la partie moyenne du cœur, une apparence tomenteuse; elle est recouverte par un dépôt fibrineux qui y est très adhérent. Le feuillet viscéral est recouvert dans toute sa partie supérieure d'un dépôt fibrineux mou, peu adhérent.

Le cœur est volumineux, ses parois sont hypertrophiées. L'endocarde est dans toute son étendue d'un rouge foncé. La valvule tricuspide est altérée; ses trois valves présentent, au niveau de leur partie moyenne, un épaississement manifeste avec une sorte de bourrelet qui se continue insensiblement avec la membrane valvulaire et reçoit par ses extrémités les tendons et les englobe. Pas de rugosités, ni d'aspérités et de perte de substance en aucun point des valves.

La valvule mitrale présente des altérations de tous points semblables, mais plus prononcées encore. La circonférence des deux orifices dépasse la moyenne normale, ils sont élargis d'environ 17 millimètres. Leurs valvules étant déjà raccourcies par l'épaississement en bourrelet de leur moitié inférieure, il en résulte une insuffisance aussi bien de la mitrale que de la tricuspide. Quant à l'orifice et aux valvules aortiques, on constate leur parfaite intégrité.

L'aorte est saine dans son segment initial; mais à partir de la courbure de la crosse et jusqu'à sa bifurcation, elle est profondément altérée; sa surface interne est rugueuse; les parties rugueuses fortement saillantes, boursouflées et comme œdémateuses, ont une teinte rouge violacée; elles alternent avec des parties déprimées, dures, irrégulières, d'un gris jaunâtre, au niveau desquelles se voient des ulcérations superficielles. A l'exception de la dégénérescence calcaire, on constate là toutes les lésions de l'aortite chronique.

L'artérite n'est pas limitée à l'aorte; elle s'étend aux grosses branches qui en naissent, au tronc brachio-céphalique, aux sous-clavières et aux carotides primitives où l'on voit également, comme dans l'aorte, des plaques saillantes et des plaques jaunes de dégénérescence graisseuse.

La plèvre gauche est tapissée dans sa partie inférieure de fausses membranes molles; la plèvre droite contient une certaine quantité de sérosité citrine.

Le poumon droit, fortement congestionné, présente une infiltration hémorrhagique considérable dans son lobe inférieur.

Ainsi s'est trouvé vérifié dans toutes ses parties le diagnostic très complexe formulé par M. Jaccoud, sauf toutefois en un seul point, où l'autopsie a trompé son attente; c'est l'absence sur les valvules tricuspidiennes de ces rugosités, de ces aspérités, et de ces déformations auxquelles le professeur s'était cru fondé à attribuer l'étendue, la force et le caractère râpeux et piaulant du souffle xiphoïdien. Il lui a fallu en chercher la cause ailleurs et il a cru la trouver, en l'espèce, dans le fait de la propagation d'arrière en avant du souffle très rude de l'aorte descendante.

Mais laissons ce point secondaire, pour faire ressortir ici un autre point plus important, savoir : la distribution des lésions complexes constatées.

Quel avait dû être ici l'ordre de succession des deux lésions principales, la lésion cardiaque et la lésion aortique? Avait-on eu affaire à une affection cardio-artérielle, c'est-à-dire dont le processus morbide, ayant commencé par le cœur, se serait étendu consécutivement à l'aorte et de là aux autres artères, — ce qui est le cas le plus commun? — Ou bien, était-ce, au contraire, une affection primitivement aortique, à laquelle le cœur n'aurait participé que secondairement et d'une manière contingente? C'est cette seconde interprétation que M. Jaccoud a adoptée pour ce cas, en se fondant sur ce fait, révélé par l'autopsie, que les lésions de l'aorte étaient beaucoup plus importantes, plus avancées et partant plus anciennes que les lésions cardiaques.

D'un autre côté, ce cas démontre que les lésions secondes ne sont pas toujours l'effet de l'extension par voie de continuité des premières. Ici, en effet, la propagation n'a pas été directe, puisque, entre le cœur et le point de l'aorte où commençait l'altération, il y avait une assez grande étendue de ce vaisseau restée saine. Chacun de ces deux organes a été altéré isolément et en quelque sorte pour son propre compte; mais cette autonomie de chacune des lésions n'exclut ni l'influence réciproque qu'elles ont pu exercer l'une sur l'autre, ni la communauté d'influence étiologique qui leur a donné naissance. L'influence de l'aortite sur l'en-

docardite ne saurait être un instant mise en doute; elle s'est traduite ici, comme dans tous les cas de ce genre, en provoquant l'hypertrophie et la dilatation des ventricules, et par suite l'élargissement des orifices auriculo-ventriculaires. Quant à l'influence étiologique commune, elle n'était pas moins évidente ici, cet homme ayant été à la fois alcoolique et rhumatisant.

Maintenant que nous avons, sinon épuisé, du moins exposé dans leurs détails les plus essentiels, les particularités extrêmement intéressantes de ce fait et les principaux enseignements cliniques qui en ressortent, nous allons essayer, en prenant toujours M. Jaccoud pour guide, d'esquisser quelques-uns des grands traits de l'histoire de l'aortite chronique.

De l'aortite chronique.

Y a-t-il lieu d'admettre comme maladie distincte, une aortite aiguë? Telle est la question que pose M. Jaccoud et qu'il avait du reste déjà soulevée et résolue dans son *Traité de pathologie*. Étudiant la question au double point de vue anatomique et clinique, il arrive à cette double conclusion, savoir : Qu'au point de vue anatomique la conception de l'aortite aiguë manque de base, cette affection procédant par poussées successives, ne produisant jamais du premier coup la totalité de ses lésions, les lésions récentes, quand on en rencontre dans les autopsies, se trouvant toujours à côté de lésions anciennes; — Qu'au point de vue clinique, l'étude des observations montre l'une des deux éventualités suivantes : le cœur s'adapte à la lésion artérielle, le malade ne présente aucun phénomène imputable à l'appareil circulatoire, et l'aortite plus ou moins récente trouvée à l'autopsie est demeurée absolument muette; — ou bien l'individu souffre de troubles respiratoires et circulatoires qui le conduisent par leur aggravation continue à l'asystolie terminale, mais alors les altérations sont complexes. Avec l'aortite il y a des lésions du cœur ou du péricarde, des lésions des poumons, ailleurs des lésions des reins, et dans le complexus symptomatique qui en résulte, on ne peut assigner à l'aortite récente la part qui lui revient, l'ensemble et l'enchaînement des accidents étant les mêmes, que l'aortite soit nouvelle ou ancienne.

La même remarque s'applique aux symptômes douloureux ou à certaines suites des lésions artérielles, telles qu'embolies, gangrène, anévrysme, etc., qui appartiennent aussi bien à l'aortite ancienne qu'à la récente.

Conclusion : il n'y a pas lieu d'admettre cliniquement comme maladie autonome une aortite aiguë, à laquelle on ne saurait assigner aucun caractère spécial.

Quels sont les signes et les symptômes de l'aortite chronique?

Dans un certain nombre de cas, l'aortite peut être complètement latente, ses symptômes étant masqués par une grave altération du cœur ou du péricarde, ou bien faisant défaut par suite d'une adaptation suffisante du cœur.

En dehors de ces deux circonstances, l'aortite s'exprime par un certain nombre de symptômes, qui sont :

1° L'hypertrophie du ventricule gauche, à l'exclusion de toute autre des causes qui y donnent lieu d'habitude;

2° La matité anomale en dehors du bord droit du sternum, commençant dans le troisième espace intercostal et remontant plus ou moins haut vers l'articulation sterno-claviculaire; — n'ayant qu'une valeur relative;

3° Le souffle systolique entendu sur le trajet de l'aorte, d'une valeur également conditionnelle, n'ayant sa signification absolue que dans les cas où il n'y a pas de souffle à l'orifice du vaisseau, ou lorsque le souffle perçu au foyer d'origine est tellement faible qu'il est impossible de lui attribuer une diffusibilité éloignée.

Le pouls dans l'aortite n'a pas de caractères constants. Il varie selon que l'aortite est isolée, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas artério-sclérose périphérique, etc.

Les symptômes subjectifs ne sont pas moins variables. L'aortite est en général une affection douloureuse, à moins qu'elle soit bornée au segment initial du vaisseau ou à l'aorte descendante. C'est le plus souvent une douleur rétro-sternale, continue ou paroxystique; dans d'autres cas elle siège plus particulièrement au niveau des articulations sterno-claviculaires et à la base du cou; ou une sensation diffuse et angoissante de constriction thoracique; enfin un accès d'angine de poitrine.

Enfin un groupe de phénomènes subjectifs est constitué par les troubles respiratoires; respiration courte et laborieuse, toux, fréquents accès de dyspnée, survenant sous l'influence de la moindre fatigue, ou sans cause occasionnelle appréciable.

Les causes déterminantes de l'aortite peuvent être rapportées à trois chefs : la propagation; l'augmentation de pression; l'altération du sang.

Les causes dyscrasiques agissent par l'intermédiaire d'une altération du sang qui trouble la nutrition des parois vasculaires, ce sont : l'alcoolisme, l'intoxication saturnine, l'impaludisme, la syphilis, le rhumatisme et la goutte.

Quant au traitement, il repose sur les principes suivants : Lorsque le cœur est intéressé et que la compensation est mauvaise, la conduite à suivre est la même que dans l'asystolie en général. Lorsque, au contraire, l'adaptation du cœur est bonne et que l'aortite est seule en cause, le régime lacté mixte, les alcalins et l'iodure de potassium sont les meilleurs moyens d'action. Les bromures et les injections de morphine constituent une médication symptomatique d'une grande efficacité dans les formes douloureuses ou dyspnéiques.

S'efforcer, dans tous les cas, de soustraire les malades aux influences pathogéniques et traiter toutes les affections générales dont l'aortite peut être tributaire. Enfin ne pas oublier que l'hypertrophie du cœur est ici un phénomène salutaire, et qu'il faut, par suite, laisser de côté toute médication spoliatrice qui pourrait en entraver le développement.

Tel est en raccourci, mais dans ses traits principaux, le tableau de l'aortite chronique, tel que l'a présenté M. Jaccoud à l'occasion des faits de ce genre qui se sont présentés dans son service.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis.

I

La pénétration du virus syphilitique dans l'organisme, sous quelque mode que ce soit, y crée un état morbide dont le caractère le plus essentiel, à toutes ses phases, est d'être général, c'est-à-dire d'exprimer par l'ensemble de ses manifestations successives, l'imprégnation permanente et pro-

fonde des parties les plus intimes de l'être, des éléments qui constituent la substance primordiale de la vie.

Le principe virulent commence son œuvre dès le jour où il a été mis en contact avec les tissus et il la poursuit pendant des années. Quelquefois il l'interrompt si longtemps et d'une façon si complète en apparence, qu'on pourrait croire qu'il l'a définitivement abandonnée ; mais trop souvent aussi il donne, jusqu'au terme de l'existence, des preuves multipliées de son activité.

Quoique la syphilis reste toujours identique à elle-même et que toutes ses manifestations émanent d'une source immuable, dont la nature n'a subi avec les siècles aucune transformation, il y a cependant, entre les produits morbides qu'elle crée, des propriétés différentes suivant l'époque de leur élaboration.

I. Parmi ces propriétés, il en est une qui prime toutes les autres. Elle ne tient pas, en effet, à des particularités plus ou moins importantes de forme, de localisation, de processus anatomo-pathologique, mais à une circonstance capitale dans l'évolution de la maladie.

Cette propriété, c'est la virulence et la contagiosité.

L'accident primitif, le chancre infectant, la possède au plus haut degré. Mais on la retrouve aussi dans toutes les lésions qui surviennent pendant les premières années de la syphilis. On la retrouve dans le sang lui-même. La plaque muqueuse en est le foyer le plus actif et le plus répandu.

A mesure qu'on s'éloigne du début de l'intoxication, le principe contagieux et inoculable ne se multiplie plus avec la même activité sous forme de lésions virulentes. Les poussées éruptives des papules humides se font à des intervalles de plus en plus éloignés; les éléments morbides qui les constituent diminuent de nombre et finissent même par perdre leur spécificité morphologique; puis ils disparaissent complètement pour ne plus se reproduire.

A partir de ce moment, la syphilis a perdu son caractère initial de maladie contagieuse.

Il se peut qu'elle sommeille pendant longtemps, qu'elle semble même s'éteindre définitivement et qu'elle se réduise à ces explosions successives d'accidents qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler sa période secondaire.

Rien ne nous donne cependant une garantie positive qu'elle n'ira pas plus loin. On ne peut faire à cet égard que des conjectures basées sur une somme plus ou moins grande de probabilités.

Mais ce qu'il est à peu près permis d'affirmer, c'est que si elle suscite dans l'organisme de nouvelles lésions, leurs produits auront perdu ce pouvoir de virulence contagieuse qui la rendait si redoutable, au point de vue de la propagation syphilitique, pendant la première phase de l'évolution.

C'est là un grand fait, d'une immense portée, quand on en mesure toutes les conséquences pratiques. Eu égard à la conception théorique du processus général de la syphilis, il n'est pas d'une importance moins considérable.

N'établit-il pas, en effet, une ligne de démarcation profonde entre les deux grandes étapes de la syphilis? Quel autre signe distinctif plus tranché pourrait-on trouver entre elles? Lequel aurait une aussi haute valeur clinique, pathologique et, on peut ajouter, sociale?

Oui, sociale, car pendant la phase virulente le syphilitique est dangereux pour le milieu dans lequel il vit. Bien plus, il l'est aussi pour l'espèce, puisque la transmission de la maladie par l'hérédité est en raison directe de la puissance virulente.

Lorsque le virus a disparu dans les déterminations morbides, le syphilitique est inoffensif pour ceux qui l'entourent et pour sa progéniture. Il n'est plus dangereux que pour lui-même; et, chose curieuse, il l'est bien autrement que pendant la période virulente. Qu'est-ce qu'une petite plaque muqueuse comparée à une gomme?

Il y a moins d'un demi-siècle, on croyait que la virulence de la syphilis n'existait que dans le chancre et qu'elle finissait avec lui. Aussi ne la faisait-on pas intervenir comme caractère différentiel entre les diverses phases du processus. On se bornait alors à diviser la maladie en période secondaire et période tertiaire, sans rien ajouter à ce qu'avaient dit sur ce sujet Thierry de Héry et Hunter.

Du jour où la clinique et l'expérimentation eurent démontré d'une façon indéniable la contagiosité et l'inoculabilité des accidents dits secondaires, ainsi que la non-contagiosité et la non-inoculabilité des produits morbides scléro-gommeux appartenant aux périodes ultérieures, la doctrine chronologique de l'évolution fut ébranlée. On continua à diviser les accidents en accident primitif, accidents secondaires, accidents tertiaires; on y ajouta même des accidents quaternaires. Mais on sentait déjà vaguement que la notion simple et un peu trop élémentaire de la succession des phénomènes était insuffisante et qu'il fallait lui substituer une base plus solide. Où la trouver, sinon dans la nature intime des lésions et dans les grands caractères communs que leur imprime la maladie générale, à travers toutes les vicissitudes pathologiques qu'elle fait subir à l'organisme pendant la durée indéfinie de son évolution?

Plus j'ai réfléchi à cet important sujet, et plus j'ai été convaincu que la vraie base de la classification évolutive des accidents résidait dans la virulence ou la non-virulence des produits morbides. Il y a plusieurs années que j'ai exposé ma manière de voir sur le processus de la syphilis. Le temps ne l'a point modifiée. Aujourd'hui, comme autrefois, je pense que la syphilis consécutive ou généralisée, prise dans son ensemble, doit être divisée en deux grandes périodes, la période virulente et la période non virulente. Ces deux périodes correspondent assez exactement, l'une à la période secondaire, l'autre à la période tertiaire. Aussi comme ces dernières qualifications sont consacrées par l'usage, je les emploierai fréquemment. Elles sont restées dans le langage commun; tout le monde, même les personnes étrangères à la médecine, sait à peu près ce que veulent dire les mots : accident primitif, accidents secondaires, accidents tertiaires. Je donnerai même pour titre, à cette nouvelle série de leçons, celui de *Syphilis tertiaire*.

Ces préliminaires posés, étudions de plus près les différences ou les ressemblances qui permettent de réunir sous des groupes distincts les nombreuses déterminations de la syphilis pendant toute sa durée.

Mais d'abord où commence la virulence, où finit-elle?

Rien ne paraît plus aisé que de répondre à la première question. Qui ne dira que la virulence commence avec le chancre? Matériellement cela est vrai. Avant l'apparition de l'accident primitif, il n'existe en effet dans l'organisme aucune lésion, aucun trouble fonctionnel qui puisse faire soupçonner que l'intoxication syphilitique est en train de se faire ou même qu'elle est déjà un fait accompli. Et cependant il est fort probable qu'une certaine virulence, vague et encore incomplète, s'empare peu à peu de l'économie pendant la

longue incubation de la sclérose initiale. Est-il admissible *a priori* que, dans la durée moyenne de vingt-cinq à quarante jours, entre le moment précis de la contamination et celui de l'apparition du chancre, tout le travail morbide se réduise à une élaboration virulente sur un point presque imperceptible de la peau ou des muqueuses? Je ne le pense pas.

Dans plusieurs de mes écrits, j'ai cherché à élucider ce point si obscur de la pathologie syphilitique et à découvrir la signification du phénomène mystérieux de l'incubation chancreuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Sarcome de la muqueuse utérine. — **M. TERRILLON** communique l'observation d'une malade qu'il a opérée dans son service. Il s'agit d'une femme âgée de cinquante-trois ans, sans antécédents particuliers; les règles cessèrent à quarante-cinq ans; elle n'a jamais eu d'enfants. Son ventre augmenta de volume et elle y ressentit des douleurs assez vives; elle est amaigrie et affaiblie. A certains moments, elle perd des matières blanchâtres. Au palper, on sent une tumeur fluctuante; au toucher, le col est immobilisé; la tumeur et le col semblent se confondre. L'hystéromètre ne pénètre pas.

Une ponction exploratrice donne 6 litres d'un liquide noirâtre. M. Terrillon pratique l'opération : incision abdominale, ponction donnant 7 litres de liquide rougeâtre. L'examen lui montre qu'il s'agit d'un utérus distendu; il lie les ligaments larges, place une broche au-dessus du col de l'utérus, résèque l'utérus, fixe le col utérin à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Les suites de l'opération furent simples; mois la malade s'épuisa et mourut cinquante-huit jours après. L'autopsie révéla l'existence de ganglions sarcomateux.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'un utérus distendu et hypertrophié. Une masse sarcomateuse obstruait complètement l'orifice interne du col utérin. La surface interne de la poche était recouverte de masses mamelonnées. L'examen histologique a montré que l'hypertrophie de la muqueuse était due à du tissu sarcomateux, bien limité à la muqueuse. Il n'y avait pas d'épithéliome ni de carcinome.

C'était bien là une hématomètre par rétention, résultant de la présence d'un sarcome utérin. M. Terrillon rappelle les travaux antérieurs sur ce sujet, ceux de Virchow, de Simpson, de Sinety, etc. M. Péan a communiqué un cas analogue qu'il a présenté à l'Académie de médecine en 1877. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, mars 1877.)

M. Terrillon fait ressortir les analogies de cette observation avec la sienne. En résumé, le sarcome de la cavité utérine est une maladie à évolution lente, caractérisée par l'augmentation de volume de l'utérus transformé en kyste volumineux. Il s'accompagne d'une cachexie spéciale.

M. TILLAUX a vu, dans son service, un sarcome à forme polypeuse de la muqueuse utérine. Il put extraire ces polypes, et la malade sortit de l'hôpital beaucoup mieux. Elle revint avec de nouveaux polypes; M. Tillaux fait de nouveau le curage, le raclage de l'utérus; puis survinrent une deuxième et une troisième récidive. M. Ranvier examina les pièces et déclara que c'était du sarcome pur de la muqueuse utérine. M. Tillaux fit la laparotomie et ne put enlever l'utérus, à cause d'adhérences généralisées. Il aurait fallu faire l'hystérectomie au début.

M. GILLETTE a observé trois cas analogues : il s'agissait de malades portant dans la cavité de l'utérus des tumeurs rappelant un placenta. Il les a opérées par le raclage ou à l'aide de l'écraseur. L'examen a montré que c'était du sarcome. Chez la première malade, l'utérus était plein; le col était dilaté; on y pouvait introduire la main. Elle était cachectisée. Cette malade a complètement guéri. Dans un second cas, la tumeur était plus vaginale qu'utérine; ablation, mort. La troisième malade avait de grosses tumeurs adhérentes à la muqueuse; ablation par le même procédé, guérison.

M. PONCET élève des doutes sur la nature histologique de ces tumeurs. Généralement le sarcome est envahissant et récidive. Il est difficile de rattacher ces tumeurs au véritable sarcome.

M. TERRILLON dit que l'observation de M. Tillaux est intéressante, en ce sens qu'elle est bien conforme aux descriptions des auteurs allemands et américains. Il y a des cas où, après le grattage, on a eu des survies considérables.

M. Terrillon répond à M. Poncet que, chez sa malade, les ganglions étaient atteints.

Kyste de l'ovaire. — **M. ANGER** revient sur la malade dont M. Terrillon a parlé dans la dernière séance. Il a soigné cette malade en 1879, à l'hôpital Tenon. Elle était dans un état tellement grave qu'il ne crut pas devoir faire l'opération. La circonférence de l'abdomen était de 96 centimètres. Il se borna à faire une injection de chlorure de zinc avec une solution à 30 p. 1000. Il n'y eut pas grand changement; une seconde injection fut suivie de réaction inflammatoire. A la suite de cette injection, le ventre s'aplatit, la poche se rétracte. La circonférence de l'abdomen tombe à 82 centimètres. La malade eut de la diarrhée et fut prise d'un érysipèle grave dont elle se remit. Elle sortit, la circonférence de l'abdomen ne mesurant plus que 80 centimètres, l'appétit et les forces étaient revenus. La tumeur n'avait plus que le volume du poing. M. Terrillon a fait l'autopsie de cette malade, qui est morte d'un abcès du foie en communication avec l'intestin. Cela n'a pas de rapport avec le kyste ovarique. Elle a survécu six ans à une injection de chlorure de zinc. M. Anger serait disposé à faire de nouveau ces injections dans certains kystes de l'ovaire, surtou dans les kystes paraovariens.

M. TERRILLON fait observer que cette femme souffrait horriblement. Elle avait des adhérences anciennes qui sont probablement pour quelque chose dans les accidents qu'elle a présentés.

M. TERRIER dit que ces injections antécédentes l'ont empêché d'opérer cette malade. Il pense que ces injections sont un procédé détestable. L'ovariotomie lui paraît bien préférable.

M. GILLETTE a recours à ces injections caustiques dans les cas d'ablation partielle de kystes ovariques, avec suture de la poche à la paroi abdominale. Il a une malade qu'il traite en ce moment de cette façon et qui est en voie de guérison.

M. TERRIER dit qu'il y a une grande différence entre le procédé préconisé par M. Anger et celui dont vient de parler M. Gillette. Il pense que M. Gillette s'abuse quand il croit guérir sa malade. Lorsqu'il s'agit de kystes multiloculaires, ces malades ne guérissent jamais; elles ont des fistules persistantes et la paroi du kyste continue à végéter. En outre, ces tumeurs sont des épithéliomes qui continuent à augmenter, quoi qu'on fasse. Il cite un cas de ce genre dans lequel il y a de la généralisation, de l'infection épithéliale.

La guérison n'est possible, dans ces cas, qu'à la condition d'avoir affaire à un kyste dermoïde uniloculaire.

M. GILLETTE ne considère pas sa malade comme guérie, mais il espère cette guérison. Il empêche la fistule de se fermer et continue les cautérisations.

M. TERRIER ne connaît pas d'exemples de kystes multiloculaires de l'ovaire incomplètement enlevés, qui aient guéri.

Étranglement interne, laparotomie, guérison. — **M. BERGER** fait un rapport sur une communication de M. Quenu, relative à un cas d'étranglement interne guéri par la laparotomie. Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans qui portait une grosse hernie crurale du côté droit; étranglement interne, vomissements; après quatre jours, elle entre à Beaujon, dans un état encore assez satisfaisant. Lavage de l'estomac. Le lendemain, vomissements fécaloïdes. M. Quenu fit alors la laparotomie, arriva à l'orifice interne

de la hernie crurale, s'assura qu'il n'existait aucun obstacle. Dans les parties environnantes, il reconnut une masse assez dure; il existait un collet dans lequel une anse intestinale était prise. Il fit ressortir cette anse, la réduisit. Il existait un petit sac herniaire au dedans de la cavité abdominale; il en incisa le collet, et referma le ventre. Après des phénomènes de congestion pulmonaire, la malade guérit rapidement.

M. Berger fait suivre cette analyse de quelques réflexions : relativement au lavage de l'estomac, préconisé en Allemagne, il fait observer que ce lavage n'amène qu'une amélioration passagère et est nuisible en ce sens qu'il retarde l'intervention chirurgicale. Ces lavages peuvent cependant être utiles avant l'opération, pour diminuer la distension de l'intestin. M. Quenu a agi d'accord avec les indications chirurgicales. Généralement, à cet âge, on est disposé à attribuer les accidents d'étranglement à la présence d'un cancer. Cette observation montre qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'il faut ne pas se contenter d'établir un anus contre nature, mais bien recourir à la laparotomie. Quant à la présence de ce sac intérieur, M. Berger serait disposé à l'attribuer à une hernie inguinale concomitante dont le sac se serait réduit. La précaution prise par M. Quenu de débrider le collet de ce sac est-elle suffisante? M. Berger aurait préféré en faire l'excision ou l'oblitération par une suture de ses deux feuillets.

M. LE DENTU, relativement au lavage de l'estomac, dit qu'on l'a pratiqué trois fois dans son service sans aucun résultat. Le meilleur moyen d'arrêter les vomissements dans ces cas est d'opérer. Tout ce qui peut retarder l'opération lui semble contre-indiqué. Il serait disposé à renoncer complètement à la pratique du lavage de l'estomac, sauf dans certains cas exceptionnels.

M. NICAISE établit une distinction entre le lavage et l'évacuation simple de l'estomac. Il y a des faits d'amélioration et même de guérison d'étranglements internes par le lavage de l'estomac. Mais M. Nicaise préfère l'évacuation simple, qui est une opération sans inconvénients. Toutefois il y a des cas où le lavage de l'estomac permet d'éviter l'opération. Il cite un exemple de ce genre : il s'agissait d'une dilatation telle de l'estomac que celui-ci allait jusqu'à la fosse iliaque. Le malade fut pris d'accidents d'étranglement interne; un lavage de l'estomac permit de retirer plusieurs litres de liquide, et les phénomènes d'étranglement cessèrent.

M. POLAILLON cite l'exemple d'une femme atteinte de hernie ombilicale avec des phénomènes d'étranglement. Elle était dans un état tellement grave qu'il ne fallait pas songer à l'opérer. M. Constantin Paul lui fit des lavages de l'estomac et arriva ainsi à la soulager et à la prolonger de dix jours. M. Polaillon croit donc que c'est là un moyen qui peut rendre service et qu'il n'y a pas lieu d'y renoncer.

M. TERRIER dit que si le diagnostic d'étranglement interne ou externe est porté d'une façon précise, il ne faut pas hésiter à opérer. Quant aux cas d'obstruction de cause inconnue, il y a lieu d'essayer le lavage de l'estomac au même titre que l'électrisation.

M. BERGER fait observer que le lavage de l'estomac n'a été préconisé par les Allemands, dans ces cas, que comme un moyen palliatif. Il y a un cas où il a déterminé une pneumonie septique. Sans l'admettre d'une façon générale, M. Berger pense qu'il peut rendre service dans certains cas avant l'opération.

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. — M. NICAISE présente une pièce provenant d'une femme de vingt-quatre ans, qui portait un fibro-sarcome de la paroi abdominale ayant marché assez rapidement. Le diagnostic s'est vérifié par l'opération. La tumeur était adhérente à la crête iliaque. M. Nicaise a pu décoller la tumeur des aponévroses qui l'englobaient et du péritoine contre lequel elle était accolée sans y adhérer complètement.

Après l'opération, il restait une plaie très irrégulière, à cause des différentes hauteurs auxquelles il a dû agir. M. Nicaise a fait la suture à étages, ainsi que l'a préconisée Socin (de Bâle). Quelques jours après, la malade a eu de légers symptômes de péritonite. Aujourd'hui elle est complètement guérie. La réunion s'est faite par première intention dans la plus grande partie. M. Nicaise pense que cette malade n'aura pas d'éventration, à cause de cette suture à étages.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome. M. Nicaise a présenté une observation analogue en 1878. Cette malade a également guéri.

M. LE DENTU a observé plusieurs cas analogues : deux lipomes de la paroi abdominale, un fibro-lipome chez un enfant de seize ans, un myxo-lipome enlevé au voisinage de la crête iliaque, un fibrome situé dans l'épaisseur même du muscle grand droit, un sarcome ou fibro-sarcome médian, qui occupait une partie de la région sous-ombilicale qui ne fut pas opérée; enfin, tout récemment, un énorme sarcome inopérable. D'une manière générale, il faut éviter de laisser grossir ces tumeurs et les opérer de bonne heure, afin de ne pas les trouver adhérentes au péritoine.

M. Le Dentu attache la plus grande importance au drainage dans ces cas, la réunion immédiate totale étant presque impossible. Il faut mettre des tubes dans tous les points déclives et ne pas se hâter de les retirer. Le drainage prolongé est ici une condition de guérison.

M. GILLETTE a opéré une jeune femme de vingt-cinq ans, qui portait une tumeur analogue, du volume d'une grosse orange. Elle était sous le muscle grand droit, appliquée contre le péritoine. Il n'y a pas eu d'incision du péritoine. Il n'y a pas eu d'accidents ni d'éventration consécutive. La malade a été guérie en dix-huit jours.

M. NICAISE fait observer que ces tumeurs ne sont pas souvent adhérentes au péritoine : c'est ce que l'on rencontre pour les kystes inclus du ligament large.

ÉLECTION

M. Léon Labbé, sur sa demande, est proclamé, par élection, membre honoraire de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des jours gras, la Faculté de médecine de Paris sera fermée les lundi 8 et mardi 9 mars 1886. Mais le secrétariat restera ouvert le lundi 8 et les consignations seront reçues ce même jour, de midi à une heure.

— Par décision ministérielle, en date du 4 mars 1886, le comité consultatif du service de santé militaire a été constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le médecin inspecteur général Didiot. — *Membres :* MM. les médecins inspecteurs Perrin, Colin, Gaujot; M. le pharmacien inspecteur Coulier. — *Secrétaire :* M. le médecin principal Chambé.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 février 1886, M. le docteur Rattel a été nommé médecin adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 mars 1886, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille, s'ouvrira, le 6 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

— MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de cet arrondissement, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance, le lundi 15 mars 1886. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de soixante-six ans, de M. le docteur Courty, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chameret, 19, rue des Saints-Pères. — 19157.

74

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes,* on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café Elixir de Boldo-Verne. — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

7

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(Dragées de BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 0,25; bi-iodure d'hydrarg., 0,005.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : 5f.

Elles ont sur le **sirop** le *grand avantage d'être d'un volume insignifiant et d'un emploi beaucoup plus commode et agréable,* et, en raison de leur **extrême solubilité**, leur absorption est tout aussi rapide. (*Affections rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses. — Maladies rebelles de la peau, etc.*)

Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, rue de Cléry, et toutes pharmacies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Très facile et très agréable à prendre.
Ne contient aucun drastique.
Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

22

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiues cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

19

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne contient jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**
MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et tes phies.

42

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**
Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tont spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.
GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

42

BAIN DE PENNÈS, HYGIÉNIQUE

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer.**
Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.
Gros : 2, r. de Latran. Détail: toutes pharm.

41

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement.

60 dragées, 5f. Echant. gratis à MM. les médecins.
Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

33

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50
105, r. de Rennes, PARIS
et Phies.

C. Freyssinge

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

39

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

172

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

38

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

136

VIN DURAND TONI DIGESTIF

Le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs et d'un goût exquis.

Dyspepsie, anémie, constipation, convalescences.

Le **VIN DURAND** est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif ni purgatif, détruise la constipation ; c'est la preuve indiscutable qu'il rétablit les fonctions digestives.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris et par les principales sommités médicales.

8, avenue Victoria, Paris.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

88

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 29. — MARDI 9 MARS 1886. 59e ANNÉE. MARDI 9 MARS 1886. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Des accidents cérébraux dans les maladies du cœur.

ÉTAT MENTAL DES CARDIAQUES.

I

Pour compléter l'étude des troubles cérébraux d'origine rhumatismale, il me reste à vous parler de ceux que le rhumatisme engendre, non plus directement, comme les précédents, mais *médiatement*. Je fais allusion aux troubles qui dépendent des lésions cardiaques, consécutives elles-mêmes le plus souvent, sinon toujours, au rhumatisme.

L'histoire de ces troubles a subi de singulières vicissitudes. Lorsqu'on parcourt la littérature médicale du commencement de ce siècle, on y voit les phénomènes psychiques occuper une place fort honorable et parfois même un peu trop large, dans la symptomatologie que les auteurs attribuent aux affections du cœur. Corvisart, par exemple, insiste sur les modifications qu'imprime au caractère le développement de ce qu'il appelle l'anévrysme, de ce que nous appelons aujourd'hui l'hypertrophie du cœur. Saucerotte fait des remarques analogues. Mais c'est surtout à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne, qu'on est frappé de la coïncidence fréquente des désordres psychiques et des affections du cœur : Nasse, Kreisig, Testa, Jacobi, Fleming, n'hésitent pas à accorder un rôle important à ces affections dans la genèse de la folie. Peut-être vont-ils un peu loin, et l'exagération même de leur doctrine nous rend compte de la défiance avec laquelle celle-ci est accueillie par des aliénistes éminents, comme Griesinger et Guislain : si bien qu'après avoir été mises en bon rang, en trop bon rang, parmi les causes susceptibles de produire l'aliénation, les lésions cardiaques, durant une assez longue période, qui est voisine de la nôtre, sont presque oubliées dans les chapitres consacrés à l'étiologie de la folie. Dans ces derniers temps, on a fort heureusement réagi contre ces exagérations en sens inverse. Sans aucun doute les maladies de l'organe central de la circulation ne sauraient être tenues pour l'une des causes efficientes et principales de l'aliénation mentale, mais elles n'en interviennent pas moins dans quelques cas pour provoquer l'éclosion de la folie; de même, si dans la symptomatologie des lésions du cœur, les désordres psychiques ne tiennent qu'une place secondaire et un peu effacée, par rapport à d'autres troubles, aux troubles pulmonaires ou rénaux par exemple, ils interviennent cependant dans plus d'un cas, à titre d'épisode accidentel ou prédominant, quelquefois même à titre d'épisode à bruyantes allures. C'est là ce que tendent à établir les observations contemporaines, celles de Lasègue, de Fabre (de Marseille), de Maurice Raynaud, celles de MM. Peter, Ball et de leurs élèves (1).

Vous concevrez aisément que les affections du cœur puissent retentir sur le cerveau et amener, à leur suite, des troubles psychiques de nature et d'intensité variable, en vous rappelant les perturbations plus ou moins profondes qu'elles apportent dans l'accomplissement des circulations locales. Les lésions mitrales et les lésions aortiques agissent d'ailleurs, vous le savez, par des procédés pathogéniques différents. Les altérations des valvules sigmoïdes de l'aorte, l'insuffisance en particulier, amènent à leur suite l'anémie. Celles de la valvule mitrale, en créant un obstacle à la circulation en retour, déterminent de la congestion passive. Cette différence dans les conséquences des lésions, suivant leur siège, explique dans une certaine mesure les variations habituelles du tableau symptomatique, particulièrement des troubles psychiques, suivant qu'on a affaire à des lésions du premier ou du second groupe.

Vous n'ignorez pas d'ailleurs qu'à un moment de leur évolution, les premières comme les secondes, quoique moins souvent que les secondes, peuvent aboutir à la parésie cardiaque, c'est-à-dire à l'asystolie. Alors la physionomie habituelle des lésions aortiques s'efface et leur symptomatologie fonctionnelle se confond avec celle des lésions mitrales graves.

Vous prévoyez, d'après cela, que nous aurons à envisager

(1) Parmi les travaux les plus récents parus sur le sujet, je dois signaler les suivants :

I. Hirtz, *De quelques manifestations cérébrales dans les affections cardiaques*. Thèse de Paris, 1877;

II. Limbo, *Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine cardiaque*. Thèse de Paris, 1878;

III. Bignon, *Des accidents cérébraux dans les maladies du cœur*. Thèse de Paris, 1880;

IV. D'Astros, *Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques*. Thèse de Paris, 1881. (Ce dernier travail est à la fois le plus récent et le plus complet qui existe sur le sujet.)

successivement : 1° les troubles cérébraux qui accompagnent les lésions de l'aorte ; 2° ceux qui résultent des lésions mitrales insuffisamment mais partiellement compensées ; 3° enfin ceux plus sérieux et plus graves qu'on observe au cours de l'état asystolique, quelle qu'ait été d'ailleurs la cause de cet état asystolique, lésion mitrale ou aortique.

Mais il est un autre élément dont il faut tenir grand compte dans l'appréciation des conditions pathogéniques des troubles psychiques chez les cardiaques ; c'est la prédisposition innée ou acquise du cerveau, d'une part à laisser modifier les conditions ordinaires de sa circulation, d'autre part à réagir avec plus ou moins de vivacité quand cette circulation est troublée.

Chez les cardiaques, en effet, alors même qu'il existe un obstacle marqué au retour du sang veineux, tous les viscères ne subissent pas avec une égale facilité le contre-coup du dérangement de l'organe central de la circulation. Chez tel malade c'est sur le foie, chez d'autres sur le rein, chez d'autres enfin sur le cerveau, que la stase se manifeste surtout. Il y a là des sortes d'*asystolie locale*, comme on a dit, dont la raison d'être nous échappe le plus souvent, mais dont la réalité n'est pas douteuse. Enfin, si vous envisagez deux individus chez lesquels la congestion passive ou l'anémie cérébrale sévissent au même degré, vous constaterez que, chez le premier, le trouble se traduit par des manifestations cérébrales beaucoup moins accusées que chez le second. C'est que chez le premier, la prédisposition nerveuse intervient pour dramatiser le tableau et en accuser les lignes. Cette prédisposition peut être créée de toutes pièces du fait d'un traumatisme cranien antérieur, qui a transformé l'individu normal et bien constitué en un *cérébral*, suivant l'expression de Lasègue. Ou bien elle résulte d'une intoxication chronique, en particulier de l'alcoolisme, qui a influé puissamment sur la manière d'être et de réagir des cellules nerveuses, ou bien enfin cette prédisposition est héréditaire, non plus acquise, et elle tient à ce que le malade appartient à une famille plus ou moins tarée et compte dans sa lignée des aliénés ou des nerveux. M. Peter a fort heureusement exprimé ce rôle de la prédisposition nerveuse dans la genèse des troubles cérébraux chez les cardiaques : « L'hyperesthésie, dit-il, frappe des cerveaux d'une certaine qualité, des cerveaux très excitables, dont les couches corticales ne peuvent pas s'hyperémier sans qu'il en résulte des troubles de la pensée, et dont peut-être les couches corticales s'hyperémient à un plus haut degré et plus spécialement que les autres portions de l'encéphale. »

Vous le voyez donc, si la lésion du cœur intervient à titre de condition pathogénique principale ou même nécessaire pour engendrer les troubles psychiques dont nous allons nous occuper, si elle agit d'autant plus aisément et plus puissamment qu'elle apporte une gêne plus profonde au jeu régulier de la circulation, elle ne détermine des troubles psychiques nettement accusés qu'à la condition de rencontrer un cerveau aisément impressionnable et particulièrement apte à exprimer sa souffrance.

Mais il est encore une considération qu'il importe de vous présenter, afin que vous évitiez d'attribuer aux lésions cardiaques des désordres nerveux qui n'en relèvent à aucun titre. Il ne suffit pas, en effet, pour affirmer qu'on a affaire à la folie cardiaque, de trouver réunis chez le même individu une lésion du cœur et la folie. Un aliéné, aliéné pour l'une des mille raisons qui sont susceptibles d'amener la folie, peut être atteint d'une altération valvulaire, coïncidant simplement avec l'aliénation mentale, mais n'en étant pas la cause déterminante. C'est pour n'avoir pas fait la part de ces coïncidences que Nasse et les divers auteurs, dont j'ai plus haut rappelé les noms, ont été amenés à faire une place trop large aux lésions du cœur dans l'étiologie de la folie. La possibilité de pareilles coïncidences mérite d'autant mieux de ne pas être perdue de vue que les cardiaques rhumatisants, pour nous en tenir à la catégorie de malades qui nous occupe, appartiennent à la famille des arthritiques ; or les arthritiques, vous le savez, sont très proches parents des nerveux et, de ce chef, ils sont prédisposés aux accidents cérébraux. Ces accidents apparaissent alors sous l'influence de la même cause générale qui a engendré la lésion du cœur, et s'ils peuvent être influencés par cette lésion, ils ne dépendent pas d'elle.

Je tenais, au début de cette leçon, à vous mettre en garde contre une cause d'erreur qui, si vous ne l'évitiez, vous porterait à étendre outre mesure le domaine de la folie cardiaque et à en méconnaître les vrais caractères. Nous pouvons maintenant, après avoir déblayé le terrain, entrer au cœur de notre sujet.

a. Troubles intellectuels observés chez les aortiques. — Les *aortiques* nous arrêteront tout d'abord. Lorsqu'on parcourt les observations, on s'aperçoit bien vite que chez les malades de cette catégorie, les troubles cérébraux sont autres que chez les *mitraux*, et atteignent rarement le degré très accusé auquel on les voit parvenir parfois chez ces derniers.

L'anémie du système nerveux qu'amène à sa suite la lésion des valvules sigmoïdes se traduit, vous le savez, par des symptômes habituels et pour ainsi dire constants, par des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreille. Les choses ne vont pas plus loin dans bien des cas. D'autres fois au contraire, des perturbations plus ou moins marquées du caractère ou des fonctions intellectuelles expriment l'insuffisance d'irrigation du tissu nerveux.

Les *modifications du caractère* sont relativement communes. C'est à elles que Corvisart faisait allusion lorsque, décrivant les symptômes de « l'anévrysme du cœur » il parlait de l'impatience et de l'irascibilité des individus atteints de cette affection. Une sensibilité exagérée et une irritabilité excessive sont fréquemment en effet l'apanage des aortiques. Ces malades, souvent tristes et maussades, se laissent émouvoir avec la plus grande facilité ; leur humeur, variable et capricieuse, subit aisément le contre-coup des moindres impressions. Ils répondent par des marques d'impatience ou par des mouvements de colère aux questions qu'on leur adresse, aux projets qu'on leur propose. Ils passent promptement et sans motif de la joie à la tristesse. C'est que, comme le dit très justement M. d'Astros, « si les réactions sont excessives chez eux, elles sont aussi peu persistantes ». Il y a quelque analogie entre le caractère des aortiques et celui des hystériques. Et cette analogie justifie dans une certaine mesure l'expression d'*hystéricisme* dont on s'est servi pour désigner l'état mental dont il s'agit.

Au reste, si l'on en juge par quelques observations, l'anémie cérébrale par lésion aortique peut faire plus que modifier l'humeur des malades dans le sens du caractère capricieux et fantasque des nerveux et des hystériques, elle peut réveiller et mettre en action la prédisposition aux accidents hystériques les mieux caractérisés. M. Armaingaud a rapporté

des faits de cet ordre fort démonstratifs, celui-ci entre autres : Un homme de quarante-cinq ans fut atteint, à la suite d'attaques rhumatismales, d'une double lésion aortique (rétrécissement et insuffisance). « Cet homme, dit M. Armaingaud, est d'une impressionnabilité exagérée, la moindre émotion le désoriente complètement. Son caractère est non seulement très irritable, mais variable, capricieux, fantasque comme celui d'une femme hystérique ; d'une heure à l'autre il passe sans motif de la joie à la tristesse et de la vivacité la plus ardente à l'apathie la plus complète. » Retenez tous ces détails qui vous montrent, réalisées dans un cas particulier, les modifications de l'état psychique sur lesquelles je viens d'appeler votre attention. « En janvier 1875, le malade est pris d'une première attaque d'hystérie à la suite d'une conversation portant sur un sujet triste : douleur, constriction à l'épigastre, avec sensation de boule ascendante, suivie d'une constriction encore plus violente à la gorge. Puis sans perte de connaissance, une sorte de défaillance l'oblige à s'étendre ; les quatre membres sont alors pris de mouvements convulsifs, d'une durée de quelques minutes, bientôt suivis de pleurs abondants. Il n'y a eu à la fin de la crise ni stupeur, ni hébétement, ni perte de la mémoire. De nouvelles crises se reproduisent ensuite. Il y en a sept ou huit par semaine. » Qu'il se soit agi là de véritables crises d'hystérie, c'est ce qui, je pense, ne saurait faire doute. Il n'est pas douteux non plus qu'il y ait eu dépendance étroite entre ces crises et la lésion de l'aorte. M. Armaingaud a remarqué, en effet, que les crises ne prenaient jamais le malade qu'à la suite d'une station verticale prolongée, c'est-à-dire dans les conditions où l'anémie cérébrale s'accuse davantage chez les aortiques. D'autre part, fait capital, les attaques disparurent sous l'influence d'un traitement dirigé non pas directement contre elles, mais contre l'affection du cœur.

Il est assez rare qu'on constate chez les aortiques des manifestations autres que ces modifications du caractère sur lesquelles je viens de m'arrêter. Cependant dans quelques cas on relève de véritables *troubles intellectuels*. Ces troubles sont parfois fort légers : c'est une moindre aptitude du malade à lire, à fixer son attention, à suivre une conversation un peu longue ou un raisonnement. M. d'Astros a noté dans plusieurs des observations qu'il a rapportées, que ces troubles étaient surtout marqués lorsque le malade se tenait debout, qu'ils s'atténuaient au contraire dans le décubitus dorsal. Preuve convaincante qu'ils sont bien étroitement liés à l'anémie du cerveau.

Si cette anémie, qui elle-même résulte directement, vous le savez, de la lésion de l'aorte, acquiert un degré plus prononcé, les défectuosités de l'intelligence peuvent, elles aussi, s'accuser davantage. La mémoire devient moins vive et moins fidèle. C'est surtout la mémoire des mots qui est atteinte, celle des noms propres, des expressions techniques. Bref ! l'altération de cette faculté s'établit ici suivant les lois qui président à la diminution progressive de la mémoire et que nous avons eu l'occasion d'étudier naguère en détail. Lorsque cette perte du souvenir des mots est très accusée, le malade devient un véritable aphasique, mais en général un aphasique incomplet. Et le trouble est toujours moins marqué, dans l'espèce, qu'il ne l'est lorsqu'il résulte d'une lésion matérielle et grossière de la troisième circonvolution frontale. Au reste, cette aphasie légère et les troubles intellectuels qui la précèdent ou l'accompagnent, ne sont pas des phénomènes permanents chez les aortiques. Ils sont transitoires, au contraire, procédant en quelque sorte par poussées, variables dans leur degré, comme le trouble circulatoire auquel ils sont subordonnés.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis (1).

II

J'ai pratiqué de nombreuses excisions du néoplasme primitif, sans jamais empêcher l'empoisonnement de s'effectuer. Deux fois j'ai enlevé largement des chancres à l'état naissant, puisqu'ils n'étaient apparus que quelques heures auparavant. L'opération ne pouvait pas être faite dans des conditions plus favorables à sa réussite, et cependant elle n'a eu aucun résultat préventif. Les tentatives dans cette voie faites par d'autres expérimentateurs n'ont pas été plus heureuses que les miennes. L'espoir qu'on fondait sur l'excision, et dont on avait fait grand bruit, s'est évanoui peu à peu devant la triste réalité. Les prétendus succès n'ont pas résisté jusqu'ici à une critique sévère, et je crois que la méthode tombera bientôt dans l'oubli.

Néanmoins beaucoup de syphiliographes persistent à penser que l'économie est indemne de tout empoisonnement pendant l'incubation, et qu'elle est aussi intacte, aussi saine qu'avant la contamination. Pour eux, le chancre est au premier plan comme date et comme acte morbide. La virulence ne commence qu'avec lui. C'est par lui que s'effectue graduellement l'empoisonnement de l'organisme. Il est la cause primitive et locale de cette immense maladie générale. Il devient le laboratoire où naissent, croissent et se multiplient les particules virulentes qu'il jette dans la circulation du sang et de la lymphe.

Cette conception du processus d'intoxication est nette et péremptoire. Elle se comprend plus aisément que celle où l'on suppose que l'absorption du virus s'est opérée immédiatement après la contamination ou en même temps qu'elle, et où l'on admet que l'organisme, ayant été intoxiqué d'emblée, n'a cependant révélé le grand fait de son imprégnation que par une lésion locale sur le point précis où s'est effectuée la contagion. Mais est-elle plus vraie? Entre ces deux hypothèses sur le début de la virulence, quelle est celle qu'il convient d'adopter?

Les insuccès répétés de l'excision chancreuse ne plaident-ils pas en faveur de la seconde? N'est-on pas tenté et presque forcé de supposer qu'au moment où apparaissent les premières traces de l'accident primitif, l'empoisonnement a déjà commencé, qu'il est même un fait accompli et inéluctable?

Je ne puis me persuader que l'incubation chancreuse soit une période d'inertie absolue et qu'elle ne joue aucun rôle. Mais je reconnais que ce rôle est simplement préparatoire et que son œuvre a besoin d'être complétée par le chancre. En me plaçant à ce point de vue, voilà ce que je disais autrefois au sujet de l'incubation primitive; je n'ai rien à y changer :

« Est-ce là un véritable empoisonnement semblable à celui qui s'effectue par le chancre? Comment l'organisme resterait-il silencieux s'il en était ainsi? Pourquoi un seul

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 219.

point serait-il atteint, celui où précisément a été déposé le virus? Tout est obscur, inexplicable, mystérieux dans cette hypothèse que les faits nous forcent d'admettre. Mais du moins pouvons-nous dire que l'empoisonnement de l'économie pendant l'incubation est incomplet, insuffisant, et que l'accident primitif qu'il suscite lui est indispensable pour aller plus avant dans les voies de l'infection progressive et de la diathèse.

« Aussi, tout en étant un *résultat,* le chancre est-il une *cause,* et une cause puissante sans laquelle le premier empoisonnement n'aboutirait à rien. Il faut que ce foyer morbide crée de nouvelles particules virulentes ou renforce celles qui existaient déjà, en leur communiquant des propriétés infectieuses plus actives et plus pénétrantes.

« Ce n'est pas tout encore. Il faut que son processus, s'emparant des voies lymphatiques, y crée d'autres foyers qui multiplient le virus et en inondent le liquide sanguin. N'est-ce pas le rôle pathologique des lympho-adénopathies qui accompagnent toujours le chancre et servent comme de trait d'union entre la lésion locale et les accidents consécutifs (1). »

Que le processus de la virulence ne commence qu'au moment précis où le chancre apparaît, ou bien qu'il remonte jusqu'à l'époque de la contagion, toujours est-il que les conséquences matérielles de sa généralisation dans l'organisme n'apparaissent que plus tard et après une deuxième incubation. Cette deuxième incubation, qu'on pourrait appeler syphilitique, est habituellement un peu plus longue que l'incubation chancreuse. Elle dure en moyenne de quarante-cinq à soixante jours. Quoique aucun trouble apparent, aucun signe sensible, en dehors du chancre et de sa sphère lymphatique, ne trahisse, pendant cette période, l'existence d'un état morbide de toute la substance, l'intoxication ne s'en effectue pas moins avec une grande activité.

Voilà donc comment débute la phase virulente de la syphilis. Ainsi dans un intervalle de soixante-dix à quatre-vingt-dix jours, à partir du moment de la contagion, le principe virulent se multiplie dans le chancre, dans les voies lymphatiques, inonde de toutes parts l'économie, et, quand il l'a suffisamment saturée, il provoque de sa part ce mouvement synergique d'élimination qui se traduit sous forme d'éruptions généralisées sur le tégument et sous forme de troubles fonctionnels et de lésions variées du côté des organes splanchniques, etc., etc.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 mars 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Prolongation des actes réflexes de la moelle après la mort. — **M. BROWN-SÉQUARD** revient sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance, relativement à la prolongation exceptionnelle de certains actes réflexes de la moelle épinière après la mort. Il avait déjà remarqué, il y a quelques années, que la section du thorax (section des côtes au niveau de leur tiers antérieur) donne lieu quelquefois à des mouvements réflexes du membre postérieur du côté correspondant aux nerfs costaux irrités, alors que la peau de ce même membre n'était plus capable, sans une irritation mécanique ou galvanique, de déterminer une réaction motrice réflexe. Voici les principales particularités que l'étude de ce phénomène lui a fait constater :

C'est la partie du thorax composée des cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes qui possède surtout cette puissance réflexogène.

Les irritations mécaniques sont plus capables que la galvanisation de mettre en jeu cette puissance.

La peau du thorax possède cette puissance à un degré souvent moindre que le tissu cellulaire sous-cutané et les ramifications nerveuses du tissu fibreux entourant les os et les muscles de la poitrine.

La durée de cette puissance, après la mort, est quelquefois tout à fait extraordinaire; elle a continué à se manifester dans nombre de cas, deux, trois, quatre et même dix ou onze minutes après la disparition de tout acte réflexe, par l'irritation des orteils.

Dans de nouvelles expériences qu'il a faites depuis et qui consistaient à étudier la durée de la persistance de ces actions réflexes après l'écrasement de la tête d'un animal, M. Brown-Séquard a constaté que les mouvements réflexes étaient conservés dans les membres postérieurs une minute, une minute et demie et dans quelques cas jusqu'à trois minutes après, tandis que dans les membres antérieurs ils étaient anéantis immédiatement.

M. Brown-Séquard tire de ces faits, où la durée de la puissance réflexogène du thorax par l'excitation de points plus ou moins éloignés des membres postérieurs a excédé de plusieurs minutes celle de la peau des orteils ou d'autres parties d'une patte postérieure, la conclusion que l'on ne doit pas juger de la véritable durée de la faculté réflexe de la moelle épinière seulement par la perte de puissance de mettre cette faculté en jeu dans certains points du corps.

Un nouvel élément constitutif de la fibre nerveuse. — **M. VIGNAL**, à l'occasion d'une note présentée dans la séance du 24 octobre dernier par M. Blanchard, au nom de M. Adamkewicz, sur un nouvel élément constitutif de la fibre nerveuse, que ce savant aurait découvert sous forme de corpuscules ou de cellules particulières disposées à la périphérie de la gaine de myéline, a répété les mêmes observations en se servant du procédé de recherche indiqué par l'auteur, et il déclare être arrivé à un résultat entièrement négatif. Il n'a rien constaté qui ressemble aux corpuscules décrits par M. Adamkewicz et qui soit de nature à confirmer le rôle qu'il leur attribue dans le développement et la formation des fibres nerveuses.

Théorie de la formation du tartre dentaire. — **M. GALIPPE** expose la théorie de la formation du tartre dentaire. La formation du tartre aurait pour point de départ et pour origine le dépôt sur les dents d'un des nombreux microzoaires de la bouche. M. Galippe avait déjà constaté que dans tous les calculs salivaires il y a un microzoaire; il se propose de démontrer un jour à ses collègues que c'est bien à ce microzoaire qu'est due la formation de ces calculs.

Il s'est demandé s'il n'en serait pas de même pour les autres calculs, pour les calculs biliaires, par exemple. Il a fait à cet égard des recherches qui l'ont conduit au même résultat. De même pour les calculs de la vessie, quelle que soit leur composition, même pour les calculs cristallisés de cystine.

Mécanisme d'élimination de l'hydrogène sulfuré introduit dans l'économie. — **M. LABORDE**, à l'occasion d'une communication faite sur ce sujet dans une précédente séance, rappelle que, dans un mémoire publié en 1881, il a posé la question du mécanisme d'élimination de l'hydrogène sulfuré introduit dans l'économie et de l'action de ce gaz sur l'hémoglobine du sang. Il rappelle qu'en étudiant les conditions de son élimination par la voie pulmonaire, il a constamment trouvé de l'hydrogène sulfuré dans le sang des carotides, lorsque ce gaz avait été introduit en injection dans le système veineux, malgré l'élimination opérée par les voies respiratoires.

De là à la recherche de l'influence de ce gaz sur les phénomènes fonctionnels du système nerveux, il n'y avait qu'un pas. Ces phé-

(1) Charles Mauriac, *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1 vol. grand in-8°, p. 54. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

nomènes sont des convulsions. On produit les mêmes résultats lorsqu'on introduit directement le gaz sulfhydrique dans les carotides. On constate dans ce dernier cas une hyperémie sur une partie des centres encéphaliques.

Lorsqu'on introduit le gaz par la voie d'inhalation, on produit des phénomènes semblables, troubles respiratoires et phénomènes nerveux bulbaires.

En un mot le mécanisme d'élimination reste toujours le même, quel qu'ait été le mode d'introduction du gaz.

Le cou centre d'action réflexe sur une foule d'autres organes. — M. BROWN-SÉQUARD. On sait combien les bronchites sont fréquentes dans la saison où nous sommes. Il y a à cette fréquence une cause très simple, c'est l'action réflexe qui se produit par l'impression du froid sur le cou, lorsque l'on sort d'un lieu chaud, le théâtre par exemple, le cou étant d'une extrême susceptibilité à l'action du froid, surtout chez les personnes qui ont contracté la mauvaise habitude de l'entourer de chaudes étoffes. Or cette région est, comme on le sait, un centre d'actions réflexes qui vont retentir, au loin, sur un grand nombre d'organes et de points divers. Quel est le moyen de s'en préserver? Il est très simple, il consiste à habituer de bonne heure le cou à l'action de l'air. Le premier essai de ce genre que j'ai tenté a été fait chez un ministre protestant de Londres, qui était devenu à cet égard d'une telle susceptibilité, que par les temps froids il n'osait plus sortir pour aller à son église. Je lui conseillai de se donner tous les jours des coups d'air sur le cou à l'aide d'un soufflet, d'abord avec de l'air graduellement de moins en moins chaud. Le succès fut complet. Depuis j'ai obtenu les mêmes résultats sur divers de mes amis; j'ai eu l'occasion de l'appliquer notamment sur un grand nombre de personnes, lors de mon retour récent de Cannes. Sur ma propre personne, je n'ai pas eu l'occasion de l'employer pour la bronchite, mais je me suis débarrassé par ce moyen d'un écoulement nasal auquel j'étais très sujet.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. D'ARSONVAL présente et expose le mécanisme d'un appareil destiné à mesurer les changements de température qui surviennent sous différentes influences chez des animaux en expérimentation. Cet appareil, en même temps qu'il donne d'une manière continue la température de l'animal, inscrit les chiffres donnés, au moyen d'un appareil graphique, sans que l'expérimentateur ait à s'en occuper.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXVIII

1852.

Voyage à Marseille.

Quelques jours après mon retour d'une excursion-pèlerinage avec de pieux amis au berceau du célèbre fondateur de la Compagnie de Jésus, à Loyola, près Saint-Sébastien, je fus inopinément informé, par un billet presque indéchiffrable de mon fils Gustave, qu'il avait été évacué de Bône (Algérie) sur l'hôpital militaire de Marseille, atteint de fièvre grave : c'était, à peu près au même âge, la répétition de mon atteinte typhique en Espagne. Malgré mes soixante-douze hivers et la longueur du voyage de Saint-Sever à Marseille, je partis le jour même de ce bulletin alarmant, 2 septembre, au secours de ce cher fils. Dès sa promotion au grade de chirurgien aide-major de deuxième classe, il avait sollicité et obtenu sa nomination aux ambulances de l'Algérie; le 7, dans l'après-midi, j'étais au chevet de son lit; malgré sa grande prostration, il put me raconter le commémoratif de sa maladie; la fièvre était continue depuis une quinzaine de jours, avec exacerbations irrégulières; la diarrhée, intense au début, avait cessé depuis trois jours; la chaleur de la peau n'était pas mordicante; la teneur du pouls fébrile me rassurait par sa régularité, sa fréquence modérée et sa plénitude; j'en conclus que cette maladie pourrait être longue, mais que la guérison était très probable si des complications locales ne survenaient pas. Je me logeai dans le voisinage de l'hôpital, une chambre d'étudiant à 20 francs par mois, et j'eus le bonheur de voir l'évolution de cette fièvre d'origine paludéenne s'accentuer graduellement vers la période de convalescence, sans autre médication que des doses modérées de sulfate de quinine, du vin de quinquina et un régime de plus en plus substantiel; le médecin traitant, M. Froment, médecin en chef de l'hôpital, a dirigé le traitement avec la prudence d'un praticien très éclairé.

L'hôpital militaire de Marseille est un très vaste et magnifique établissement fondé par le duc d'Orléans pour les malades évacués de notre armée d'Afrique, situé dans le *quartier* le plus salubre de la cité, réunissant toutes les conditions de l'hygiène nosocomiale. La chambre affectée à mon fils, comme celle des autres officiers malades, est grande, bien plafonnée, poêle en faïence, large croisée au levant, fournitures du lit très complètes; l'infirmier attaché au service de cette chambre fait preuve de dévouement jour et nuit.

Lorsque mon fils était en convalescence, il eut la visite de l'inspecteur du service de santé, M. Alquié, qui lui témoigna le plus vif intérêt et le complimenta sur cette courte mais honorable campagne.

Dès que je fus rassuré sur l'issue favorable de cette maladie, je me mis à la recherche de mon ancien condisciple et ami, le docteur Cauvière, qui venait de se démettre des fonctions de directeur de l'École secondaire de médecine de Marseille; les deux amis ne s'étaient point revus depuis quarante-six ans (juin 1806). Malgré mes cheveux blancs, jadis noirs, Cauvière me reconnut parce que je n'ai point acquis d'embonpoint; quant à lui, je ne pus raccorder le corps mince d'autrefois, le visage en lame de couteau du carabin pur sang avec cette figure pleine, fraîche et cet embonpoint d'aujourd'hui. Dans la soirée que nous passâmes ensemble, que de choses, que de personnes nous avons exhumées de nos réceptacles mnémoniques, toutefois sans préjudice des exigences gastronomiques! Hélas! nous conclûmes de cette revue rétrospective que nous avons bien plus d'amis dans l'autre monde que dans celui-ci; le seul professeur survivant de l'École de Paris de notre temps est Duméril. « Vous êtes frais et tant soit peu obèse, disais-je à Cauvière, vous avez conservé votre vivacité d'esprit, votre amabilité enjouée, mais vous êtes voûté et vous manquez de jambes; tandis que je suis encore droit et j'ai une locomobilité de cerf; il y a des compensations dans ce bas monde. » Le fils unique de Cauvière dînait avec nous. Lieutenant d'artillerie, il a été décoré au siège de Rome. Je fis avec M. Giraudy, qui avait été l'ami de l'entomologiste Solier et hérita de sa collection, une seule excursion à Montredon. En 1806, avec toute l'ardeur de mes vingt-six ans, j'avais parcouru dans tous les sens, bravant les rayons d'un soleil d'été, la plage sauvage, déserte et aride qui était alors une localité privilégiée pour le naturaliste chercheur des productions méridionales : *Quantum mutatus ab illo!* Aujourd'hui, quarante-six ans après, le Montredon sauvage s'est complètement civilisé; du bord de la mer au pied des rochers qui encadraient les steppes solitaires, on admire de charmantes villas, des parcs ceints de murailles, des champs, des vignes, des jardins, des bosquets. L'étonnante métamorphose a été opérée par le génie de l'homme qui a su emprunter pour 40 millions les eaux lointaines de la Durance et apporter avec celles-ci à Montredon la vie et la fraîcheur : chaleur et eau, telles sont les deux conditions maîtresses de la végétation; je contemplai avec extase tout son luxe de développement. Dans ce boudoir de Flore, je cueillis pour la der-

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 205.

nière fois, non sans émotion, plusieurs vieilles connaissances, entre autres une délicieuse bruyère, *Erica vagans*, en pleine floraison, qui me reporta par un souvenir électrique vers les sauvages roches de Moxente, aux confins méridionaux du royaume de Valence; ce fut dans ce coin de l'Espagne qu'en 1812, je rencontrai pour la première fois cette belle et légitime espèce que les botanistes ont parfois confondue avec l'*Erica multiflora* si répandue dans le département des Landes; l'étude comparative des anthères de ces deux types y fait découvrir un caractère distinctif des plus organiques. C'est là de la botanique sentimentale ou historique des choses et des personnes que les vrais amateurs de la science, ceux qui ont fait leur herbier de leurs propres mains, comprennent et apprécient. Il est telles plantes de mon herbier qui, cueillies sous le feu du canon, pendant un siège ou sur un champ de bataille, déroulent à mon souvenir et les lieux et les événements et les amis de ces temps déjà si loin de moi...

Bouquet automnal de Montredon.

Inula viscosa.	Erica vagans.
Clematis maritima.	Plumbago europœa.
Atriplex halimus.	Sisymbrium tenuifolium.
Euphrasia linifolia.	Linaria striata.
Artemisia campestris.	Cistus albidus.
Juniperus phœnicea.	Bellis sylvestris.
Phyllirea angustifolia.	Arnopogon Dalechampii.
Psoralea bituminosa.	Thrincia bulbosa.
Passerina hirsuta.	Scilla autumnalis.

La convalescence de mon fils s'accompagna vers la fin du mois d'un abcès peu profond vers la région parotidienne et qui, heureusement, coïncida avec le réveil de la fonction gastrique.

Le 25 septembre, des affiches officielles annonçant l'arrivée à Marseille de Son Altesse le prince Louis-Napoléon Bonaparte, je me joignis avec entrain aux curieux et badauds qui se rendaient en foule vers la porte d'Aix où l'arc de triomphe était disposé pour cette entrée solennelle. J'eus la patience et la force d'attendre dans la station verticale et immobile pendant plus de deux heures sur un point proéminent au voisinage de la porte d'Aix. Les fenêtres, tenues ouvertes par ordre de la police, étaient bourrées de têtes, les toits eux-mêmes offraient des séries de curieux. Des pelotons de troupes de diverses armes circulaient de toutes parts. Le temps était sombre, le prince descendit de sa voiture pour écouter les harangues officielles; je distinguai son panache blanc et le rouge cordon de la Légion d'honneur lorsqu'il remonta à cheval pour franchir la baie de l'arc de triomphe. Je puis certifier que les masses populaires restèrent silencieuses; la joie marseillaise me parut refoulée *in petto*, au moins dans tout le rayon de mon ouïe qui, grâce au ciel, n'a pas encore éprouvé d'altération; on avait même oublié la salve réglementaire de coups de canon et les sonneries en carillon qui doivent accompagner une pareille réception. L'arc de triomphe était surmonté d'un aigle en fil de fer et sur deux écussons, l'un en dehors, l'autre en dedans de l'arc, on lisait : « A Louis-Napoléon, Marseille reconnaissante » ; au milieu de la rue d'Aix, on avait élevé une statue colossale en plâtre, tenant de chaque main une couronne d'immortelles; on lisait sur le piédestal : « Massiliae vota » ; les trois grandes rues par où passait le cortège étaient pavoisées ; on parle d'arrestations par suite de la découverte d'une machine infernale dans une des maisons de la rue d'Aix. Une pluie torrentielle fit rentrer les curieux au logis.

Le lendemain il y eut revue des troupes au Prado, et le surlendemain, le prince partit pour Toulon au bruit du canon et des cloches.

Le 5 octobre, mon fils Albert arrive de Paris où il est interne à l'hôpital Beaujon; le 10, après trente-deux jours de station dans la cité phocéenne, je reprends la voie ferrée avec mes deux fils, constituant ainsi un triumvirat médical. Après avoir traversé, grande vitesse, le tunnel de la Nerthe, 8 kilomètres en sept minutes, je remémorai une citation latine :

Et sedentibus in regione umbræ mortis lux orta est.

A Tarascon, le pont de bateaux de 1806 avait cédé la place à un pont en fil de fer qui sépare la ville de la Tarasque de Beaucaire, la ville des fameuses foires; nous le traversons à pied et au pas très lent de notre convalescent; halte d'un jour chez mon autre antique ami le docteur Blaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation de médecine. — Le concours continuera dans l'ordre suivant :

Sixième séance. — Mercredi 10 mars. 1° M. Weill : Des vertiges, argumenté par MM. Lemoine et Sarda. — 2° M. Simon : Des fractures spontanées, argumenté par MM. Ballet et Chauffard.

Septième séance. — Jeudi 11 mars. 1° M. Barth : Le sommeil non naturel, ses diverses formes, argumenté par MM. Moussous et Dejerine. — 2° M. Letulle : Pyrexies abortives, argumenté par MM. Grenier et Brousse.

Huitième séance. — Vendredi 12 mars. 1° M. Lannois : Monographie des chorées, argumenté par MM. Chauffard et Parizot. — 2° M. Gaucher : Pathogénie des néphrites, argumenté par MM. Boinet et De Beurmann.

Neuvième séance. — Samedi 13 mars. 1° M. Lober : Paralysie, contractures et affections douloureuses de cause psychique, argumenté par MM. Dubreuilh et Weill. — 2° M. Lemoine : Antiseptie médicale, argumenté par MM. Sarda et Simon.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 février 1886, M. le docteur Guibout, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, et M. le docteur Vulpian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, ont été nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Limoges s'ouvrira, le 6 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Nantes s'ouvrira, le 8 novembre 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Nantes s'ouvrira, le 13 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour l'emploi de suppléant de pathologie et de clinique médicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Nantes s'ouvrira, le 22 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Tours s'ouvrira, le 13 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

— M. Langle (Marie-Théodore-Charles), élève du service de santé militaire à l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris, est nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire, pour prendre rang du 26 février 1886.

— M. J.-B. Rolland, voyageur naturaliste, est chargé d'une mission à Madagascar, en vue d'y entreprendre des études de minéralogie, de botanique, de zoologie et d'anthropologie.

— Excellent poste médical à prendre après décès, de suite et sans frais, dans une petite ville près Paris, avec gare de chemin de fer. S'adresser à M. le docteur Magitot, 8, rue des Saints-Pères, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19176.

8

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les phies.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

80

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

110

SIROP NICOD

A BASE DE HOUBLON IODÉ

Dans cette préparation, le principe tannique du houblon sert de passe-port à l'iode. L'assimilation est tellement intime et complète que le réactif ordinaire (*l'amidon à l'état d'empois*) ne le décèle nullement. Donc, aucune irritation d'estomac ni gastralgie à redouter.

Chaque cuillerée à bouche contient 2 centigr. d'iode pur.

SIROP NICOD

A BASE DE HOUBLON PHOSHATÉ

S'emploie dans tous les cas où il s'agit d'allier les toniques aux reconstituants. Chaque cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux soluble.

Prix de chaque flacon : 4 francs.

Ces deux préparations conviennent parfaitement dans la médication des enfants et des personnes délicates, dans les cas de rachitisme, scrofule, affaiblissement, phthisie, manque d'appétit, etc.

Dépôt à Paris, pharmacie MOTEL et NICOD, 2, rue des Lombards.

69

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Epuisement, Maladies des os.

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

9

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

45

PEPTONATE DE FER ROBIN

Ancien chef de laboratoire des hôpitaux.

Le plus assimilable des fers combinés à la peptone et le **seul** employé **pur** en **gouttes concentrées.**

GROS : Société française, 11, r. de la Perle, Paris.

74

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

32

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.*
Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.
Exiger la signature ci-contre.

A. Roy

49

La Direction de la Source amère purgative *de*

FRANÇOIS-JOSEPH

A BUDAPEST

*a l'honneur de soumettre à MM. les Médecins l'*ANALYSE COMPARATIVE CI-DESSOUS, *en les priant de prescrire comme essai, s'ils ne l'ont déjà fait, cette eau, qui se trouve chez les Pharmaciens et Marchands d'Eaux minérales, sous le nom de* FRANÇOIS-JOSEPH.

Par litre.	Sulf. de magnésie.	Sulf. de soude.
FRANÇOIS-JOSEPH . . .	21gr,60	20gr,70
HUNYADI-JANOS . . .	16gr,01	15gr,91

Paris, 16 mai 1878. Eug. BOUTMY.

21

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre.* Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL, 11, rue Milton, et pharmacies.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et tes phies.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

120

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les microbes, les ptomaïnes et les leucomaïnes, s'est continuée dans cette séance et l'a occupee à peu près tout entière. M. Colin (d'Alfort) a accumulé et groupé, non sans habileté, les faits, les expériences et les raisonnements pour montrer que les partisans des doctrines microbiennes ne sont pas fondés à attribuer aux microbes la production des états septiques, la virulence et les états morbides spécifiques. Pour lui, aucun des rôles attribués aux êtres microscopiques dans la septicémie et dans la virulence ne lui paraît suffisamment prouvé. Là tout ce qui semble clair, aux yeux des théoriciens de la microbie, est obscur ou douteux pour lui. Au lieu de preuves, il ne voit dans leurs dires que des assertions, au lieu de démonstrations que des hypothèses. Les ptomaïnes et les leucomaïnes n'ont guère davantage trouvé grâce devant M. Colin. M. Cornil a eu beau venir, après lui, exposer à la tribune avec sa méthode et sa clarté ordinaire, au nom de M. le docteur Doyen (de Reims) comme au sien, l'étiologie microbienne des divers accidents et des diverses formes de la fièvre puerpérale, M. Colin n'a pas paru être plus convaincu et nous avons vu le moment où il allait le dire, lorsque vu l'heure avancée M. le président a levé la séance, renvoyant la suite de la discussion à la séance prochaine. Nous avons encore, paraît-il, d'autres orateurs à entendre. Nous continuerons à suivre ce débat avec l'intérêt qu'il mérite, bien que déjà un peu long.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Accidents urémiques et émissions sanguines.

Nous avons, depuis quelques mois, dans nos salles, une femme âgée de quarante ans, employée de commerce, atteinte d'accidents urémiques, et notamment de céphalées, de douleurs de tête fronto-pariétales, d'insomnies continuelles, etc. Le seul traitement qui la soulage, ce sont de petites émissions sanguines ou l'apparition des règles. De temps en temps enfin survient de la dyspnée, dyspnée urémique et quelquefois aussi un peu de coma.

A ce propos, je voudrais consacrer cette leçon à une étude succincte des accidents urémiques considérés non pas au point de vue doctrinal, mais au point de vue pratique, clinique.

Ces accidents sont très fréquents, beaucoup plus fréquents qu'on le dit généralement dans les livres; ils peuvent revêtir trois grandes formes : la forme gastro-intestinale, la forme cérébrale et la forme dyspnéique. Mais en dehors de ces formes plus ou moins tapageuses, nous rencontrons fréquemment des accidents beaucoup moins bruyants, frustes, pour ainsi dire, à côté desquels on passe bien souvent sans les apercevoir.

Ainsi dans le cours de la fièvre typhoïde, certains phénomènes morbides ne reconnaissent d'autre cause qu'un défaut de dépuration urinaire suffisante. Il en est de même chez les cardiopathes.

En ville, bien des malades continuent à vaquer à leurs affaires, alors qu'ils sont déjà en proie à des phénomènes suburémiques restés méconnus. Ainsi l'année dernière j'étais consulté pour un malade à la respiration oppressée, à la parole difficile, qu'il attribuait à une série de bronchites successives, dont la première avait été contractée, disait-il, à la suite d'une partie de chasse. Le moindre refroidissement, selon lui, déterminait de la dyspnée. Or l'examen du thorax ne révélait rien : les poumons étaient parfaitement sains; le cœur était à peine le siège d'une très légère hypertrophie. Mais, par contre, ce malade était polyurique, et la densité de ses urines, légèrement opalescentes, marquait seulement 1004. Il existait un peu de néphrite interstitielle, et sa pseudo-bronchite allait de petites poussées en petites poussées légères, sans fièvre, dont le point de départ était l'organe rénal.

A peu près à la même époque, j'étais appelé à voir un ingénieur de Toulon, homme de grande activité, travaillant beaucoup, physiquement et intellectuellement. Il était venu pour affaires à Paris, et à son arrivée il était pris d'une forte oppression qu'il attribuait à un refroidissement contracté en chemin de fer. L'examen de la poitrine ne révélait absolument rien malgré une apnée très grande. Point d'œdème, mais de la polyurie, des urines claires, un peu albumineuses et d'une densité de 1007.

Un autre fait est celui d'une jeune femme depuis longtemps malade, par suite de l'existence d'un corps fibreux de l'utérus qui donnait lieu à des hémorrhagies effroyables et

fréquentes. Cette femme souffrait de névralgies extrêmement douloureuses, que l'on considérait comme dues à l'anémie profonde dans laquelle ses hémorrhagies l'avaient plongée. Mais elle avait parfaitement remarqué que ses douleurs névralgiques ne se manifestaient que dans l'intervalle des métrorrhagies. Dès lors il était facile de comprendre qu'elles étaient dues à une urémie menaçante, résultant du développement de son corps fibreux vers la partie postérieure du bassin, et de la compression qu'il exerçait sur les uretères. Les urines rendues s'élevaient à 4 litres par jour, leur densité était de 1 004.

L'urémie, comme vous le voyez, peut se cacher sous les formes larvées les plus différentes, et les accidents qu'elle détermine, comme je le disais tout à l'heure, peuvent porter sur les appareils cérébro-spinal, gastro-intestinal et thoracique. Ils sont corrélatifs d'une insuffisance fonctionnelle rénale, d'une insuffisance de la dépuration urinaire, c'est-à-dire d'une urine contenant une quantité insuffisante d'*excreta*. Il y a, au point de vue des urines, sécrétion et sécrétion ; il y a des urines dépurant l'économie, et d'autres qui ne la dépurent pas.

L'an dernier nous avions en même temps et dans la même salle, deux malades : l'un atteint d'une néphrite parenchymateuse avec œdème généralisé et accidents urémiques; l'autre, un saturnin déjà traité sept ou huit fois dans les divers hôpitaux de Paris, était atteint de néphrite interstitielle sans le moindre œdème; il était aussi sec que l'autre était infiltré, et chez lui les accidents urémiques étaient beaucoup plus graves.

Chez le premier, le rein était tellement mis à mal par un barrage élevé, que le fleuve rénal se trouvait arrêté dans son cours et débordait de tous côtés dans la plaine, et comme la tension artérielle était insuffisante à faire franchir l'obstacle, l'eau du fleuve se trouvait déversée dans les tissus, constituant ainsi l'œdème généralisé de notre malade. Le fait est si vrai que dès que nous pouvions, par une thérapeutique appropriée, lui soutirer une certaine quantité de liquide, immédiatement le niveau des eaux baissait. C'est là un cas où la théorie mécanique de l'urémie se trouve justifiée.

Mais chez le second malade, les choses n'étaient plus les mêmes, et un traitement analogue, tel par exemple que la prescription, certain jour, de 30 grammes d'eau-de-vie allemande, déterminait des accidents urémiques tellement graves, que pendant quelques heures il était en péril de mort. Or chez lui le *mécanisme rénal* fonctionnait bien, mais ce qui manquait c'était la *sélection rénale*, l'écoulement aqueux était exagéré.

Vous voyez par ces divers faits que le traitement des accidents urémiques est loin de pouvoir être toujours le même, qu'il varie selon les conditions mêmes de l'urémie.

Quant à faire transpirer les malades, c'est là un moyen absolument insuffisant pour soutirer le principe peccant de l'économie. Bien plus, les sudations provoquées ont pour résultat, le plus souvent, d'enfoncer davantage les malades dans leurs troubles fonctionnels, parce qu'il n'y a nulle équivalence entre la sécrétion urinaire et la sécrétion sudorale.

Le hasard, en matière d'urémie, peut parfois nous servir. C'est lui qui, chez la femme au fibrome utérin, nous a montré que ses névralgies cessaient sous l'influence des hémorrhagies utérines ; c'est lui qui chez un homme, porteur d'hémorrhoïdes, nous a appris que les accidents urémiques diminuaient chaque fois que ses hémorrhoïdes saignaient ; c'est lui également qui nous montra l'heureuse influence du retour des règles, supprimées depuis plusieurs mois, chez une jeune femme de la ville, goutteuse de par ses ancêtres jusqu'aux croisades, atteinte de néphrite interstitielle, souffrant de névralgies épouvantables, et plongée dans le coma. La mort paraissait imminente, lorsque tout à coup on la voit revenir à la vie, et chacun de crier au miracle, d'attribuer aux amulettes, dont on avait couvert la malade, cette résurrection; tandis que le véritable miracle était une métrorrhagie spontanée telle que cette jeune femme était baignée dans le sang.

Or, de tous ces faits, que résulte-t-il? C'est que le meilleur traitement des *accidents* urémiques consiste dans l'émission sanguine; je dis des *accidents urémiques* et non pas de la néphrite parenchymateuse ou interstitielle. L'émission sanguine s'applique aux accidents et pas à autre chose.

D'un travail très remarquable de M. Bouchard sur les matières extractives, il résulte que 1600 grammes d'urine normale excrétés dans les vingt-quatre heures par un sujet adulte, renferment 50 centigrammes de ces matières extractives, chiffre égal à celui qu'enlèverait de l'économie une émission de 30 grammes de sang, tandis qu'il faudrait 250 grammes de sécrétion alvine liquide ou 100 litres de sueur, pour arriver au même résultat.

Vous voyez donc par là combien, de tous les moyens préconisés contre les *accidents urémiques* dont je viens de vous parler, l'émission sanguine soit par une sangsue, soit par deux ou trois ventouses scarifiées, soit par la lancette, est le seul rationnel, le plus certain et le plus rapide au point de vue du résultat.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Cancer du rectum; rectotomie linéaire; colotomie iliaque; suicide; hydronéphrose.

Le nommé Nicolas G..., marchand de vin, âgé de quarante-neuf ans, est entré, en avril 1885, à l'hôpital Saint-Joseph pour une diarrhée persistant depuis plusieurs mois. Le malade se plaint seulement de dérangement intestinal et de douleurs en allant à la selle, depuis un an environ; mais les selles ne sont pas retardées ni plus fréquentes. Depuis six semaines, les selles sont bien plus rapprochées; le besoin se fait sentir 6 à 8 fois par jour. Les douleurs sont vives et les matières ne sortent qu'en petite quantité à la fois, puis une véritable débâcle se produit et le malade dit avoir de la diarrhée.

Le malade a considérablement maigri et perdu ses forces depuis quelques semaines; et, en même temps, il perd par l'anus une certaine quantité de mucus sanguinolent. Il n'accuse pas d'envies de vomir; seulement de la perte de l'appétit. Cet homme est franchement un alcoolique.

Le ventre est volumineux, sensible à la pression et dur. Dans l'hypochondre gauche, on sent l'intestin plein de matières et une masse dure de forme vague. La miction est normale et les urines ne contiennent rien.

Toucher rectal. — L'anus est violacé et entouré par des masses variqueuses gonflées. Le sphincter est intact; l'ampoule rectale est vide. On sent, à 5 centimètres de la marge de l'anus, une masse dure qui arrête le doigt. Cette tumeur paraît couverte de petites masses irrégulières, dures, et au-dessous desquelles la muqueuse de l'ampoule paraît saine. En portant le doigt fortement vers la concavité du sacrum, on sent l'orifice inférieur du rétrécissement, qui admet tout au plus l'extrémité du doigt. Le néoplasme paraît également développé tout autour de l'intestin. En avant, il fait corps avec la prostate.

Une sonde, introduite dans l'urèthre, arrive dans le canal prostatique qui est dur, rigide et rétréci. Le doigt, introduit dans le rectum, ne sent pas la sonde à travers le bas-fond de la vessie, très épaissi. En arrière, la masse paraît soudée au sacrum. Il est impossible de déterminer la hauteur du rétrécissement.

Quelques jours après son entrée, le malade fut pris de coliques et de symptômes légers d'obstruction intestinale. On tenta en vain de donner un lavement avec une grosse sonde molle; rien ne passa par le point rétréci.

Je me demandai quelle était la nature du rétrécissement : s'il était de ceux que l'on regardait comme simplement fibreux ou s'il n'était pas cancéreux. La première hypothèse fut rejetée, à cause de l'âge avancé du malade, de la marche très rapide du rétrécissement qui était très serré, bien que ne remontant qu'à quelques mois, et de l'envahissement de la prostate. Quant à l'état de la muqueuse, elle paraissait intacte dans l'ampoule rectale; les petites masses que l'on sentait et la forme annulaire du mal n'avaient rien de caractéristique. Le diagnostic fut donc celui de cancer du rectum.

En explorant attentivement, je pus me convaincre qu'il serait impossible de l'enlever, tant à cause des adhérences à la base de la vessie qu'à cause de la hauteur qui restait indéterminée, et que j'estimais à plus de 11 centimètres de la marge de l'anus. Je pris le parti de faire une rectotomie linéaire postérieure et de maintenir l'ouverture avec des bougies dilatatrices.

3 mars. — Le malade est endormi et mis dans la position de la taille; un gorgeret d'ébène est introduit dans le rectum. Avec le thermo-cautère, je fais une incision sur la ligne médiane, allant jusqu'au coccyx. Introduisant ensuite une sonde cannelée dans le rétrécissement, je l'incise dans une hauteur de 5 centimètres. Il est facile de constater alors que le mal a une hauteur bien plus considérable. Je me détermine à pratiquer la résection du coccyx, ce qui est fait en isolant cet os avec le cautère et en le coupant avec une pince de Liston. Cela permet de remonter plus haut, et il faut aller jusqu'à 15 centimètres de la marge de l'anus, en découvrant la face antérieure du sacrum. On est seulement obligé de lier l'artère sacrée moyenne, que le feu n'a pas pu oblitérer. Le malade est remis dans son lit avec des compresses d'eau fraîche.

Le soir, la température est de 38°,1; pouls, 84.

6 mars. — Je commence la dilatation avec un dilatateur rectal de caoutchouc n° 11, et je constate qu'il entre difficilement.

Pendant quinze jours, le traitement est continué; on atteint le n° 16, puis le mal fait de nouveaux progrès, le passage des bougies devient de plus en plus douloureux et l'on constate que chaque jour on perd du terrain.

15 mars. — Le rétrécissement est devenu impossible à franchir.

16 et 17 mars. — Le ventre s'est ballonné, le malade a du hoquet et quelques vomissements de matières jaunes, glaireuses, d'odeur fécaloïde. Le facies est abattu, le malade ne peut rien avaler. Température, 37°,8; pouls, 76. Nous sommes en présence de symptômes d'obstruction intestinale. Je me décide à faire la colotomie iliaque le lendemain matin.

18 mars. — Opération. Suivant les règles classiques, sur le trajet de l'S iliaque du colon, je fais une incision de 6 centimètres, partant du milieu de l'arcade de Fallope et parallèle à cette arcade. Une anse d'intestin grêle se présente la première; elle est refoulée, puis je cherche le gros intestin que l'on reconnaît facilement à sa bande musculaire longitudinale. Je place aux deux extrémités de la plaie deux points de suture à la soie, qui fixent l'intestin.

Pour suturer les parties latérales, je voulus recourir à une modification proposée par M. Trélat, et qui me parut présenter un grand inconvénient, sinon m'exposa à un véritable danger. Voici quelle est cette modification. L'aiguille courbe armée du fil pénètre, au milieu de la plaie, dans l'intestin, de dehors en dedans, traverse la cavité de l'intestin, ressort de dedans en dehors, et va à travers les lèvres de la plaie faite aux parois du ventre, du côté droit. Le fil du côté gauche est passé de la même manière, en ayant soin de le faire pénétrer par le même trou médian, qui a servi à l'introduction du premier fil.

On continue ainsi pour toute la hauteur de la plaie. En tirant alors sur les fils de chaque côté, on voit se faire la séparation entre ceux du côté droit et ceux du côté gauche, dans le même trou central, et il est facile, avec la pointe des ciseaux, de couper l'intestin, entre les points de pénétration des fils. « Immédiatement, dit M. Trélat, et pour chaque point incisé, la traction exercée sur l'anse amène la face externe de l'intestin au contact de la lèvre de l'incision où elle est fixée. Ainsi l'ouverture de l'intestin et sa fixation sont pour ainsi dire simultanées, et il n'y a pas de possibilité d'épanchement des matières fécales dans la profondeur de la plaie. » (*Bulletins* de la Société de chirurgie, 14 décembre 1881.)

Or voici ce qui se produisit. Les fils furent passés et maintenus par deux aides. Le premier coup de ciseau fut donné et les deux premiers fils aussitôt liés. Mais à ce moment, les matières un peu liquides se mirent à couler, masquant complètement les deuxièmes fils et les suivants, que j'eus toutes les peines du monde à ne pas sectionner. Puis, en même temps, on eut beaucoup de difficultés à empêcher les liquides de couler entre l'intestin et la paroi du ventre. Cet inconvénient et ce danger me firent voir que cette modification ne vaut pas l'ancien procédé qui consiste à suturer solidement l'intestin, par points séparés, avant de donner issue aux matières intestinales.

L'opération fut rapidement terminée. Il sortit une énorme quantité de matières semi-liquides, et le malade fut porté dans son lit. La plaie avait au moins 6 centimètres de haut et 2 centimètres de large, formant une ouverture béante par laquelle l'écoulement se faisait sans peine. On mit une vessie de glace sur le ventre.

Pendant la journée, le malade fut agité; il se plaignit de douleurs au niveau de la plaie. Le soir, température, 38°,3.

19 mars. — La nuit a été bonne, bien que le malade ait été agité le matin. Le ventre s'est vidé, les vomissements ont cessé, le malade ne se plaint pas de sa plaie, seulement un moment de la toux. La température est normale : 37°,2.

21 mars. — Tout étant bien, on ne met plus de glace.

28 mars. — La plaie de la rectotomie tend à se boucher et le rétrécissement ne laisse rien passer. Le malade se plaint de coliques; il sent que la partie inférieure de l'intestin est pleine. Cataplasme sur le ventre. En effet, pendant la soirée, les contractions antipéristaltiques du bout inférieur le font se vider par la plaie.

Jusqu'à la fin de sa vie, cet homme se plaignit beaucoup de ce phénomène. Malheureusement il ne se formait pas un éperon suffisant pour empêcher les matières de couler, bien qu'en petite quantité, dans le bout inférieur.

Les douleurs reparurent bientôt du côté de l'anus. On vit le malade maigrir et jaunir. Je constatai que le ventre contenait des masses dures et volumineuses et je vis se développer un ganglion lymphatique dur derrière la clavicule gauche, au niveau de l'embouchure du canal thoracique. C'était le signe de la généralisation cancéreuse.

Le malade perdit courage, et, le 13 mai, on le trouva pendu, à quatre heures du matin, dans un bâtiment en construction attenant à l'hôpital.

Autopsie. — Le ventre est volumineux; et, en l'ouvrant, on remarque que l'intestin est soulevé par une tumeur qui remplit l'hypochondre gauche.

Le petit bassin est totalement rempli par une masse dure, de couleur blanchâtre, très adhérente au squelette. C'est la masse cancéreuse qui a végété et atteint cet énorme développement. A la face postérieure du rectum, elle a plus de 3 centimètres d'épaisseur et remonte à plus de 15 centimètres de l'anus. Toute la paroi du rectum, à sa périphérie, a une épaisseur de plus de 1 centimètre, et forme un tube inextensible. La masse est blanchâtre; elle crie sous le couteau et elle a tous les aspects de l'épithélioma classique, ce que vient confirmer l'examen histologique. La muqueuse est plissée, mamelonnée; elle présente des ulcérations dans presque toute la hauteur de la tumeur. Elle offre une vive injection,

surtout à l'endroit où avait été faite la rectotomie. Les bords de cette plaie se sont rapprochés et réunis; le calibre de l'intestin est tellement rétréci qu'il admet à peine une sonde cannelée.

Anus contre nature. — Il a un aspect parfaitement régulier. L'intestin adhère très solidement à la paroi. La cicatrice est dure, rigide, et elle présente par places l'aspect des plaques blanches, athéromateuses de l'aorte. Le calibre de l'anus contre nature admet facilement le pouce, et la paroi postérieure, qui forme habituellement éperon, est à 2 centimètres au moins de l'orifice.

Le mésentère est volumineux; il contient une grande quantité de ganglions très augmentés de volume et très durs, manifestement cancéreux. Au-dessous est une masse cancéreuse, collée à la colonne vertébrale, qui part du bassin et monte dans la poitrine en suivant le trajet du canal thoracique.

La région de l'hypochondre gauche est remplie par une tumeur qui part du bassin où elle est adhérente à la masse cancéreuse, qui remplit cette excavation et remonte jusqu'à la neuvième vertèbre dorsale, en soulevant le diaphragme. L'intestin grêle et le colon sont très adhérents à cette masse, en partie fluctuante et en partie résistante, et qui est elle-même très adhérente au psoas.

Cette tumeur a 25 centimètres de long, 15 de large et autant d'épaisseur. Elle a la forme d'un ovoïde à petite extrémité dirigée en haut. Une ponction est faite dans un kyste situé à la partie supérieure; il en sort la valeur d'un litre de liquide séro-sanguin.

Une incision est pratiquée sur le bord externe, et l'on tombe dans une vaste cavité anfractueuse, rappelant la forme d'un bassinet extraordinairement développé, tapissé à l'intérieur de caillots sanguins et de masses colloïdes.

L'uretère va s'ouvrir dans la véritable cavité du bassinet, qui est très grand mais sans communication avec la grande poche. Il passe devant les noyaux cancéreux qui sont appliqués contre la colonne vertébrale et qui le compriment en partie. Ces productions cancéreuses vont se prolonger jusque dans le hile du rein.

La substance du rein est très atrophiée; il n'en existe qu'une très petite portion dans la partie postérieure et supérieure du bassinet. La tumeur qui pénètre jusque dans le hile du rein a une teinte blanchâtre; elle est dure, lardacée, et elle a tout l'aspect de la masse qui forme la tumeur rectale.

La vessie est tapissée par une muqueuse d'apparence saine, excepté au niveau du bas-fond, où elle est épaissie, mamelonnée, adhérente à la tunique musculaire qui elle-même fait corps avec la masse du cancer rectal.

Le rein droit et la rate sont d'un aspect normal.

Le cœur est volumineux, fortement rétracté. Le ventricule gauche a des parois épaisses de plus de 2 centimètres; sa couleur est normale; il n'a pas d'altérations valvulaires. L'aorte présente quelques plaques athéromateuses, ainsi que la valvule mitrale qui est suffisante. Le foie n'est pas très volumineux, pas congestionné.

Les poumons sont violacés à leur bord postérieur, grisâtres en avant. On n'y trouve pas d'ecchymoses sous-pleurales. Sous les plèvres, il y a quelques dépôts graisseux mais pas d'ecchymoses.

Le cerveau est très anémié. La colonne vertébrale ne présente ni luxation ni fracture.

Le malade s'est pendu avec une bande à faire les pansements, qu'il a roulée et fixée à une échelle, en y faisant une boucle coulante. On le trouva la tête fortement renversée en arrière. Sur le cou est un sillon durci, passant au-dessus du larynx et allant sur l'angle droit du maxillaire inférieur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle ne comprend que des lettres ministérielles relatives aux eaux minérales.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Corlieu, qui se présente comme candidat à l'une des places vacantes dans la section des associés libres;

2° Le compte rendu des vaccinations et revaccinations pratiquées au 93e régiment d'infanterie, par M. le docteur Aubert;

3° Le compte rendu des vaccinations et revaccinations pratiquées en 1885 par M. le docteur Geschwind, au 13e régiment d'infanterie, accompagné d'observations comparatives sur l'emploi du vaccin d'adulte et du vaccin d'enfant;

4° Des observations sur les détails pratiques dans les analyses d'eaux douces ou d'eaux minérales, par M. le docteur Eymard Lacour, pharmacien-major à l'hôpital militaire d'Oran (Algérie) (Comm. des eaux minérales);

5° Un travail sur la fièvre typhoïde au quartier Dupleix, du 20 août 1884 au 20 août 1885, par M. le docteur Quivogne, médecin-major au 16e dragons. (Comm. des épidémies.)

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Billod, l'un de ses membres correspondants.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. Planchon lit une série de rapports sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ptomaïnes et les théories microbiennes : la parole est à M. Colin (d'Alfort).

Sur les intoxications septiques et virulentes. — M. Colin (d'Alfort), qui a déjà signalé précédemment un assez grand nombre de points obscurs dans les théories des affections septiques, se propose de rechercher si certains de ces points peuvent être élucidés à l'aide des éléments nouveaux que la chimie nous apporte, et en même temps de jeter un coup d'œil sur la question de savoir si les matières infectieuses et virulentes donnent lieu à une intoxication comparable à celle des poisons récemment découverts.

Lorsqu'on injecte dans les veines, dit M. Colin, des matières putrides très diluées, parfaitement filtrées, elles produisent, sur le cheval comme sur les plus petits animaux, des accidents presque foudroyants. En réduisant la dose de cette dilution, on tue encore le cheval en moins de vingt-quatre heures. Bien certainement on est là en présence d'une intoxication; mais, comme cette intoxication coïncide avec une altération du sang, rapidement produite et indiquée par une tendance à l'incoagulabilité, nous pouvons nous demander si la mort tient à l'action directe du poison, ou si elle est due à ce que le sang, par suite de son altération, est devenu impropre à l'entretien de la vie. Il y a dix ans que je demande aux chimistes l'analyse du sang des septicémies, sans pouvoir l'obtenir. M. Gautier aurait rendu un grand service à la science en nous la donnant. C'est dans les matières qui tuent et dans le sang altéré par ces matières qu'il importait tout d'abord de constater la présence des ptomaïnes ou d'autres agents vénéneux, d'autant plus que dans tous les cas de mort rapide, il n'y a pas à invoquer l'intervention des êtres microscopiques auxquels le temps n'a pas permis de se multiplier.

On a nié le caractère d'intoxication aux accidents déterminés par les matières septiques ou virulentes, en s'appuyant sur ce fait que l'agent d'une intoxication quelconque ne se renouvelle ni ne se multiplie pas, tandis que le virus se régénère. Dès l'instant que le poison est, comme les ptomaïnes, d'origine animale, pourquoi sa fabrication et sa multiplication ne pourraient-elles pas avoir lieu et être suractivées sous l'influence d'une certaine quantité de ce même poison venu du dehors ou du dedans et agissant à la manière d'un ferment? Ce qui me porte à penser que l'introduction dans l'économie d'un poison animal provoque la fabrication de poisons de même nature ou de nature analogue, ce sont les effets des matières putrides injectées dans le tissu cellulaire au lieu de l'être dans les veines.

De l'étude à laquelle se livre sur ce sujet M. Colin, il arrive à

conclure qu'il n'y a pas de doute sur le premier mode de développement de la septicémie. L'affection dont il s'agit, virulente, contagieuse, ne naît pas d'une affection semblable, elle n'est pas produite par homogénie, comme diraient les naturalistes; mais elle dérive d'un liquide privé de vie, altéré, putréfié à un certain degré en dehors de l'organisme; ce liquide est le sang, la lymphe, la sérosité cellulaire, péritonéale ou tout autre produit analogue.

Dès l'instant que les liquides animaux peuvent s'altérer d'une part sur les cadavres, d'autre part hors de l'économie, à l'air libre, dans l'étuve, au point de devenir aptes à donner naissance à un état morbide virulent, pourquoi ces liquides ne pourraient-ils, dans l'organisme même, éprouver des alternatives semblables à celles-là et pourquoi, par conséquent, après les avoir subies n'acquerraient-ils pas aussi la faculté de développer la septicémie? On ne voit pas ce qui, dans des conditions déterminées, mettrait obstacle à des modifications d'ordre purement chimique.

Arrivant à un autre point, M. Colin fait remarquer que les états septicémiques, développés par l'inoculation d'une quantité infinitésimale de liquides altérés, paraissent fort compliqués.

Après un long exposé de faits et d'expériences sur ce sujet, M. Colin s'exprime en ces termes :

En présence des faits que je viens de rappeler, je me demande si on est bien fondé à attribuer aux microbes la production des états septiques, la virulence et les états morbides spécifiques?

Ce qui me fait douter de l'importance de leur rôle dans le développement des accidents septiques, c'est que les microbes sont associés à des matières en apparence très toxiques, qui tuent toujours les grands comme les petits animaux dans des délais très courts, à la condition d'être en quantité suffisante. Quand on m'aura produit ces accidents avec les vibrions septiques seuls associés à l'eau pure, je pourrai me rendre sur ce point.

Ce qui me fait douter de ce rôle, au point de vue de la virulence, c'est que, en l'absence des micro-organismes, les choses se passent comme dans le cas où ils sont présents. Ils font défaut dans le virus rabique, dans le vaccinal, dans le claveleux, le péripneumonique, et vous n'êtes pas sûr qu'il y en eût dans le cholérique, le typhique, etc. La virulence peut donc dépendre d'autre chose que des microbes.

Ce qui renforce encore mes doutes, c'est que vos organismes sont signalés dans plusieurs maladies non virulentes ou non transmissibles par inoculation.

Tout bien considéré, il me semble qu'aucun des rôles attribués aux êtres microscopiques n'est suffisamment prouvé. Si celui des bactéridies du charbon paraît l'être, on n'est pas en droit d'en tirer une conclusion applicable à toutes les maladies virulentes.

Encore dans ce charbon n'est-il pas certain que la bactéridie soit seule virulente. J'ai vu du sang, des pulpes ganglionnaires, jouir de la virulence avant l'apparition des bâtonnets, et il a fallu expliquer cela en disant que la bactéridie devait exister là où elle ne se voyait pas.

D'ailleurs qui a prouvé les rôles mécaniques, chimiques, physiologiques prêtés à ces êtres? Qui a montré comment ils pourraient embarrasser la circulation, obstruer les vaisseaux? comment ils absorberaient l'oxygène du sang au point d'asphyxier? A quoi a-t-on reconnu qu'ils devaient fabriquer des ptomaïnes ou un poison quelconque? Enfin qui a démontré le prétendu fait de la sécrétion des ferments ou des zymases par ces petits êtres? Personne à mon avis. Il serait bien d'affirmer un peu moins et de prouver un peu plus, surtout en faisant fabriquer à l'extérieur par les êtres microscopiques les matériaux dont on leur attribue la production au sein de l'organisme.

Au lieu de preuves, de démonstrations scientifiques, on nous apporte des hypothèses. Il ne doit plus être question de miasmes, d'effluves, de gaz délétères, de matières putrides, de virus, d'altérations du sang. Il n'y a de place désormais que pour les microbes. Un virus, une maladie purulente, ne peuvent se faire sans eux. S'ils ne sont pas présents dans les liquides, on en suppose l'existence. Si on ne les voit pas entrer dans l'économie, on admet qu'ils y étaient cachés. Le pouvoir de la cellule vivante, du protoplasma, de l'être tout entier, doit s'effacer devant l'omnipotence d'un microcoque ou d'une bactérie. D'un côté on nie la production par l'organisme du moindre granule mouvant, sous prétexte que la génération spontanée est inadmissible; de l'autre on fait dériver les bactéries d'un granule immobile, qui évolue. Une fois le granule devenu microbe, on lui attribue la faculté de se transformer. Le microbe vulgaire, inoffensif, devient spécifique et tue en changeant de place et en pénétrant dans une cavité viscérale. Un autre végétera à l'état latent dans un coin de nos organes pendant trente ou quarante ans, puis sortira de sa torpeur et exercera en quelques jours ou en quelques heures des ravages mortels. Tel sera éphémère, tel autre jouira d'une longévité indéfinie.

Il me semble qu'on fait en ce moment un peu trop d'échappées dans le domaine de l'inconnu. Il vaudrait mieux s'attacher à éclairer les points obscurs des questions que de tenter des hypothèses dont on n'a pas rassemblé tous les éléments. Les matières toxiques fabriquées par l'organisme ni les êtres qui s'introduisent dans nos organes et nos tissus ne donnent la raison de tout ce qu'on ignore en pathologie. Quoique l'économie prépare des poisons redoutables, elle se préserve de leur action en les détruisant ou en les éliminant. Bien qu'elle soit imprégnée, parfois même saturée de ceux qui naissent de la respiration, des sécrétions, du travail nutritif, de la contraction musculaire, elle n'en souffre pas dans les conditions physiologiques. Elle n'en est lésée, elle n'en périt que par une production excessive ou une insuffisante élimination. Elle résiste également avec non moins de succès à l'action des êtres microscopiques apportés en nombre infini par l'air, les aliments et les boissons. Ce à quoi sa résistance est moins efficace, c'est à l'action des agents virulents. Elle s'y soustrait cependant, dans une certaine mesure, par des procédés de destruction et d'élimination qu'il nous importerait de bien connaître.

M. CORNIL donne d'abord lecture d'une communication de M. le docteur Doyen (de Reims), relative au sujet en discussion.

Depuis cinq ans, dit M. Doyen, j'ai fait l'étude d'un grand nombre de suppurations et de septicémies diverses. Le résultat de ces recherches me permet d'affirmer que toujours j'ai observé l'action directe et locale de microbes pathogènes.

Le phlegmon et toutes les suppurations analogues sont caractérisés par la présence de microbes divers, le plus souvent de staphylococcus aureus.

Les abcès putrides, les pustules d'acné contiennent en outre des organismes variés.

Dans les autopsies d'affections septicémiques, j'ai, dans un grand nombre de cas, recueilli, quelques instants après la mort : soit du sang, soit surtout les reins, la rate et de gros fragments de foie. Chaque fois l'examen de ces viscères m'y a démontré la présence de microbes pathogènes.

Jamais donc dans les cas de septicémie que j'ai étudiés, je n'ai pu attribuer à l'action seule des ptomaïnes les accidents généraux.

M. Doyen se propose d'établir d'ici peu que les septicémies chez l'homme peuvent être de natures diverses, au point de vue des microbes qui les occasionnent. Quant à la fièvre puerpérale dont il a été question dans cette discussion, elle n'est qu'une variété de septicémie et peut être caractérisée par l'un des trois microbes ordinaires des suppurations aiguës : le streptococcus et les deux staphylococcus de Resenbach.

M. CORNIL, prenant ensuite la parole pour son propre compte, aborde l'étiologie de la fièvre puerpérale. Elle n'est point une seule et même affection. Parmi elles, il en est qui appartiennent à la pyémie. L'autopsie montre alors une péritonite suraiguë, une phlébite ou une lymphangite suppurative, des abcès dans différents organes, de la pleurésie, etc.

D'autres, et ce sont les plus graves, les plus rapidement terminées par la mort, doivent être rangées dans les septicémies, véritables intoxications de tout l'organisme déterminées par les bactéries et par les alcaloïdes toxiques formés sous leur influence. Il n'y a

pas de suppuration, pas de lésion nettement constatée à l'œil nu, ce qui a fait croire autrefois à une fièvre essentielle.

Dans l'un et l'autre groupe de ces accidents puerpéraux, on constate toujours l'existence des bactéries.

Ces micro-organismes pénètrent par la plaie utérine résultant du décollement du placenta, par les déchirures du col et de la vulve. Ils ont d'autant plus de facilité à produire une action pathogène que la grossesse et la parturition ont modifié profondément l'utérus et troublé toute l'économie.

Les microbes qu'on a trouvés dans ces différentes formes de fièvre puerpérale mortelle sont très variés. M. Doléris en décrit quatre formes, en deux groupes :

1° Les microcoques sous formes de points, sous forme de couples ou de chaînettes;

2° Des bâtonnets ou grands filaments.

La culture isolée de ces microcoques nous a montré que le streptococcus pyogène y était prédominant.

Quant aux septicémies des nouvelles accouchées, elles sont dues aussi à plusieurs espèces de micro-organismes, les grands bacilles et filaments du vibrion septique de Pasteur, plus des bacilles courts et assez gros découverts récemment par MM. Fraenkel et Babès.

Les bactéries, qui sont inoffensives si la muqueuse est recouverte des couches épaisses de son épithélium, s'introduisent à la faveur de la plaie utérine ou de déchirures vaginales et deviennent la cause des plus graves accidents. C'est ainsi que se produisent, à n'en pas douter, les pyémies et les septicémies des nouvelles accouchées.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission nommée par l'Académie des sciences, dans sa séance du 1er mars 1886, a adopté à l'unanimité le projet suivant :

Article premier. — Un établissement pour le traitement de la rage après morsure sera créé à Paris, sous le nom d'Institut Pasteur.

Art. 2. — Cet Institut admettra les Français et les Étrangers mordus par des chiens ou autres animaux enragés.

Art. 3. — Une souscription publique est ouverte en France et à l'étranger pour la fondation de cet établissement.

Art. 4. — L'emploi des fonds souscrits sera fait sous la direction d'un comité de patronage composé de :

MM. l'amiral Jurien de La Gravière, président de l'Académie des sciences; — Gosselin, vice-président de l'Académie des sciences; — Bertrand, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; — Pasteur, de l'Académie française et de l'Académie des sciences; — Vulpian, Marey, Bert, Richet, Charcot, Hervé-Mangon, et de Freycinet, de l'Académie des sciences; — Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française; — Wallon, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles-lettres; — Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts; — Jules Simon, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques; — Magnin, gouverneur de la Banque de France; — Christophle, gouverneur du Crédit Foncier; — Alphonse de Rothschild, membre de l'Institut; — Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; — Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France ; — Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Art. 5. — Les souscriptions sont reçues à la Banque de France et dans ses succursales ; — au Crédit Foncier et dans ses succursales; — chez les trésoriers-payeurs généraux; — chez les receveurs particuliers et les percepteurs.

Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel*.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Tours s'ouvrira, le 22 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1886, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Tours s'ouvrira, le 22 novembre 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1886, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour deux emplois de professeur agrégé en chirurgie.

En exécution de la décision ministérielle en date du 4 février 1881, les médecins-majors seront seuls admis au concours.

Les épreuves sont déterminées ainsi qu'il suit, conformément au programme approuvé le 6 avril 1878 et inséré au *Journal militaire officiel* (1878, partie supplémentaire, n° 20, p. 280). Elles auront lieu d'après le mode d'exécution fixé par ledit programme.

1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale, tirée particulièrement de lésions observées aux armées;

2° Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte;

3° Examen clinique de deux malades blessés, atteints : l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique; un de ces malades sera choisi parmi ceux atteints d'une maladie des yeux, des oreilles ou du larynx; leçon sur ces deux cas;

4° Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent; pansements, application de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

Les médecins militaires qui désireront prendre part au concours adresseront au ministère de la guerre (direction du service de santé) une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise, par la voie hiérarchique, avant le 1er mai prochain, terme de rigueur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Cruveilhier, Terrier, Nicaise, Delens, Berger et Guéniot, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice jusqu'à la fin du concours d'agrégation de médecine (section de chirurgie et accouchements).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Prenant, licencié ès sciences naturelles, préparateur d'histoire naturelle, est nommé chef des travaux pratiques d'histologie, en remplacement de M. Sadler, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Tours.* — M. Wolff, chef des travaux chimiques, est chargé en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de physique.

— *Muséum.* — M. Guitel, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'anatomie et de physiologie comparées, en remplacement de M. Fourment, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Fauvel a été élu, dimanche dernier, conseiller général du canton est du Havre.

— M. le docteur H. Picard commencera un cours public et gratuit d'urologie, le dimanche 14 mars à dix heures, 13, rue Suger, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Ce cours, essentiellement pratique, aura lieu en six leçons.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19185.

N° 31. — SAMEDI 13 MARS 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 13 MARS 1886. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sclérose généralisée ; rôle de l'artério-sclérose.

Dans notre Revue clinique du 30 mai dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur un point de pathologie des plus intéressants, l'artério-sclérose, dont M. Huchard venait de faire alors le sujet d'une très belle leçon, ajoutant aux recherches de ses prédécesseurs, sur ce même sujet, de nouvelles observations confirmatives sur les manifestations secondaires multiples auxquelles cette lésion artérielle peut donner lieu. S'inspirant des faits et des considérations cliniques exposés dans cette leçon, et ayant eu lui-même l'occasion de s'occuper de ce sujet, M. le docteur Isnard (de Marseille) vient de consigner dans une brochure que nous avons sous les yeux (1) le tribut de ses observations personnelles. Il nous a paru d'autant plus à propos de porter à la connaissance de nos lecteurs les principales conclusions de ce travail, qu'il apporte de nouveaux documents à l'appui de la thèse soutenue par M. Huchard et qu'il complète à certains égards la petite étude que nous avons faite dans notre Revue précédente sur l'aortite.

Laissant de côté les scléroses locales, telles que la cirrhose hépatique et la sclérose pulmonaire, M. Isnard s'est proposé exclusivement, dans ce travail, l'étude de la sclérose généralisée, d'origine dyscrasique, avec ses deux phases d'artério-sclérose et de sclérose viscérale.

L'artério-sclérose généralisée est constante dans le processus scléreux.

Elle est primitive et commande l'évolution de ce dernier.

Les scléroses multiples sont indépendantes les unes des autres, mais subordonnées à l'artério-sclérose généralisée.

Telles sont les propositions que M. Isnard s'est attaché à justifier.

Se basant sur les faits constatés par Bouillaud, par MM. Lancereaux, Gull et Sutton, Aug. Fabre, Debove, Letulle, Talamon, H. Martin, Roy et Duplaix, qui établissent d'une manière irréfragable, anatomiquement et cliniquement, l'existence de l'artério-sclérose, M. Isnard étudie deux questions secondaires qui se rattachent à cette première proposition ; savoir : par quelle tunique débute l'artérite proliférente ; comment les deux autres systèmes vasculaires, veines et lymphatiques, participent au processus scléreux.

Elle débute par la tunique interne, en contact constant avec le sang altéré.

Les veines et les lymphatiques subissent les mêmes altérations.

Pour la deuxième proposition, voici en quels termes M. Isnard résume la question :

Les artères sont le point de départ de la sclérose. Ce fait est indiscutable, quelle que soit la dyscrasie qui ait provoqué son développement dans le cœur, le foie, le rein, la rate, le poumon, la moelle, etc. Dans tous les cas où il y a prolifération conjonctive, le microscope laisse voir positivement que les vaisseaux sont des centres d'irradiations fibreuses et que le tissu conjonctif, qui comprime, isole et détruit à la longue les éléments propres des organes, est d'autant plus abondant, serré et ancien, qu'on l'examine plus près des canaux sanguins. A ce niveau, en effet, il est absolument fibreux et, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ces parties centrales, il devient fibrillaire, puis, au milieu des fibrilles, il présente des noyaux embryonnaires en plus ou moins grande quantité. Étant donné cet aspect variable du tissu conjonctif sur les différents points, il est facile de reconnaître son origine et son âge autour des vaisseaux dont les parois sont les premières atteintes par la lésion.

Il y a donc primitivement une sclérose artérielle, et c'est parce qu'elle se rencontre dans le cœur, le foie, le rein, la rate, le poumon, la moelle, qu'il y a sclérose cardiaque, hépatique, rénale, splénique, pulmonaire, médullaire.

Enfin dans l'étude de la troisième proposition, l'auteur arrive à cette conclusion : que le foie, le rein et le poumon cardiaques se rattachent, en somme, aux scléroses dyscrasiques par la communauté de leurs deux caractères essentiels, par leur origine et par l'artérite généralisée ; ce sont de véritables scléroses dyscrasiques, subordonnées avant tout à la fibrose artérielle et compliquée, en outre, de la stase veineuse qui accompagne les maladies chroniques du cœur et du poumon.

Expression de la diathèse fibreuse, l'artério-sclérose gé-

(1) Isnard (de Marseille), *De la sclérose généralisée et du rôle de l'artério-sclérose.* — Paris 1886, Asselin et Houzeau.

néralisée avec scléroses viscérales constitue un état pathologique bien défini, ayant par sa fréquence et sa gravité une véritable importance clinique. Voilà ce qui est établi par l'ensemble des études qui précèdent.

Le point essentiel en pratique, ainsi que M. Huchard nous le faisait remarquer avec tant de raison l'année dernière, est non seulement de reconnaître cette lésion primitive, mais surtout de la reconnaître de bonne heure, assez à temps pour pouvoir par un traitement approprié en arrêter les progrès et en prévenir les suites.

L'examen clinique permet-il de reconnaître d'emblée l'artério-sclérose généralisée ? Il n'y a pas de signes directs capables de la révéler, répond à cette question M. Isnard ; on ne peut l'admettre que par induction, et si l'on rencontre sur le malade en observation : 1° une des dyscrasies qui engendrent à la fois l'endartérite et les scléroses ; 2° une ou plusieurs scléroses viscérales ; 3° des lésions vasculaires périphériques, telles que la dureté des radiales, l'arc sénile, etc.

C'est donc spécialement dans les signes des scléroses viscérales qu'il faut chercher les manifestations de la diathèse fibreuse.

Maladies essentiellement lentes, progressives et apyrétiques, les scléroses ont une marche irrégulière, intermittente et une longue durée. Comme l'inflammation, elles procèdent par poussées successives, aboutissant chacune à la formation d'exsudats qui s'organisent en tissu fibreux. A leur période initiale, elles sont particulièrement vagues, obscures, insidieuses, et échappent facilement à l'attention. Leurs symptômes sont très variables et d'autant moins dessinés que la maladie est plus récente. Il faut, par conséquent, de la part du médecin, une interrogation scrupuleuse et un examen très minutieux de chaque organe, une observation attentive et réitérée, pour découvrir quelques-uns des traits qui suffiront pour attester l'existence de la diathèse et d'altérations qui se seraient dérobées devant un examen superficiel.

Ces affections, souvent passées inaperçues, sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement, et elles se montreront probablement à l'avenir d'autant plus nombreuses que l'attention sera plus éveillée sur elles et qu'on en connaîtra mieux les symptômes.

La connaissance des conditions étiologiques aidera beaucoup le diagnostic. Une dyscrasie (arthritisme, alcoolisme, syphilis) impliquant la probabilité d'une diathèse scléreuse, tout sujet dyscrasiqe devra être examiné avec soin. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une diarrhée chronique et d'une pneumonie, M. Isnard a pu récemment observer sur deux malades des scléroses multiples développées à leur insu.

Les périodes initiales de la sclérose généralisée sont seules accessibles aux moyens de traitement. Pour préciser le terrain sur lequel la thérapeutique est susceptible de s'exercer et les indications rationnelles à remplir, il faut avoir présents à l'esprit les phénomènes qui caractérisent l'évolution du processus morbide et les deux périodes dont elle se compose : l'une, la première, dans laquelle la sclérose peut être confondue, au début, avec l'inflammation chronique interstitielle ; la seconde, consistant dans l'hyperplasie cellulo-fibreuse constituée.

Si, quand la maladie est invétérée, la thérapeutique est impuissante à entamer les tissus indurés, à reproduire les éléments organiques détruits, à remédier à la déchéance générale de l'économie, il n'en est pas ainsi au début, soit à la période qui prépare, soit à la période qui commence l'évolution du processus pathologique.

Comme traitement préventif, c'est à la dyscrasie originelle que le médecin devra s'adresser, le traitement de la dyscrasie, qu'il s'agisse de la syphilis, de l'impaludisme, de l'alcoolisme, de l'arthritisme, etc., étant la prophylaxie de la diathèse fibreuse qui n'est elle-même que la maladie terminale de l'une ou l'autre de ces dyscrasies.

Quant aux indications fournies par la première période, elles se déduisent des phénomènes congestifs et irritatifs, de l'hyperémie et de la dilatation des capillaires, des produits plastiques de l'inflammation, des exsudats liquides, cellulaires ou sanguins que l'on retrouve à l'origine du processus, et sur lesquels la thérapeutique a prise. Elles se déduisent aussi des néoformations encore jeunes, à la période embryonnaire, dont une médication appropriée peut modifier et désagréger les éléments ; de l'état de la nutrition déviée qu'un bon régime peut redresser ; de l'encombrement des tissus par les déchets de l'organisme dont il s'agit d'empêcher la formation ou de favoriser l'élimination ; enfin de la nécessité d'imprimer à toute l'économie une impulsion profonde.

Les moyens de remplir ces indications sont : à l'extérieur, les révulsifs énergiques, la cautérisation souvent répétée avec le feu ou les caustiques ; l'électricité, l'hydrothérapie. A l'intérieur, on aura recours à l'ergot de seigle, à la strychnine, à l'iodure de potassium, au nitrate d'argent, au phosphore, à l'arsenic et à la médication hydrominérale alcaline et saline, la plus puissante de toutes en pareil cas (la Malou, Vichy, Vals, Balaruc, la Motte, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Wiesbaden, Hombourg, Aulus, etc.)

Un nouveau document sur le choléra d'Aix en 1884 et 1885. Son mode de propagation.

Parmi toutes les questions soulevées par l'étude des épidémies de choléra, l'une des plus importantes sans contredit, en même temps que des plus controversées et des plus difficiles à résoudre, est celle du mode de propagation de la maladie. C'est sur ce point que nous sommes provoqué à revenir aujourd'hui par un excellent travail sur ce sujet extrait du dernier volume des Mémoires de l'Académie d'Aix, dû à l'un des médecins les plus distingués de cette ville, bien connu d'ailleurs de nos lecteurs, M. le docteur Bourguet, médecin des épidémies et correspondant de l'Académie de médecine.

Dans un travail précédent, publié dans le même recueil à la suite de l'épidémie de 1865, M. Bourguet avait déjà émis cette pensée, développée magistralement depuis par M. Marey, qu'un des moyens qui pourraient faciliter cette solution serait d'étudier le début de l'épidémie, non dans les villes et les grands centres de population, où des rapports et des contacts nombreux ont lieu entre des voyageurs arrivant de toutes les directions, pour lesquels un contrôle sérieux est à peu près impossible, mais dans les petites localités, les hameaux, les fermes isolées, où les rapports avec le dehors sont rares, les renseignements faciles à obtenir et à vérifier. Convaincu que cette voie est effectivement la meilleure pour atteindre ce but, notre distingué confrère a repris cette étude dans toutes les communes de l'arrondissement d'Aix pendant la dernière épidémie. Ce sont les résultats de cette enquête que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs.

La première apparition du choléra dans l'arrondissement d'Aix, en 1884, a eu lieu le 26 juin, à une date où la ville de Toulon représentait le seul foyer cholérique existant en France. D'autres cas se sont manifestés successivement sur divers points de cet arrondissement jusqu'au 8 juillet, jour où l'on comptait huit décès. Des renseignements précis ont pu être obtenus pour ces huit premiers décès, et ces renseignements permettent d'établir que, sur ces huit cas, six malades n'avaient pas eu de rapports avec d'autres cholériques ni avec des personnes ou des objets provenant de lieux contaminés, et, d'autre part, que trois de ces malades habitaient en pleine campagne et un quatrième dans un couvent de femmes cloîtrées.

A partir du 8 juillet, l'épidémie s'est généralisée et a envahi un très grand nombre de communes. Il est devenu dès lors fort difficile d'en suivre la marche et surtout d'indiquer la filiation des cas les uns avec les autres, à cause des rapports nombreux et incessants qui s'établissent journellement entre les habitants des localités envahies et ceux des localités restées indemnes.

Nous laisserons de côté les documents statistiques sur la durée de l'épidémie, le nombre des cas, celui des décès, leur distribution dans les diverses communes, etc., pour ne nous occuper que de ceux qui concernent la genèse de l'épidémie, son mode de propagation par contagion ou infection.

L'épidémie d'Aix a-t-elle rayonné du foyer de Toulon ou s'est-elle développée spontanément?

Question difficile à résoudre. M. Bourguet reconnaît toutefois que, pour cet arrondissement en particulier, le terrain était déjà préparé et que la maladie s'y trouvait, pour ainsi dire, à l'état d'incubation. On y avait constaté, pendant le mois de mai et le commencement de juin, un plus grand nombre de diarrhées et de dysenteries qu'on n'en rencontre habituellement à cette époque de l'année. Il s'était montré dans la ville d'Aix, vers le milieu de juin, plusieurs cas de cholérine, accompagnés parfois de crampes légères et d'un peu d'algidité. Enfin, on avait admis à l'infirmerie de l'asile d'aliénés, du 5 au 30 juin, plus de cinquante malades pour des diarrhées et des vomissements, sur une population de huit cent dix-neuf personnes que renfermait l'asile.

C'est au milieu de ces circonstances qu'apparut le premier cas de choléra observé à Roquefavour, dans une ferme située à plus d'un kilomètre de la station du chemin de fer, lequel fut suivi, à très peu de jours d'intervalle, de cinq nouveaux cas terminés également par la mort, et chez des individus placés tous à des distances considérables les uns des autres, et sans qu'ils eussent eu aucune communication entre eux, ni avec d'autres malades venus de Toulon ou de Marseille, pas plus du reste qu'avec des hardes ou autres objets suspects de contamination.

Ces six cas sont loin d'être les seuls, dans cette épidémie, où il n'ait pas été possible de découvrir le point de départ de la contagion. En étudiant le début de l'épidémie dans les vingt-huit communes frappées, on remarque, en effet, dit M. Bourguet, que dix-huit fois le premier décès cholérique a porté sur des malades qui n'avaient pas quitté leur domicile et n'avaient eu aucune communication avec des malades ou des objets susceptibles de transmettre la maladie. Sur ces dix-huit premiers cas de choléra observés dans les petites localités, onze fois les malades étaient des cultivateurs habitant des maisons de campagne ou des fermes isolées; deux fois la ferme où le décès a eu lieu, était située au milieu des bois ou des collines.

Que les faits se soient passés parfois d'une tout autre façon et que le choléra se soit montré contagieux dans une foule de circonstances, c'est ce que notre confrère a garde de nier. Il a, au contraire, été témoin de plusieurs cas de contagion manifeste dans le cours de cette épidémie, comme dans les précédentes qu'il a eu l'occasion d'observer. Mais les faits positifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne détruisent pas à ses yeux les faits négatifs dont il vient d'être question et qui demandent à être interprétés autrement.

M. Bourguet ne voit pas d'autre interprétation que celle qui consisterait à admettre que le bacille-virgule, si tant est qu'il soit réellement la cause de la maladie, a un germe, une spore, un moyen quelconque de reproduction; que ce germe est volatil, qu'il est transporté par l'air et que son introduction dans l'économie peut s'effectuer par l'atmosphère, en même temps que par les aliments, les boissons, les vêtements, les matières fécales, les produits des vomissements, etc. Il ne voit pas d'autre explication à donner du développement du choléra chez les six premiers malades dont il a été question plus haut, ainsi que dans les dix-huit autres cas observés dans de très petites localités, dans des fermes ou des maisons isolées, où l'on n'a pu relever aucune cause de contamination.

L'enquête à laquelle M. Bourguet s'est livré sur l'influence des cours d'eau et des eaux potables, l'a conduit à la conclusion générale suivante : La très grande majorité des cholériques observés dans l'arrondissement d'Aix, buvaient de l'eau de source ou de l'eau de puits de bonne qualité, la souillure des cours d'eau et des eaux potables ne peut être invoquée comme ayant joué un rôle actif sous le rapport de la genèse et de la propagation du choléra dans cette contrée.

En résumé, des développements contenus dans ce travail, M. Bourguet déduit les conclusions suivantes, qu'il nous semblerait difficile de ne pas admettre avec lui : L'épidémie d'Aix, en 1884, a été précédée, dans un certain nombre de communes, particulièrement dans la ville d'Aix, par une constitution médicale caractérisée par de la diarrhée, des vomissements, des tranchées abdominales, etc. Dans plusieurs autres localités, l'état sanitaire n'offrait, au contraire, rien de particulier au moment de l'explosion de l'épidémie.

Une étude attentive des faits ne permet pas de rattacher la transmission et la propagation de la maladie aux cours d'eau qui arrosent la région, pas plus qu'aux eaux potables qui servent à l'alimentation des populations. Dans plusieurs cas, principalement dans les foyers épidémiques, le choléra a paru se transmettre directement des personnes malades aux personnes saines et revêtir ainsi la forme contagieuse. Le plus souvent, au contraire, surtout dans les villages peu importants, les hameaux, les fermes, les habitations isolées, les malades n'avaient pas eu le moindre rapport avec d'autres cholériques, et la contamination par l'atmosphère peut seule rendre compte de la genèse et de la propagation de l'épidémie.

La réapparition du choléra dans l'arrondissement d'Aix en 1885 n'a fait que confirmer de tous points les conclusions qui précèdent.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement très efficace des attaques d'hystérie.

Par M. le docteur Marc Chaumont.

On entend beaucoup parler des hystériques depuis quelques années. Tantôt on décrit chez elles un signe somatique encore peu soupçonné; tantôt on attache une importance extrême à un phénomène de l'ordre intellectuel. On va même jusqu'à suggérer les choses les plus osées à ces malades, préalablement hypnotisées, et, à leur réveil, elles exécutent fidèlement l'ordre donné. Les hystériques enfin, exploitées par des magnétiseurs étrangers à la médecine et conduites dans des salons mondains, font parade, dit-on, de leurs petits talents de société devant des amateurs interlopes et blasés.

En province, nous ne nous doutons point de ces choses, d'ailleurs assez tristes. Pour nous, une hystérique convulsive est une grande malade, et nous tenons à honneur de la traiter le moins mal possible et de la guérir. Quant à faire d'elle une marionnette amusante, courant le cachet et vivant de sa névrose, nous n'y pensons guère.

Puisque l'on oublie toujours de nous parler de la thérapeutique de l'hystérie, je tiens à résumer en quelques lignes les résultats assez heureux de ma pratique personnelle. Comme médecin d'une manufacture employant un nombre très considérable de femmes, j'ai vu, en effet, beaucoup d'hystériques, et j'en suis arrivé à croire que l'on peut pour elles beaucoup plus qu'on ne le croit généralement.

Pour un certain nombre de malades, je commence d'abord par m'occuper de l'état général. Lorsque, à l'aide de l'huile de foie de morue, de la gentiane, du fer, du quinquina, de la bière, des douches froides ou des bains de rivière, je suis parvenu à me préparer une bonne base d'expérimentation, j'administre, si les attaques d'hystérie apparaissent fréquemment, trois petites cuillers à café de Sirop de Henry Mure, dans un quart de verre d'eau, au moment même du repas, à midi et le soir, pendant un mois. Les crises s'arrêtent, la malade est moins nerveuse, plus calme, mieux disposée, et elle travaille avec un entrain soutenu. Je profite de cette accalmie manifeste pour suspendre le médicament, prescrire de l'exercice, ordonner du lait en guise de tisane et ne pas négliger certaines recommandations appropriées à l'état, à la situation et même aux idiosyncrasies de chacune d'elles.

Au bout d'un mois, de six semaines et parfois de deux mois, quand même aucune attaque hystérique ne se serait produite dans l'intervalle, je reprends comme précédemment l'usage du sirop de Henry Mure, aux mêmes doses, pendant un mois (période menstruelle comprise), puis j'attends de nouveau un, deux ou trois mois, ne faisant que soutenir les forces générales, surveillant l'alimentation et conseillant, selon le cas ou la saison, soit de l'hydrothérapie, soit quelques bains sulfureux ou alcalins, soit des frictions sèches sur tout le corps, matin et soir.

Je reviens à la charge de la même manière encore plusieurs fois, et, le plus généralement, les crises d'hystérie sont enrayées au bout d'un an ou de dix-huit mois. Sans doute les malades restent exposées à des impatiences, à des irritabilités, à des pleurs non motivés, ou à des manifestations jalouses passagères, surtout à l'époque des règles, après une contrariété vive, ou sous l'influence de certaines particularités atmosphériques (neige ou orage), mais les attaques ne se montrent plus ou n'apparaissent que très rarement.

Le remède est d'ailleurs si bien à côté du mal que les femmes elles-mêmes, lorsqu'elles se sentent *énervées*, selon leur propre expression, se prescrivent et s'administrent le médicament pendant une huitaine de jours, jusqu'à ce qu'elles se sentent sûres d'elles.

Comment le sirop de Henry Mure, qui doit au traitement de l'épilepsie son immense succès en Europe et en Amérique, n'a-t-il pas été inscrit en tête des médications anti-hystériques? Il réussit, je l'affirme, dans les neuf dixièmes des cas, mais à la condition d'être donné à une dose relativement faible et intermittente. Tandis que ce médicament si efficace n'a déterminé la guérison d'un grand nombre d'épileptiques qu'à l'aide de doses assez élevées et longtemps continuées, il ne conduit, au contraire, à des résultats précieux dans l'hystérie que moyennant un dosage moindre et un usage non continu. Voilà ce qui, je crois, n'a jamais été dit, et ce qui est cependant d'une importance pratique bien considérable.

L'association de différents bromures entre eux et la combinaison de certains agents thérapeutiques avec le bromure de potassium échouent constamment. Le bromure de potassium, d'autre part, est bien rarement livré pur. Ce qui justifie la vogue du sirop de Henry Mure, c'est que tous les médecins de tous les pays savent que ce médicament renferme un bromure exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à café contient mathématiquement 50 centigrammes de sel et que cette préparation, appliquée au traitement des névroses convulsives, a déterminé partout les guérisons les plus durables. Le succès appelle le succès.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Corps étrangers articulaires. — M. Kirmisson fait un rapport sur diverses communications de MM. Boppe, Krüybape, relatives à la pathogénie et au traitement chirurgical des corps étrangers articulaires.

Au point de vue de la pathogénie, la tendance générale était de croire au développement spontané de ces corps étrangers et de considérer leur origine traumatique comme exceptionnelle, d'où le nom d'arthrophytes qui leur avait été donné. Aujourd'hui, plusieurs auteurs, entre autres Poncet, Fleisch, Poulet et Vaillard réagissent contre cette notion et, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, démontrent que le corps étranger représente un copeau détaché de la surface articulaire.

M. Croufle rapporte l'observation d'un rhumatisant héréditaire qui, pendant un exercice militaire, est pris brusquement d'une douleur dans le genou droit; on en extrait deux corps étrangers. Il reprend son service mais la douleur persiste, il éprouve une vive souffrance après la marche dans le genou opéré; on trouve un corps étranger dans l'autre genou qu'on opère. Cette articulation était le siège de craquements; l'origine pathologique évidente était donc ici une arthrite sèche.

Boppe rapporte l'observation d'un malade atteint d'un corps étranger mobile du genou, remontant à trois ans, qui a été découvert au bout de ce temps pendant un exercice de voltige. Il s'agit d'un corps étranger de la forme d'une petite rotule creusée de cavités de consistance ostéo-cartilagineuse, d'origine probablement traumatique d'après l'examen qu'en a fait M. Poulet. En effet, des débris osseux peuvent se détacher spontanément par un processus nécrobiotique.

M. Kirmisson rappelle également une observation de M. Maunoury, dans laquelle il s'agit d'une femme de vingt-deux ans qui fait une chute sur le genou; elle sent un craquement et il survient un gonflement considérable. Deux mois après, M. Maunoury s'aperçoit de la présence d'un corps étranger et pratique l'opération qui est suivie d'une guérison complète. Ici l'origine traumatique est bien nette.

Les corps étrangers traumatiques anciens, ajoute M. Kirmisson, se modifient par suite d'un long séjour dans l'articulation et se revêtent sur leur face primitivement osseuse, d'une couche de cartilage embryonnaire, bien distincte du cartilage diarthrodial. Cette nouvelle couche cartilagineuse était très nette dans l'observation de M. Maunoury.

Il faut donc admettre l'origine traumatique aussi bien que l'ori-

gine pathologique des corps étrangers articulaires. Le pronostic fonctionnel est bien meilleur dans les cas d'origine traumatique. Quant au traitement, c'est à l'arthrotomie qu'il faut avoir recours; elle ne donne que 4 morts sur 105 cas. C'est là une statistique assez favorable; mais la méthode antiseptique doit être employée ici dans toute sa rigueur. Le manuel opératoire est encore un peu discuté, sur deux points surtout : les uns étant pour le drainage, les autres pour la suture. S'il y a du liquide, il faut drainer, sans mettre le drain dans l'articulation, mais seulement au ras de la synoviale. La suture simple des parties superficielles est insuffisante; elle doit comprendre la synoviale, le double point de suture superficiel et profond avec drainage intermédiaire est préférable. Un pansement antiseptique et ouaté doit être appliqué.

M. TRÉLAT dit que l'observation de Boppe lui paraît d'origine pathologique. Dans un cas qui lui est personnel et qui est absolument identique, l'origine était nettement pathologique.

L'arthrotomie donne des résultats très variables suivant la nature des lésions; il faut bien reconnaître la position du corps étranger avant d'opérer et inciser sur le corps préalablement fixé, et non aller au hasard à sa recherche. Une petite dissection est presque toujours nécessaire pour le séparer. Il est préférable de ne pas faire de drainage quand l'opération est simple. Il faut suturer en passant les points jusque près de la synoviale, sans la comprendre dedans. Le pansement antiseptique doit rester en place jusqu'à entière guérison et il faut une immobilisation rigoureuse.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE demande pourquoi ne pas faire de drainage; on peut s'en passer si l'opération est très facile; mais, pour peu qu'elle soit laborieuse, s'il y a du liquide dans l'articulation, le drainage sert à guérir l'hydarthrose. L'absence de drainage peut être dangereuse; il est prudent et sans inconvénient de le faire.

M. MARCHAND fait observer que beaucoup de corps étrangers articulaires sont des ostéo-chondrophytes pathologiques devenus libres à la suite d'un traumatisme. Il n'y a donc pas de distinction absolue entre les deux variétés.

M. TRÉLAT trouve M. Lucas-Championnière bien affirmatif relativement au drainage : l'espérance actuelle est la suppression totale de la nécessité du drainage.

M. GILLETTE n'est pas d'avis de drainer après les cas très simples; cela gêne l'immobilisation et favorise la suppuration.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que le drainage n'a aucun inconvénient, que le drain doit pénétrer dans l'articulation et non rester au ras de la synoviale. Il n'immobilise jamais l'articulation dans ces cas; c'est là une question générale applicable à toutes les plaies articulaires et non seulement aux corps étrangers.

M. GILLETTE proteste vivement en faveur de l'immobilisation.

M. KIRMISSON répond à M. Marchand que les corps étrangers libérés par le traumatisme sont absolument d'ordre pathologique.

M. MARCHAND dit qu'il n'en faut pas moins tenir compte de ces faits qui peuvent aussi se rencontrer dans les bourses séreuses.

LECTURE

M. GUÉRIN lit un travail ayant pour titre : *Des limites de la matrice de l'ongle,* applicable au traitement de l'ongle incarné.

M. PEYROT lit une note sur un cas de transplantation chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien avec rétablissement partiel de la fonction.

Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique. — **M. GUERMONPREZ** (de Lille) adresse une note relative à un malade auquel il a pratiqué l'ablation de deux côtes, ayant amené un foyer suppuré en communication avec les bronches. (Sera publié.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des Maladies des femmes (1), par M. le docteur E. Guibout, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

Voici un livre appelé à rendre les plus grands services aux médecins pour l'exercice professionnel, aux élèves pour la préparation de leurs examens et de leurs concours. C'est un exposé nosographique de toutes les maladies qui affectent, non pas seulement les organes génitaux externes et internes de la femme, mais encore tout ce qui, dans la constitution de la femme, contribue à former l'ensemble et les détails de l'appareil de la génération. Cet exposé clair, méthodique, est essentiellement pratique; toutes les données fournies par l'anatomie et la physiologie sont toujours suivies de déductions thérapeutiques dont nous ne saurions trop faire ressortir l'importance.

Ce livre est le résultat de plus de vingt années de travail et d'observations prises à l'hôpital Saint-Louis. Non seulement l'auteur y avait, comme champ d'étude, le service dont il était chargé, mais encore, tous les lundis, il y faisait une clinique spécialement consacrée aux maladies des femmes. Dans cette clinique, régulièrement suivie par un grand nombre de médecins, d'élèves et de sages-femmes, on examinait, en outre des malades du service, toutes celles qui s'étaient présentées à la consultation du dehors, et le nombre était toujours considérable. Chaque malade était l'objet d'un examen spécial, qui donnait lieu à un exposé de considérations cliniques, à la fois doctrinales, théoriques et pratiques.

Or quel nombre immense de matériaux ont été amassés pendant ce travail incessant de vingt ou vingt-quatre années! quelle vaste expérience, quelle connaissance approfondie des choses ont été acquises! c'est de cette source si riche et si abondante qu'est sorti l'ouvrage dont nous avons à rendre compte.

Toutes les maladies, toutes les anomalies, acquises ou congénitales, des organes génitaux externes ou internes, sont passées successivement en revue, décrites, interprétées quant à leur étiologie, à leurs symptômes, à leurs accidents locaux, à leurs complications réactionnelles, et au traitement par lequel elles doivent être combattues.

C'est ainsi que M. Guibout envisage toutes les affections organiques ou nerveuses des voies génitales externes, la vaginite, le vaginisme, dont il rapporte de curieuses observations; les phlegmons des grandes et des petites lèvres et des glandes de Bartholin; les différentes formes du catarrhe vaginal, désordre si commun, si fâcheux, si grave même dans ses conséquences, et toujours si tenace, si réfractaire aux traitements habituels, mais qui ne résiste pas plus de huit ou dix jours au mode de tamponnement spécial indiqué, et dont le succès est constant.

Les affections intertrigineuses, eczémateuses, érythémateuses, l'herpès vulvaire et de la zone génitale, les végétations ou pseudo-papillomes, sont étudiés avec un soin tout particulier. Il en est de même du prurit vulvaire, ce supplice de tant de femmes, si redoutable en lui-même et par toutes ses conséquences. M. Guibout lui consacre un chapitre des plus intéressants, dans lequel il établit sa nature essentiellement nerveuse et les différents moyens par lesquels il peut être victorieusement combattu, malgré son opiniâtreté ordinaire.

Tout ce qui a rapport à l'utérus et aux ovaires est le sujet de plusieurs chapitres. Les différentes formes de métrite y sont décrites avec beaucoup de précision et d'observations cliniques rigoureuses. Métrite du col et du corps; métrite simple, superficielle, granuleuse, ulcéreuse, hypertrophique, parenchymateuse, congestive, hémorrhagique, avec ramollissement; fongosités avec induration; les productions fibromateuses, pédiculées ou non, les polypes muqueux, y sont étudiés comme il convient à leur importance, aux accidents et aux troubles qu'ils provoquent.

---

(1) Un vol. in-8º de 400 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Mais la partie la plus remarquable, la plus originale de cet ouvrage, est celle qui a rapport aux déplacements, aux divers degrés d'abaissement, à l'abaissement simple, au prolapsus, à la précipitation et aux divers genres de déviations de l'utérus. Les causes, nous dit M. Guibout, en sont multiples et d'ordres bien différents : anémie, faiblesse constitutionnelle, diminution des forces, corsets trop serrés, comme tout ce qui tend à exercer sur l'abdomen une pression de haut en bas ; efforts musculaires trop considérables; fatigues, marches exagérées, fardeaux trop pesants, mise en mouvement de machines à coudre, action de frotter les appartements, etc.

Ces abaissements, à des degrés divers, compliqués ou non de déviations, existent chez l'immense majorité des femmes ; or, tantôt ils ne manifestent leur existence par aucune douleur, par aucun trouble général ; ils restent complètement inaperçus ; tantôt, au contraire, ils sont la cause d'un état de faiblesse, de courbature, de malaise indéfinissable, contre lequel tout reste impuissant, excepté ce qui s'adresse directement à l'abaissement luimême.

Dans l'un et l'autre de ces deux cas, ces abaissements méconnus, négligés, s'aggravent, amènent les accidents les plus sérieux, deviennent incurables et mettent les malades dans la nécessité de porter indéfiniment un pessaire, le plus détestable mais en même temps le plus indispensable des instruments.

De ces considérations, fondées sur une énorme quantité de faits recueillis et observés pendant plus de vingt ans, résulte, pour le médecin, nous dit l'auteur, l'obligation d'examiner les organes génitaux chez presque toutes les malades ; cet examen, du reste, se fait de la manière la plus sommaire, sans découvrir la malade, et seulement par le toucher.

Si tous les médecins suivaient ce précepte, combien d'affections incurables seraient évitées ! combien de malheureuses femmes seraient à l'abri ou débarrassées d'infirmités irrémédiables ! Les abaissements seraient reconnus, traités et guéris, à une période où ils sont encore susceptibles de guérison ; le pessaire deviendrait un instrument suranné, inutile, car on peut, presque toujours, le considérer comme la conséquence de l'incurie, de l'ignorance des médecins, ou du défaut de docilité et d'intelligence des malades.

Comme traitement des abaissements utérins, l'auteur indique un genre tout spécial de ceintures hypogastriques dont il décrit, avec le plus grand soin, le mécanisme et le confectionnement, d'après le degré, l'espèce et les complications des déplacements utérins.

Les diverses causes de stérilité dépendantes de l'utérus, de l'atrésie du col, du catarrhe utérin, des antéversions, des latéro et rétroversions, l'opération de la *fécondation artificielle*, pratiquée plusieurs fois par l'auteur, y est décrite avec toute la réserve qui convient lorsqu'il s'agit de choses aussi délicates.

Un chapitre des plus intéressants est consacré à la grande question de la menstruation considérée au point de vue de la physiologie d'abord, puis comme fait normal, et ensuite comme fait pathologique.

Après avoir fait une étude complète des états organopathiques de la femme, M. Guibout envisage ensuite la femme au point de vue psychique, relativement à sa nature essentiellement nerveuse, mobile, impressionnable ; il émet, à ce propos, les principes les plus sages pour tout ce qui concerne ses aptitudes, son éducation, ses travaux intellectuels et la direction qu'elle doit suivre dans toute la conduite de sa vie.

Tel est, en résumé, l'esprit de ce livre, essentiellement clinique et pratique, que nous ne saurions trop recommander à tous les médecins, et dans lequel nous avons retrouvé le style clair, élégant, et l'exposition toujours vive et intéressante que nous avions constatés dans les ouvrages dermatologiques du même auteur.

Dr PASSANT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

61. M. ASSAKI. De la suture des nerfs à distance. — 62. M. DAVILÉE. Pleurésie et perisplénite dans la fièvre typhoïde. — 63. M. FEUILLETAUD. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche. — 64. M. DERIENCOURT. Contribution à l'étude des phlegmons profonds de la paroi antérieure de l'abdomen. — 65. M. LOUGNON. Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite décroissante et entretenues par elle. — 66. M. BROSSARD. Étude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant sur les membres inférieurs. — 67. M. BETTENCOURT. Contribution à l'étude des réflexes chez les paralytiques généraux. — 68. M. LEGENDRE. Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation de médecine. — Le concours continuera dans l'ordre suivant :

Dixième séance. — Lundi 15 mars. 1° M. Ballet : Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie, argumenté par MM. Chuffard et Barth. — 2° M. Moussous : De la mort chez les phthisiques, argumenté par MM. Dejerine et Letulle.

Onzième séance. — Mardi 16 mars. M. Grenier : Localisation dans les maladies nerveuses, argumenté par MM. Brousse et Brissaud.

— M. le professeur Béclard commencera son cours de physiologie le lundi 22 mars 1886, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera de la circulation, de la respiration, du sang et de la chaleur animale.

Les leçons du vendredi, consacrées aux démonstrations, auront lieu dans les nouveaux bâtiments de l'École pratique (rue de l'École-de-Médecine), au pavillon n° 8.

— M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 22 mars 1886, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera des fractures et des luxations.

— M. le docteur Poirier, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, le mardi 16 mars 1886, à une heure précise, au pavillon n° 3 de l'École pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tarassis. Troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'histoire, par le docteur LANOAILLE DE LACHÈZE. Gr. in-8° de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Organisation de l'assistance hospitalière libre et libérale, par le docteur A. CRETIN. In-8° de 64 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, Garnier frères.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine, par les docteurs Ernest BRÉMONT fils et GOUÏL. Broch. in-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19208.

25

ANALYSE DE MARS DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de mars, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°.		1.032
	gr.	
Beurre par litre	41.800	
Albumine	7.000	
Caséine	24.500	
Sucre de lait.	58.500	
Sels	7.200	
Total des matières fixes.	139.000	139.000
Eau		893.000

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique.	2.335
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.748
Magnésie.	0.176
Potasse.	1.832
Soude	0.588
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.350
Total.	7.200

PRIX :

Dans les dépôts. . . . . . 75 c. le litre.
— . . . . . . 45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile. . . . 80 c. le litre.
— . . . . . 50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA
ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, ph[ien], 41, B[rd] Haussmann et t[tes] ph[ies].

4

POUDRE ROCHER

Contre la *constipation* et nombreuses maladies qui en dérivent : migraine, congestion, hémorroïdes, etc. Goût agréable. N'irrite pas comme *pilules purgatives*, toujours *drastiques*, *fruits laxatifs, huile de ricin* répugnante et n'affaiblit pas l'organisme comme purgatifs salins, *sels, eaux purgatives*, etc. Provoque, *sans colique ni diarrhée*, une selle naturelle.

Fl. : 2f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

42

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires** *Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.*

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

GERAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

99

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes*, on prescrit d[s] les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 g[ttes] par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne**. — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

41

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE
DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & C[ie]**, RUE RACINE, PARIS

38

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE, Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites;* dose : de 2 à 6 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Ph[ies].

Frémint

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Très facile et très agréable à prendre.
Ne contient aucun drastique.
Ph[ie] GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et ph[ies].

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faub[g]-Montmartre, 21, Paris.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

65

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

Ch. Le Perdriel

39

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & C[ie]**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

32

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.* Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature ci-contre.

A. Roy

15

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

46

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

65

VINS D'OSSIAN HENRY

membre de l'Académie de médecine.

Vin de quinquina titré simple. — Titrant 1 gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, longues convalescences*, etc. 5, r. d'Anjou S[t]-Honoré, et dans toutes les ph[ies].

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

66

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose, œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

39

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.**

57

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses: exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

29

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des Purgatifs, très imité et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée **en** *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme tortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences.— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose: Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.— **Vente en gros chez tous les droguistes.**

84

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

90

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

QUINA-LAROCHE PHOSPHATÉ

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition du système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

26

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr Durand-Fardel).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (Pétrequin et Socquet). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (Filhol). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (Cazalas). — Trois ans d'embouteillage sans altération (Ossian Henry).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L'ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la **Pommade** et les **Suppositoires** de Royer (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon fº à MM. les médecins. Phie A. Dupuy, sucr de Royer, 225, r. St-Martin.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

29

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie Limousin ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.**

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. *Rigollot*

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

38

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. Bouchardat. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 32. — MARDI 16 MARS 1886. 59e ANNÉE. MARDI 16 MARS 1886. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr. ».**	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Des accidents cérébraux dans les maladies du cœur.

ÉTAT MENTAL DES CARDIAQUES (1).

II

b. Troubles intellectuels observés chez les mitraux. — Les modifications que les lésions mitrales impriment à la circulation cérébrale sont précisément inverses, je vous l'ai dit, de celles que déterminent les lésions aortiques. Dans un cas, vous l'avez vu, il y a anémie du cerveau ; dans l'autre, il y a congestion : congestion, même alors que l'affection mitrale est partiellement compensée ; or, c'est le seul cas que j'envisage pour l'heure. Plus tard, nous passerons en revue les troubles plus accusés qui résultent de la rupture complète de la compensation, c'est-à-dire ceux qu'on observe dans l'asystolie.

On a cherché à opposer le caractère des cardiaques mitraux à celui des cardiaques aortiques. Et la description comparative qu'on en a faite ne manque pas de quelque vérité. « Un parallèle est à établir entre les cardiaques aortiques et les cardiaques mitraux, dit M. d'Astros. Les premiers sont quelquefois d'une impressionnabilité extrême, d'un caractère variable, capricieux et fantasque, d'une susceptibilité exagérée, d'une émotivité facile à mettre en jeu, enfin d'une mobilité remarquable d'esprit et d'humeur, passant brusquement et sans motif par les sentiments les plus opposés de l'âme. Les cardiaques mitraux sont ordinairement plus renfermés en eux-mêmes. Peu expansifs, vivant peu au dehors, ils gardent pour eux les sentiments qu'ils ressentent, le plus souvent de nature triste : découragement plus ou moins profond ou sorte d'ennui de la vie. Mornes, pensifs, taciturnes, ils restent quelquefois plongés dans une sombre mélancolie.

« D'une manière générale les cardiaques sont d'un caractère difficile. Mais des distinctions doivent encore être faites. Le cardiaque aortique est irritable, la moindre contrariété l'émeut ; c'est un rageur en termes vulgaires, mais ses mouvements d'humeur durent peu : ils paraissent le résultat d'une sorte d'agacement nerveux. Le cardiaque mitral, d'un caractère chagrin, toujours mécontent de tout, grincheux en un mot, se laisse facilement aller à des mouvements emportés de colère. Il discute avec violence, en arrive alors aux injures et quelquefois aux coups. Le cardiaque aortique a des colères de nerveux; le mitral des emportements de sanguin. C'est qu'il existe des différences profondes entre ces deux malades. Le cardiaque aortique est un artériel, le cardiaque mitral un veineux : le premier est un anémique, un blanc ; le second, un congestionné, un rouge. » J'ai tenu à vous citer dans son entier ce parallèle assez exact et vrai dans ses grandes lignes. Il ne faut sans doute rien exagérer, et à n'en juger que d'après les modifications du caractère, il serait souvent fort difficile de distinguer l'un de l'autre le mitral de l'aortique. Il n'en reste pas moins exact que chez le premier les troubles psychiques consistent surtout en une sombre tristesse, une apathie cérébrale, qui vont s'accuser plus nettement aux degrés avancés et imprimer aux désordres cérébraux plus graves une physionomie assez particulière.

La folie cardiaque chez les mitraux, quelle que soit son intensité, présente, dans la plupart des cas, ce caractère à peu près constant d'être une folie mélancolique.

A un premier degré, on a simplement affaire à des troubles qui rappellent de très près les modifications du caractère, que je viens de vous indiquer, mais ces modifications se sont suffisamment accusées pour qu'on soit en droit de considérer les malades comme ayant déjà pénétré dans l'aliénation mentale. Tel était le cas d'une jeune ouvrière de vingt et un ans, atteinte de rétrécissement de l'orifice mitral, compliqué d'insuffisance aortique, dont Limbo a rapporté l'observation assez topique. Cette jeune fille, chez laquelle la lésion du cœur était consécutive à une attaque de rhumatisme, était indemne de tout antécédent nerveux héréditaire. Antérieurement à son affection du cœur, notez le fait, elle jouissait d'un caractère excellent, était douce, dévouée, obéissante, modeste. Les dispositions morales de la malade devinrent tout autres du jour où son rétrécissement mitral fut constitué. M. Limbo note en effet ce qui suit : A vingt et un ans, sans cause morale appréciable, X... est tombée plusieurs fois dans un état de tristesse et de mélancolie, durant lequel elle refuse de se rendre à son travail. Alors elle demeure toute la journée dans sa chambre, assise dans un coin, les yeux fixés et tournés vers la

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 225.

terre, dans un mutisme complet, refusant souvent toute nourriture, paraissant étrangère à tout ce qui l'entoure. Dans l'intervalle de ces accès, elle accuse parfois une grande oppression et des palpitations de cœur. Au moment de son entrée, X... est dans une de ses crises de mélancolie. Depuis deux jours elle a abandonné son travail. Assise sur son lit, elle a le teint pâle, les yeux ouverts et fixés avec hébétude sur les draps. Son visage exprime l'indifférence la plus complète. Elle ne paraît point entendre les questions qu'on lui adresse, ou du moins garde un silence absolu et nous tourne le dos.

Le délire mélancolique des mitraux est lié dans bien des cas à des conceptions délirantes ou à des idées de persécution. L'interrogatoire attentif des malades est à cet égard fort instructif. Ici, comme dans un cas de Saucerotte, il s'agira d'une femme chez qui les troubles cardiaques coïncideront avec un sentiment de défiance très marqué à l'égard des personnes qui l'entourent, avec la crainte d'être volée ou empoisonnée ; là, ce sera un ouvrier rangé et laborieux qui se persuadera être dénoncé, poursuivi, en butte aux moqueries, aux injures, aux invectives de l'entourage. Vous verrez ces symptômes s'accuser davantage tout à l'heure, tandis que les hallucinations deviendront plus nettes et plus obsédantes, quand nous aurons affaire à des désordres cardiaques plus marqués, à ceux qui résultent de l'état asystolique.

Vous concevez que les idées délirantes, tristes et mélancoliques, qui s'imposent aux cardiaques mitraux puissent être de nature à provoquer chez eux des impulsions irréfléchies, des actes de violence, parfois même des tentatives d'homicide ou de suicide. C'est en effet ce qui a lieu dans bien des cas. Voici, par exemple, un malade atteint d'insuffisance mitrale qui s'emporte violemment pour le moindre sujet contre sa femme et sa fille, les menace souvent, va même jusqu'à les frapper et qui, deux fois dans ses accès de colère, attente à la vie de sa femme (d'Astros).

Rownley a soigné une dame qui, au moment de l'exacerbation de ses souffrances cardiaques, éprouvait un penchant irrésistible au meurtre. Je pourrais vous citer d'autres faits du même ordre.

Il arrive que les cardiaques dirigent parfois contre eux-mêmes leurs tentatives. Le suicide n'est pas très rare en effet chez les cardiaques, particulièrement chez les cardiaques mitraux. Mais chez eux il ne constitue pas d'ordinaire un acte logique et réfléchi. Les idées mélancoliques se combinent avec un certain degré de stupidité et quand les malades attentent à leurs jours, ils le font d'une façon presque automatique. D'autres fois au contraire, le suicide semble inspiré directement par les idées de persécution. Le fait suivant, rapporté par Saucerotte, est à cet égard assez significatif.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, atteint d'une lésion valvulaire avec hypertrophie du ventricule gauche. Ouvrier rangé et laborieux, cet homme se persuadait qu'il était dénoncé, poursuivi, honni par tous. Il ne pouvait se montrer quelque part sans s'imaginer entendre les moqueries, les reproches ou les injures de ceux qui l'entouraient. Aussi était-il tombé dans la plus sombre mélancolie. Un traitement dirigé contre la maladie du cœur ramena pendant quelque temps le calme de l'esprit. Mais dans le cours de l'été, les accidents se renouvelèrent avec une nouvelle intensité. Le malade monte à son grenier, se précipite de sa fenêtre dans la rue et se tue.

c. Troubles intellectuels qui accompagnent l'état d'asystolie.— Lorsqu'une lésion du cœur aortique ou mitrale s'est établie à poste fixe depuis un certain temps, il arrive (moins fréquemment à la vérité dans le cas d'altération de l'aorte que dans celui de lésion mitrale), il arrive que le muscle cardiaque dégénère, et qu'il n'est plus apte à maintenir la compensation ; dès lors l'état asystolique est constitué. Les conséquences de cette asystolie sont d'ailleurs les mêmes, quelle qu'ait été la lésion primitive des orifices d'où l'asystolie dérive, et il n'y a plus dès lors, au point de vue de la symptomatologie psychique, de distinction à faire entre les altérations de l'aorte et celles de la valvule mitrale.

Les troubles cérébraux sont ici plus accusés qu'ils ne l'étaient dans les cas passés précédemment en revue. Ce qui se conçoit aisément, si l'on réfléchit que les conditions vicieuses de la circulation encéphalique, sous la dépendance desquelles étaient placées les manifestations que nous avons envisagées plus haut, existent là plus prononcées et plus graves. D'une part, en effet, l'état asystolique apporte une gêne profonde à l'accomplissement régulier de la circulation de retour, d'où la congestion passive de l'encéphale ; d'autre part, en mettant obstacle à l'élimination des produits de déchets qui s'accumulent dans le sang veineux, il s'oppose à l'incessante rénovation du sang, et les cellules nerveuses se trouvent, de ce fait, en rapport avec un milieu nourricier plus ou moins vicié. Telle est la double cause des désordres nerveux observés chez les asystoliques.

Nous retrouvons là encore cet état de torpeur, d'affaiblissement intellectuel, d'incapacité cérébrale, de tristesse et d'anxieuse mélancolie que nous avons indiqué plus haut. Mais l'on voit assez communément apparaître des phénomènes plus sérieux, des hallucinations ou un véritable délire.

Les *hallucinations*, qui s'observent rarement chez les cardiaques, en dehors de l'état d'asystolie, sont ici au contraire assez fréquentes. Elles sont d'ordinaire d'autant plus vives et plus persistantes que l'asthénie cardiaque est plus accusée. Elles peuvent être diurnes, mais se manifestent surtout la nuit. Il s'agit presque toujours d'hallucinations visuelles, exceptionnellement d'hallucinations auditives. Ces dernières, lorsqu'elles surviennent, indiquent en général un état plus grave que les premières. M. d'Astros a bien décrit les hallucinations visuelles des asystoliques, d'après d'intéressantes observations qu'il a recueillies. « L'objet du délire sensoriel, dit cet auteur, est souvent de nature insignifiante, quelquefois plus ou moins effrayant, rarement cependant de nature terrifiant. Une dame voit chaque nuit un enfant auprès de son lit et converse avec lui. S... voit défiler devant lui les habitants des nombreux pays étrangers qu'il a parcourus ; ces hommes lui apparaissent d'une stature gigantesque, il les touchait presque, leur parlait. Puis ces fantômes faisaient place à une myriade de petits papillons blancs qui voltigeaient autour de lui. Ces nuées de papillons étaient à leur tour remplacées par de petits vers qui serpentaient autour de sa tête. Un malade, la nuit, les yeux largement ouverts, aperçoit sa femme et converse avec elle sur le ton d'une discussion animée. Un autre voit des cabriolets qui s'avancent vers lui, il entend les cochers qui le menacent. Celui-ci, durant ses crises, se trouve entouré de lumières agitées par des individus qu'il ne connaît pas et qui le menacent. Cet autre, au moment de ses exacerbations cardiaques, a des hallucinations singulières ; des fantômes blancs à formes fantastiques et indéfinissables se dressent devant lui. »

Les hallucinations sont souvent passagères, se montrent la nuit et disparaissent le jour; lorsqu'au contraire l'état d'asystolie se prolonge et s'accuse davantage, elles deviennent plus durables et plus persistantes, intéressent l'ouïe aussi bien que la vue et se combinent à divers troubles psychiques dont il me reste à vous parler.

Les troubles intellectuels liés à l'asystolie se traduisent tantôt par des phénomènes d'excitation, tantôt par des phénomènes de dépression.

L'excitation cérébrale revêt la physionomie de la manie ou des délires vésaniques plus ou moins nettement systématisés. Un riche négociant, dont M. Raynaud a recueilli l'observation, était atteint depuis longtemps déjà d'une lésion organique du cœur qui, assez avancée, provoquait de temps en temps des crises asystoliques. Or, au moment de ces crises et seulement alors, M. X... présentait un dérangement curieux, quoiqu'à un degré assez faible, des facultés mentales. A la tête d'une fortune assez considérable, il présentait au moment de ses époques asystoliques des idées ambitieuses en rapport avec ses occupations. Lancé habituellement dans les affaires de bourse, mais dans des limites qui ne s'étendaient pas au delà du prudent et du raisonnable, il était alors obsédé du désir de se livrer à de vastes opérations qui dépassaient les bornes du possible, telles par exemple que d'acheter toutes les laines de la place, d'engager sa fortune dans les entreprises les plus hasardées, afin de réunir par quelques moyens analogues une fortune colossale. Alors maître de richesses considérables, il pourrait semer l'or sur sa route, secourir la misère, éteindre le paupérisme, faire du bien à tous ses semblables, être en un mot le bienfaiteur de l'humanité malheureuse; ce qu'il y avait de curieux, c'est que parfaitement conscient de l'insanité de ses conceptions, il luttait contre elles sans pouvoir les dominer. Ces idées l'assaillaient sans cesse, il voulait leur résister, mais sans succès; il était obligé de les subir malgré lui. D'ailleurs cet état ne *présentait que la durée des exacerbations asystoliques*.

M. Bignon (1) rapporte un cas analogue au précédent dans lequel le délire asystolique se traduisit, comme chez le négociant de Roubaix, par des idées ambitieuses.

Il s'agit d'un malade qui, d'habitude sombre et taciturne, devient tout à coup joyeux et loquace; il avait, disait-il, gagné un lot de plusieurs millions à je ne sais quel tirage : il succomba le lendemain.

Chez certains cardiaques, l'excitation maniaque ne se traduit pas seulement par des conceptions délirantes, mais encore par l'incohérence des actes. Ce fut le cas pour un individu dont M. Peter relate, dans ses leçons cliniques, la curieuse observation.

Une personne d'une soixantaine d'années, dit ce médecin distingué, qui avait occupé en Belgique une assez haute position, avait une lésion de l'orifice mitral. Ce malade, infiltré par les jambes et par le poumon, en proie à tous les accidents de l'asynergie cardio-vasculaire, eut pendant près de quarante-huit heures une véritable attaque d'aliénation mentale. Lui, qui ne pouvait quitter son fauteuil ou son lit, il se lève tout à coup, s'habille avec l'assistance de son valet et sort en voiture pour aller à la Chambre. Il se croyait en Belgique. Or, je vous assure, ajoute M. Peter, que jusque-là et par suite d'une sorte d'égoïsme, bien permis aux malades, il s'inquiétait plus de l'état de sa santé que des intérêts de son pays, objet de sa préoccupation presque exclusive autrefois. Et ainsi deux jours de suite, il fit le tour des Champs-Élysées, sous prétexte d'affaires politiques, étonnant son entourage par l'abondance de sa diction, qui contrastait avec sa taciturnité de malade. Puis, après cette période d'excitation, il retomba dans le collapsus en recouvrant toute sa lucidité d'esprit. Il mourut une quinzaine de jours plus tard.

Il peut arriver que le délire revête la forme mélancolique; il est alors analogue à celui que l'on peut rencontrer, comme vous l'avez vu, chez les mitraux en dehors de l'asystolie confirmée. C'est ce qui eut lieu chez un malade, dont Fabre a communiqué l'observation à M. d'Astros, et chez lequel, durant l'asystolie, on constatait une irritabilité très grande, rendant sa compagnie difficile pour les siens et contrastant avec sa douceur habituelle; une mélancolie très accusée avec tendance aux terreurs religieuses, et impulsions au suicide contre lesquelles le malade eut à soutenir des luttes pénibles.

Mais à côté des formes précédentes, dans lesquelles le trouble circulatoire cérébral dû à l'asystolie se traduit par des phénomènes d'excitation, il en est d'autres où les accidents, moins frappants, moins dramatiques, mais non moins graves, sont de nature dépressive.

Alors les malades tombent lentement ou brusquement dans un état de torpeur plus ou moins profonde. Somnolents et comme hébétés, ils répondent avec difficulté aux questions qu'on leur adresse. La volonté baisse de pair avec l'intelligence. Rien n'est encore définitivement compromis, si le cœur reprend le dessus et si la compensation se rétablit; lorsqu'au contraire cet organe continue à faiblir, le coma survient, incomplet d'abord, entrecoupé par un subdelirium nocturne du plus mauvais augure, puis progressivement ou subitement les facultés cérébrales s'éteignent.

Tels sont les troubles psychiques qu'on observe chez les cardiaques. En terminant cette leçon, il importe que j'insiste encore sur une observation que j'ai faite au début : à savoir que presque toujours les accidents cérébraux exigent pour se produire une prédisposition de l'individu, prédisposition le plus souvent héréditaire. Mais ce qui démontre bien la part que l'affection cardiaque prend à la genèse des troubles, c'est la corrélation et le parallélisme, si je puis dire, qui existent entre les manifestations psychiques et les phénomènes cérébraux : si bien que, quelle que soit l'opinion qu'on se fasse du rôle exact de la lésion du cœur dans la pathogénie de ces phénomènes, on ne peut douter que ces derniers lui soient subordonnés, parce qu'ils apparaissent quand la fonction cardiaque se trouble, s'accusent si le dérangement de cette fonction subit une recrudescence, s'atténuent d'ordinaire, au contraire, quand le cœur recouvre passagèrement son activité et son énergie.

CURAGE

D'UN FOYER DE GANGRÈNE SUS-DIAPHRAGMATIQUE. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Fr. Guermonprez (de Lille),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Un homme de vingt-sept ans éprouve un point de côté à droite, avec toux et dyspnée, sans expectoration. Après un mois de temporisation, et sans cause appréciable, l'appétit se perd, l'amaigrissement progresse rapidement et les forces diminuent jusqu'à

(1) Bignon. — *Des accidents cérébraux dans les maladies chroniques du cœur*. Th. de Paris, 1880.

rendre tout travail impossible. Vers la même époque apparaît le début d'un abcès adhérent aux neuvième et dixième côtes du côté droit, à peu près au niveau du bord du muscle grand dorsal. D'abord étroite et verticalement dirigée, cette collection s'étale peu à peu et acquiert une étendue de 8 à 10 centimètres dans tous les sens.

Le 5 septembre, deux mois après le début, la dépression des forces est considérable; les sueurs très abondantes et une diarrhée qui persiste depuis huit jours contribuent à l'accroître; la dyspnée est devenue pénible, la toux laborieuse, l'expectoration abondante, non spumeuse et très fétide, tellement fétide que les malades se plaignent d'occuper les lits voisins, malgré la correction établie par le liquide antiseptique dans le crachoir.

Le 7, je trouve la tumeur fluctuante vers le centre, très ferme dans sa périphérie, adhérente aux côtes, absolument irréductible. Pendant une quinte de toux, ma main, placée sur la tumeur, éprouve une sensation de gargouillement, analogue à celle que donne à l'oreille l'auscultation d'une caverne. L'étude du reste de la poitrine permet de reconnaître l'intégrité du côté gauche et aussi du sommet droit, et en même temps les signes d'une pleurésie du tiers inférieur droit.

Une ponction est pratiquée dans le foyer à l'aide de l'aspirateur de M. Potain : il s'écoule du pus brunâtre et un peu de sang.

Une intervention chirurgicale est proposée au patient, acceptée par lui et pratiquée immédiatement.

L'anesthésie est assurée à l'aide du chloroforme, sans aucun incident notable.

Une incision, sur le milieu de la collection superficielle, dans une longueur de 10 à 12 centimètres et suivant la direction des côtes, donne issue à du pus brunâtre, qui présente les mêmes caractères que celui de la ponction. Une portion de la dixième côte, qui répond à la face profonde du foyer, est enlevée dans une étendue de 7 centimètres; on n'y trouve pas le point de départ de l'abcès. Mais on distingue, sur le périoste de la face interne, un pertuis revêtu d'une surface molle, mince, et de l'aspect d'une muqueuse. Un stylet introduit dans ce trajet se trouve en contact avec une portion dénudée de la côte placée immédiatement au-dessus; il en est enlevé un fragment long de 9 centimètres, sur lequel on reconnaît un foyer manifeste d'ostéite raréfiante. Une seconde incision de la peau a été nécessaire pour y parvenir.

N'ayant pas ouvert le foyer intra-thoracique pendant ces premiers temps opératoires, je cherchai vainement, malgré tous mes soins, une fissure, un pertuis ou toute autre indication qui pût m'indiquer le passage entre le foyer extra-thoracique et le foyer intra-thoracique. Il est probable que l'insuccès de mes recherches doit être attribué à l'emploi de l'eau phéniquée double que j'avais cru devoir choisir, en raison de la fétidité du foyer.

A défaut de guide, je résolus d'ouvrir directement le foyer intra-thoracique. Sur la proposition du confrère qui m'avait présenté le malade, je tentai l'incision dans le dixième espace intercostal, et, procédant couche par couche, je sectionnai successivement les fibres obliques en bas et en avant de l'intercostal externe, puis celles obliques en bas et en arrière de l'intercostal interne, et j'en rencontrai d'autres plus profondes, dont la direction était de nouveau oblique en bas et en avant. *Redoutant la blessure du diaphragme*, je m'arrêtai. Une autre incision, pratiquée sur le milieu du périoste de la neuvième côte et suivant la direction de cet os, me donne accès dans le foyer. Après exploration à l'aide du doigt, je fis une seconde incision perpendiculaire à la première, pour atteindre la partie la plus déclive, laquelle répond à la dixième côte, et non pas au dixième espace intercostal. Le tissu ainsi sectionné du périoste et du neuvième espace intercostal est très dur, comme scléreux; sa section ne donne aucune hémorrhagie, ni veineuse, ni artérielle. Par l'ouverture ainsi pratiquée, j'introduis sans peine deux et même trois doigts, et je retire un putrilage composé de pus et de débris plus ou moins consistants, dont M. le docteur Brault, médecin des hôpitaux de Paris, a bien voulu examiner deux fragments, qui présentaient les caractères histologiques des fausses membranes de la plèvre. Dans un seul fragment, j'ai reconnu (à l'aide de la potasse) la présence de fibres élastiques. Ces parties solides présentent dans la cavité une disposition aréolaire dont presque tous les éléments sont friables et cèdent sous la moindre pression du doigt. Deux ou trois forment comme des colonnes de l'épaisseur d'une plume d'oie *au minimum*, et d'une consistance presque ligneuse; je ne fais aucun effort pour en déterminer la rupture.

Après avoir pratiqué cette espèce de curage, sans autre instrument que le doigt, je pratique un ample lavage de toutes les anfractuosités du foyer, en me guidant à l'aide du doigt et en injectant de l'eau phéniquée double (5 p. 100), jusqu'à ce qu'elle n'entraîne plus de débris.

Deux drains, percés de trous à leur extrémité seulement, sont placés dans le fond du foyer intra-thoracique, et un autre drain ordinaire est installé sous la peau; l'ensemble des trois drains est groupé à la façon d'une flûte de Pan, au moyen d'une épingle anglaise. La plaie cutanée est suturée à points passés à l'aide du crin de Florence, mais avec la précaution de laisser l'angle inférieur largement béant.

Après une nouvelle injection d'eau phéniquée double, qui permet de reconnaître la perméabilité des drains, le pansement de Lister est appliqué, avec addition d'iodoforme, sur toute la série des sutures. Une couche d'ouate et une très large bande de flanelle assurent une compression douce au-dessus du pansement.

L'opération (y compris le temps du pansement) a duré un peu plus d'une heure.

Les suites immédiates ont été des plus satisfaisantes : la douleur de côté et la dyspnée ont disparu. La toux, moins pénible, est suivie d'une expectoration spumeuse et sans fétidité.

Pendant les premiers jours, le malade se sent mieux. Les sutures sont enlevées le sixième jour, et la réunion est obtenue, sauf au voisinage des drains.

Une injection d'une solution tiède et hydro-alcoolique de thymol au millième est faite les deuxième, quatrième, sixième, huitième jours, sans autre incident notable que la saveur de thymol accusée par le malade et l'odeur thymique de son haleine, dont tout l'entourage se rend compte immédiatement.

Le huitième jour reparaît une diarrhée avec amaigrissement, fièvre intense et prostration.

Le dixième jour, survient un frisson d'une heure, avec légère dyspnée et retour de l'odeur fétide des crachats. Presque toute la plaie perd le bénéfice des sutures; l'angle postéro-inférieur résiste seul à cette distension avec processus ulcéreux de la cicatrice récente. Le malade, très impatient et vraiment épuisé, se refuse à la réinstallation des drains, qui sont tombés de la plaie. Le lavage et l'injection sont pratiqués à l'aide de la solution tiède de sublimé au millième.

Le treizième jour, la même injection est pratiquée.

Le quinzième jour, les crachats perdent leur odeur de gangrène pulmonaire.

Le seizième, la diarrhée est notablement diminuée; mais le malade, qui continue à s'affaiblir, a de l'hypothermie; celle-ci persiste jusqu'au vingt-troisième jour.

Le trentième jour, la plaie est presque cicatrisée, sauf dans sa partie la plus déclive, la même où se trouvaient les drains.

La toux et l'expectoration présentent les caractères de la bronchite simple.

L'état général, sans être florissant, est celui d'un début de convalescence, avec diminution de la diarrhée et des sueurs, avec retour de l'appétit et des forces.

Depuis cette époque, la guérison s'et confirmée. Les deux côtes se sont complètement reconstituées en formant une légère dépression. Toute la plaie est cicatrisée, sans laisser subsister la moindre fistule. Les signes physiques de l'affection ont d'ailleurs presque totalement disparu. Enfin l'état général est devenu vraiment très bon.

Ce fait démontre que le curage d'un foyer de pleurésie purulente circonscrite, avec gangrène corticale du poumon, peut encore être entrepris, alors même que l'état général du

sujet est vraiment grave. On en peut aussi conclure que les deux complications successives (entérite aiguë d'abord, hypothermie persistante ensuite), ne sont pas incompatibles avec une guérison ultérieurement complète.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. FÉRÉOL, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Gérin-Roze (voy. *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 204), fait observer que pour les grands kystes de la partie profonde du foie il est nécessaire de se rendre un compte exact de l'état des choses et qu'il vaut mieux alors recourir à la laparotomie. Il cite une observation à l'appui de cette manière de voir.

M. GÉRIN-ROZE rappelle avoir dit qu'il ne croit pas que tous les kystes hydatiques soient de même. Il revient sur quelques points du manuel opératoire auquel il a eu recours dans son observation et répète qu'il n'a fait subir qu'une petite modification à la méthode de Récamier.

M. FÉRÉOL demande s'il y avait des adhérences et si elles étaient solides?

M. GÉRIN-ROZE répond qu'il ne les a pas vues, mais qu'après la seconde application du caustique, il était bien en présence du tissu hépatique.

M. DIEULAFOY pense qu'il n'y a certainement pas qu'une seule méthode opératoire convenant à tous les cas. Cela dépend de l'âge du kyste. Un kyste multiloculaire récent, avec peu d'hydatides filles, est justiciable de la simple ponction; il en est ainsi d'un tiers des cas. Pour lui, depuis 1870, il en a rencontré une vingtaine; il ajoute qu'il faut voir les malades longtemps après, car on a dit que la récidive était fréquente. Il faut savoir que chez quelques malades il y a un autre kyste à côté ou bien qu'une hydatide fille se développe et que le kyste se reproduit après six, huit ou dix ans; ou bien qu'il y a des malades qui meurent plus tard d'autre chose. M. Dieulafoy en cite un exemple.

D'autres fois, dit-il, la purulence survient après la ponction. Dans ce cas, comme dans celui où le kyste résiste à une seule ponction, il faut entrer dans la voie chirurgicale et en arriver à la laparotomie qui donne aujourd'hui de si bons résultats.

Il y a quelque temps, M. Dieulafoy soignait trois malades de ce genre : l'un, un jeune homme de vingt et un ans, élève à l'École d'Alfort, présentant un kyste du foie avec tous les troubles symptomatiques, étant resté guéri un an après une seule ponction; l'est-il définitivement? Un autre, chez lequel une première ponction a donné 1800 grammes de liquide, ayant eu une récidive qui a nécessité une seconde ponction donnant un liquide légèrement purulent; ce malade est également resté guéri depuis un an.

En résumé, l'opinion de M. Dieulafoy est qu'en présence d'un kyste récent constitué par une seule poche, présentant un peu d'hydatide fille sans dégénérescence des parois, la simple ponction suffit; si au contraire le kyste est ancien, résiste ou suppure, il faut en venir à la laparotomie.

M. FÉRÉOL dit qu'évidemment la laparotomie est indiquée pour les kystes suppurés; c'est pour cela qu'il a publié son observation. Il ne faut pas en avoir trop peur : dans le cas qu'il a cité, aucun autre traitement n'aurait réussi. Quant à la simple ponction, elle est très souvent suivie de récidive. Les ponctions aspiratrices ne lui ont pas paru aussi efficaces qu'on l'a dit; la récidive est la règle.

M. BLACHEZ a observé huit ou dix cas depuis peu. Il a l'habitude de faire toujours une ponction qui lui donne des renseignements. Les malades auxquels il a retiré 800 à 1 200 grammes de liquide ont paru guéris. Jamais il n'a vu se produire d'accidents à la suite de ces ponctions exploratrices; il est d'avis qu'il faut retirer autant de liquide qu'on peut. Si une nouvelle ponction est nécessaire et que le liquide devienne purulent, il faut opérer largement.

Il a en ce moment dans son service une femme entrée pour une pleurésie. M. Rigal vient la voir et diagnostique avec M. Blachez un kyste hydatique de la face supérieure du foie. Une première ponction donna 15 grammes de liquide, une autre 100 grammes; c'est un liquide de kyste hydatique sans albumine, mais il n'y a pas de crochets. M. Blachez a fait ainsi six à huit ponctions ne donnant chacune que 40 à 50 grammes de liquide au plus; il attaque par tous les côtés et ne retire presque plus de liquide. Les ponctions commencent à être suivies de douleurs, de vomissements. Le kyste remonte près de la quatrième ou cinquième côte. Peut-on aller attaquer une semblable tumeur par la laparotomie? Il s'agit évidemment d'un kyste multiloculaire et profondément situé; la malade dépérit; elle est d'ailleurs disposée à tout accepter. Que faire?

M. TENNESSON a eu à soigner deux malades atteints de kystes hydatiques du foie depuis un an; il a eu deux guérisons par la ponction capillaire aspiratrice. Ces ponctions sont toujours inoffensives si elles sont suffisamment antiseptiques; il a ainsi ponctionné quatre fois la même malade sans aucun accident.

M. DIEULAFOY pense que la malade de M. Blachez a évidemment un kyste alvéolaire qui est par conséquent inabordable chirurgicalement.

M. FÉRÉOL tient à bien spécifier qu'il ne propose la laparotomie que pour les kystes suppurés.

M. GÉRIN-ROZE dit que le diagnostic de kyste hydatique du foie n'est pas toujours facile. Il cite un cas où il s'agissait d'une tumeur gommeuse. Chez une autre malade qui a été vue par M. Terrier, on diagnostiqua des tumeurs multiples fibro-kystiques; M. Gérin-Roze ponctionna et retira un liquide de kyste hydatique avec des crochets.

M. LABBÉ ne trouve pas la ponction capillaire aussi innocente et toujours aussi efficace que le dit M. Tennesson. Il croit bien qu'elle réussit souvent, mais il faut voir les malades trois ou quatre ans après. En général la guérison n'est complète que lorsqu'il y a eu suppuration. Il cite l'exemple d'un jeune homme atteint d'un kyste hydatique avec pleurite; il a eu une vomique du kyste pulmonaire aujourd'hui guéri; il a dû subir plusieurs ponctions et il n'a été complètement guéri qu'après que le liquide fut devenu purulent.

Pronostic du cancer de l'estomac. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur la difficulté du pronostic du cancer reconnu de l'estomac; le siège du cancer, dit-il, joue ici le rôle le plus important. Lorsque les deux orifices sont intacts, on peut compter sur une longue survie. M. Beaumetz cite l'exemple d'un homme atteint d'une tumeur cancéreuse, arrivé à un état cachectique mais ne vomissant pas et mangeant de la salade d'œufs cuits; il mourut au bout de trois mois, alors qu'il avait pronostiqué qu'il mourrait presque immédiatement lorsqu'il l'avait vu. Dans un autre fait, une femme atteinte d'un cancer atrophique en nappe fut enlevée en huit jours; l'estomac était réduit à une sorte de boudin. Dans ces cas la mort est toujours rapide. Lorsqu'il n'y a point d'atrophie mais au contraire une dilatation suffisante, la survie est longue. Dans un autre fait où M. Beaumetz diagnostiqua un cancer de l'estomac, il fit le lavage de cet organe, une guérison absolue s'ensuivit, les vomissements disparurent, la digestion se rétablit et, un an et demi après, elle mourut après quelques jours dans un accès de toux; il s'agissait d'un cancer péripylorique frappant les glandes à mucus et non les glandes à pepsine; il y avait une perforation au centre du néoplasme; c'était là la cause de la mort.

Les faits de mort par perforation sont rares dans le cancer gastrique; les adhérences s'établissent vite. Il faut distinguer les cancers suivant la couche de la muqueuse qu'ils atteignent; cette division est bien difficile à cause des nombreux lymphatiques et

de l'envahissement rapide; mais les cas cliniques sont probants à ce point de vue.

M. HAYEM fait observer qu'en fait de cancer stomacal, qui dit pronostic dit marche; cela dépend de bien des considérations diverses, il semble que ce soit une question de nature du cancer, certains individus mourant rapidement avec un petit cancer ne gênant pas la digestion. Il faut donc déterminer soigneusement la nature du cancer; la tumeur dans les deux cas de M. Beaumetz était-elle de même nature?

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond que la distinction n'a pas été faite en anatomie pathologique. On sait bien que dans l'encéphaloïde la marche est rapide, mais bien souvent on ne sait à quelle nature de cancer on a affaire.

M. HAYEM a vu il y a deux ans un malade atteint, disait-on, d'anémie pernicieuse progressive ou consécutive à un cancer latent de l'estomac vu l'âge avancé du malade. A l'autopsie, on trouva un nodule cancéreux gros comme une noisette, au niveau d'une petite adhérence de l'estomac, à la face inférieure du foie; les ganglions étaient pris.

M. FÉRÉOL demande à M. Dujardin-Beaumetz s'il est sûr de la nature cancéreuse de tous ses cas, entre autres de celui dans lequel l'estomac était épaissi dans toute son étendue; cela ressemble à une gastrite chronique avec hypertrophie de la muqueuse.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond qu'il n'en sait rien n'ayant pas fait lui-même l'examen histologique; cliniquement c'était un cancer.

M. HAYEM dit qu'il est très important, dans ces examens histologiques, de rechercher la lésion même assez loin d'un néoplasme et de s'assurer de l'état des glandes à pepsine.

Contagion de la fièvre typhoïde. — **M. DEBOVE** communique plusieurs observations de contagion de fièvre typhoïde : il s'agit de cinq enfants habitant le même appartement. Le père, député, arrive à Paris le 15 novembre; un enfant de dix ans est indisposé; le 20 novembre, on reconnaît la fièvre muqueuse; un second enfant de quatorze ans, le 23 novembre, se plaint d'être fatigué; le 28, il est manifestement atteint de fièvre typhoïde et meurt le 8 janvier par suppuration. Un troisième enfant, âgé de huit ans, est pris le 29 novembre; un quatrième, âgé de onze ans, est pris le 17 décembre; enfin, le cinquième, ayant douze ans, est atteint le 29 décembre; un sixième enfant, âgé de deux ans, est épargné.

M. Debove rappelle que partout on admet la contagion; en Allemagne, on l'attribue aux déjections. Dans les faits qu'il vient de rapporter, le premier enfant a contracté la fièvre typhoïde en province, les autres à Paris. Ce n'est donc pas une même cause; ils sont arrivés à Paris dans une maison neuve où il n'y a jamais eu de fièvre typhoïde. Il n'y a pas eu de foyers d'infection; les eaux étaient bien distribuées, la fosse d'aisance est nette, les matières vont à l'égout, l'eau potable est la même pour tous les autres locataires qui sont restés indemnes; on a pratiqué la désinfection des linges à l'aide du sulfate de cuivre; les enfants sains couchaient à un autre étage, mais descendaient prendre leurs repas. Si, il y a eu épidémie, c'est à cause du défaut d'acclimatement, puisqu'ils arrivaient de la province.

M. JOFFROY trouve cette communication fort intéressante, car les faits de contagion sont rares; il traite tous ses malades par le sulfate de quinine; il a actuellement plus de 340 observations. Il n'a pas constaté un seul cas de fièvre typhoïde contractée à l'hôpital; il a vu deux ou trois fois des cas multiples dans une famille; on ne peut considérer ces faits comme des exemples de contagion. C'est sans doute une intoxication produite dans les mêmes conditions de vie; donc les faits sont très rares.

M. RICHARD fait observer que dans les hôpitaux militaires la contagion est plus fréquente; il y a quelques mois encore, il a eu l'occasion de le constater dans un pavillon isolé d'un hôpital militaire.

M. TROISIER demande à M. Debove s'il peut préciser la durée d'incubation.

M. DEBOVE répond négativement, les premiers enfants ayant été intoxiqués en même temps et les derniers ayant certainement été contagionnés.

M. HAYEM dit que tout le monde admet la contagion; mais M. Debove cherche à établir que la fièvre typhoïde se transmet directement par les contages, tandis que d'autres ne l'acceptent que là où il y a rejet à l'extérieur de germes qui ont besoin de subir dans un milieu convenable des transformations capables de les rendre nocifs.

M. Debove montre que la fièvre typhoïde serait contagieuse à la façon de la variole ou de la scarlatine, sans que le contage ait besoin de transformations extérieures.

M. LABBÉ est de cet avis; la contagion par les liquides pour lui semble démontrée; par les émanations, c'est plus difficile, et on n'en voit pas souvent d'exemples; à l'hôpital, c'est absolument exceptionnel. Depuis douze ans qu'il est à la Maison de santé, il n'a pas vu un seul infirmier qui fût pris.

M. KELSCH rappelle que Piedvache (de Dinan) déclare que la fièvre typhoïde est rarement contagieuse dans les villes et dans les hôpitaux, mais il n'en est pas de même dans les campagnes, où l'arrivée d'un typhoïdique est suivie d'une diffusion épidémique. La variole, la scarlatine ne sont pas plus contagieuses.

M. FÉRÉOL a vu des cas de contagion même dans les hôpitaux. Il cite l'exemple d'une jeune femme qu'il a soignée, à la Maison de santé, d'une fièvre typhoïde. Sa mère venait passer ses journées auprès d'elle. La jeune femme mourut et la mère fut prise peu de temps après par la maladie.

M. HAYEM établit de nouveau une distinction entre l'opinion des auteurs qui admettent la contagion de la fièvre typhoïde après transformation du contage, mais non directement, et l'opinion de ceux qui admettent la contagion directe telle que semblent le prouver les faits que vient de communiquer M. Debove.

M. DEBOVE dit qu'en effet la contagion médiate est admise par tout le monde, tandis que la contagion immédiate est discutée; ses observations plaident en faveur de cette dernière.

M. HAYEM dit qu'il faudrait un fait comme celui-ci : un individu bien portant, étranger, vient voir un malade, rentre chez lui et est pris. Les faits de M. Debove prêtent à discussion.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ajoute qu'il faudrait que M. Debove démontrât qu'il n'y a aucun contact de matières fécales chez les autres enfants; l'hôpital est le meilleur terrain de contagion par l'air ambiant et nous n'y avons pas la contagion de la fièvre typhoïde.

MM. DEBOVE, DU CASTEL, RICHARD, HAYEM et **SEVESTE** échangent encore quelques explications d'où il résulte que toutes ces questions sont encore à l'étude et qu'on ne peut encore conclure définitivement dans un sens ou dans l'autre.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 mars 1886, le compte financier de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, pour l'exercice 1883, est réglé ainsi qu'il suit :

En recettes à la somme de	43 629 865 39
En dépenses, à celle de	44 515 551 97
D'où il résulte un excédent de paiements sur les recouvrements, de	885 686 58

— Par décret en date du 8 mars 1886, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Bertrin, Pont, Béraud, Mugnier-Motta, Robert, Berquet, Bessières, Bernard, Petit-Jean, Méry.

— *École de médecine de Marseille.* — MM. Marcorelles et Villeneuve, suppléants de chirurgie, sont prorogés dans leurs fonctions.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19222.

N° 33. — JEUDI 18 MARS 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 18 MARS 1886. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A mesure que la discussion sur la doctrine microbienne s'étend, les difficultés se multiplient, les doutes s'élèvent, la confusion s'accroît, et il semble que les partisans les plus convaincus et les plus ardents de la microbie commencent à sentir la nécessité d'entrer dans la voie des concessions et de la pactisation avec les défenseurs de la vieille doctrine traditionnelle de la spontanéité, que M. Pasteur, lors de l'origine de ces débats, s'était un peu trop hâté de condamner au nom des idées nouvelles et de reléguer au nombre des erreurs du passé. Après l'argumentation théorique de M. Peter, après les objections expérimentales présentées mardi dernier par M. Colin (d'Alfort), auxquelles sans doute M. Gautier répondra pour la part qui lui incombe, M. Le Fort, en véritable éclectique, reconnaissant qu'aux belles découvertes qui font le sujet de la discussion se mêlent une certaine confusion et une part notable d'exagération, n'a pas craint d'accepter le rôle ingrat de résister à l'entraînement général et de rechercher quelle est, dans la doctrine pathogénique nouvelle, la part que l'on peut faire, en l'état actuel, à la vérité et celle de l'erreur. Suivant lui, tout le débat porte sur cette question : savoir si, comme il le pense, le germe contage, le microbe si l'on veut, peut sous certaines influences pathologiques se former primitivement par un phénomène d'intériorité, ou bien, comme la plupart de ses collègues le soutiennent, avec le chef de la doctrine, ce contage provient toujours de l'extérieur. Pour lui, il n'y a pas de doute, il n'hésite pas à affirmer que l'air n'est pas le véhicule du germe de l'infection purulente chirurgicale. La question est plus complexe que cela; elle comprend une foule d'éléments étiologiques qui se combinent suivant des conditions qu'enseignent et montrent seules l'observation et l'expérience et qui échappent aux procédés de laboratoire.

Après M. Le Fort est venu M. Villemin, partisan convaincu et ardent de la nouvelle doctrine, mais qui, tout en réfutant l'argumentation de M. Peter, n'en a pas moins, en vrai médecin qu'il est, fait la part, dans la pathogénie, de la spontanéité, de l'infection de l'organisme par lui-même; mais en face de la spontanéité il dresse le déterminisme, aussi évident à ses yeux dans les actes pathologiques que dans les phénomènes physiologiques et qui est représenté ici par le microbe.

Circonstance qui fait l'effet d'un paradoxe bien singulier et que M. Le Fort n'a pas manqué de signaler à l'appui de ses doutes et de ses affirmations : n'est-ce pas, en effet, en quelque sorte empiriquement et par des tâtonnements successifs, comme il le fait remarquer avec raison, que M. Pasteur est arrivé à cette magnifique découverte de la prophylaxie de la rage, qui fait aujourd'hui l'admiration du monde entier? Et n'est-il pas étrange que dans cette découverte, que les microbiens regardent comme le triomphe de la doctrine, ce qui manque jusqu'à présent, c'est précisément la connaissance du microbe spécial?

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du traitement par suppuration des tumeurs liquides de l'abdomen et du bassin.

A mesure que la chirurgie fait des progrès, les opérateurs tendent de plus en plus à abandonner le traitement par suppuration des tumeurs liquides, uniloculaires et bénignes de l'abdomen et du bassin pour le remplacer par la dissection et l'ablation totale de la tumeur. On conçoit, en effet, que si la poche peut être extraite en une seule séance, sans produire de désordres fâcheux, la guérison est immédiate. Si au contraire la poche est conservée en partie ou en totalité, la suppuration est nécessairement entretenue pendant un temps variable.

Il est cependant un certain nombre de tumeurs liquides dont l'ablation totale est impossible, parce que la nature ou les rapports de leurs parois s'y opposent; c'est ce qui a lieu, par exemple, pour les tumeurs liquides situées dans l'épaisseur d'organes indispensables à la vie, tels que le foie; pour celles dont les parois sont presque entièrement formées par les viscères eux-mêmes reliés par des adhérences, comme on l'observe dans les cas de péritonites enkystées; enfin pour celles dont les parois sont reliées par des adhérences trop intimes et trop étendues avec des organes qu'il importe de ménager, comme l'intestin, l'aorte, la veine-cave.

Dans les deux premières variétés si la tumeur donne lieu

soit par excès de volume, soit par la nature de son contenu, sanguin ou purulent, à des désordres tels qu'il faille intervenir, le chirurgien est dans l'obligation de donner au liquide une issue suffisamment durable, en conservant la poche en entier. Pour y parvenir, la plupart des chirurgiens qui nous ont précédé se contentaient de ponctionner la tumeur avec un trocart et de laisser la canule à demeure pour donner issue au liquide. D'autres, dans le but d'obtenir une voie plus large, faisaient à la paroi abdominale une ouverture à l'aide des caustiques. Ces moyens avaient non seulement pour but d'assurer l'écoulement des liquides, mais encore de favoriser la formation d'adhérences entre le péritoine qui recouvre la surface du kyste et celui qui double les parois.

Depuis longtemps déjà (1) nous avons posé en principe qu'en présence de ces tumeurs, il convient de se servir du bistouri pour faciliter l'écoulement des liquides qui au contact de l'air deviennent nécessairement putrides, et nous avons eu la satisfaction de voir diminuer non seulement la durée de la suppuration, mais encore le danger de l'infection putride provenant de la rétention des liquides. C'est ainsi, comme le montrent nos statistiques, que nous avons maintes fois obtenu par des incisions abdominales ou vaginales la guérison de péritonites et d'hématocèles enkystées, de grands abcès froids idiopathiques ou symptomatiques, francs ou tuberculeux, et que nous obtenions, il y a plusieurs années déjà, la guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie.

De 1864 à 1885 nous avons eu recours 57 fois à ce mode de traitement : 22 fois pour des kystes ovariques, 10 fois pour des tumeurs du mésentère, 6 fois pour des kystes du ligament large, 5 fois pour des tumeurs utéro-cystiques, 4 fois pour des péritonites enkystées, 3 fois pour des kystes du foie, 2 fois pour des hydropisies de la vésicule biliaire, 1 fois pour un kyste hydatique du pancréas, pour un kyste de la rate, pour un kyste du rein, pour un kyste de l'espace utéro-rectal du bassin, pour une hématocèle enkystée.

Dans tous ces cas le manuel opératoire est le même : l'incision faite aux parois abdominales doit être assez grande pour permettre à l'opérateur d'introduire la main autour de la tumeur, d'en attirer au dehors la plus grande étendue possible, afin d'apprécier ses dimensions, ses rapports et la nature des adhérences qui la fixent. Mais auparavant nous commençons par vider le plus possible, au moyen de la ponction, le contenu de la poche, puis nous incisons les parois qui recouvrent celle-ci en laissant en place le trocart pour nous guider jusqu'à ce que nous arrivions sur la poche elle-même. Celle-ci mise à nu en ouvrant largement le péritoine, est incisée en ayant soin de faire maintenir les lèvres de la section par des aides placés de chaque côté, et qui se servent, suivant les indications, de leurs doigts ou de pinces appropriées, pour empêcher le reste du liquide contenu dans la poche de tomber dans la cavité péritonéale. Lorsque la portion mobile de la poche est attirée au dehors, il faut enlever toute la partie inutile suivant les règles que nous avons prescrites autrefois pour le morcellement des kystes adhérents (Voy. *Gazette des hôpitaux*, année 1873, pp. 787, 802, 811). Ce temps de l'opération exige que l'on se mette à l'abri de l'hémorrhagie et du passage du sang dans le péritoine, ce qui est facile en se servant de ligatures à anses séparées, passées de distance en distance sur les bords du kyste dont elles diminuent l'étendue par froncement s'ils sont trop vastes, ou mieux en s'aidant des pinces hémostatiques à mors en T ou à mors courbes que nous avons fait construire autrefois à cet effet. Il suffit ensuite d'exciser en dehors de ces liens ou de ces pinces toutes les portions exubérantes de la poche et de suturer les lèvres de la partie conservée à celles de la plaie abdominale. Inutile de dire que cette portion restante de la poche doit être assez vaste pour que les sutures puissent être faites sans exercer de tiraillement. Cette suture des lèvres de la poche à celles de la peau doit être faite assez exactement pour que tous les liquides du kyste soient forcés de s'écouler au dehors jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. Les points de suture placés aux extrémités de l'incision comprennent seuls dans leur anse à la fois les deux lèvres de la plaie pariétale et celles de la poche.

Il est bien entendu que cette méthode de traitement par suppuration n'est applicable qu'aux tumeurs bénignes dont les parois ne sont pas végétantes, qui sont uniloculaires, ou dont les cloisons peuvent être détruites lorsqu'elles sont multiloculaires. Si d'ailleurs au cours de l'opération le chirurgien trouvait qu'il pût, sans trop de difficultés, vaincre les résistances qu'il avait cru d'abord insurmontables, rien ne l'empêchera de modifier le manuel opératoire et de compléter la dissection.

Nous avons toujours eu à nous louer de ces larges ouvertures et nous avons été surpris des avantages qu'elles procuraient sur celles plus petites qui étaient faites par le trocart ou les caustiques. La guérison est d'ailleurs considérablement hâtée par l'application de deux tubes en caoutchouc adossés l'un à l'autre en canons de fusil, assez longs pour servir de siphon. Ces tubes sont fixés à la surface de la plaie au moyen de fils dont les extrémités sont collodionnées ; l'un d'eux, le plus court, sert à pousser les injections émollientes et substitutives dans la poche ; l'autre, à favoriser l'écoulement de ces liquides et de tous ceux qui sont sécrétés.

La seule objection que nous ayons faite, il y a bien des années, à cette méthode est que lorsque la poche est extrêmement vaste, anfractueuse, assez adhérente aux tissus voisins pour revenir difficilement sur elle-même, il n'est pas toujours facile, malgré les lavages antiseptiques, de prévenir l'infection putride. Aussi avons-nous à cette époque posé en principe que toutes les fois qu'il y avait dans l'abdomen ou le bassin une poche kystique dont il était possible de réduire les dimensions, il ne fallait pas craindre de le faire ; nous avons maintes fois fait valoir toutes ces raisons lorsqu'il s'agissait du traitement des grands kystes qui prennent naissance dans les viscères non indispensables à la vie, tels que la rate, le rein, l'épiploon, le mésentère, l'utérus, le ligament large, les trompes, les ovaires, et cela malgré les railleries de quelques chirurgiens qui ne nous trouvaient pas assez audacieux, qui déclaraient que cette méthode était mauvaise puisqu'on ne faisait que des ablations incomplètes et qu'elle était beaucoup plus dangereuse que la poursuite de la dissection totale des adhérences, quelles qu'elles fussent. Les faits de notre pratique se sont chargés, comme on l'a vu, de réfuter ces objections, et nous avons eu la satisfaction de voir que notre méthode d'excision la plus étendue possible de la poche, avec conservation des parties qu'il aurait été trop périlleux de disséquer, donnait des guérisons

(1) Voir *Cliniques de l'hôpital Saint-Louis* (Paris, G. Baillière) ; *Traité des tumeurs abdominales* (Paris, Lecrosnier) ; Congrès français de chirurgie (1885).

relativement rapides et n'offrait pas, à beaucoup près, les dangers que faisaient courir à leurs malades ceux qui agissaient autrement que nous. C'est ainsi que nous vîmes guérir la presque totalité des malades dont nous avons donné plus haut la statistique, et auxquelles nous avons appliqué cette méthode.

Nous venons de voir avec plaisir que quelques-uns de nos collègues viennent d'en tirer un bon parti pour le traitement des grands kystes hydatiques du foie.

Cette réponse aux critiques injustes qui nous avaient été faites autrefois de laisser des opérations inachevées est sans contredit la meilleure. Lors donc qu'une tumeur est dans les conditions que nous venons d'indiquer, le chirurgien ne doit pas hésiter à recourir à cette méthode, c'est-à-dire à exciser le plus possible de la poche et à suturer le reste aux lèvres des parois abdominales en suivant les précautions que nous venons de faire connaître.

Nous devons ajouter que cette méthode devient de plus en plus rare avec l'habitude d'opérer ces sortes de tumeurs. Aujourd'hui il n'y a pas de kystes ovariques dont nous n'arrivions à faire l'ablation totale. Mais elle trouve encore ses indications pour les tumeurs du ligament large, pour certaines tumeurs du mésentère et du bassin qui sont enflammées et suppurées ; elle est également indiquée pour les péritonites enkystées, les hématocèles consécutives aux pelvi-péritonites. Enfin c'est une ressource précieuse pour les kystes de la rate, du rein, du foie, du pancréas et les hydropisies de la vésicule biliaire.

MENSTRUATION PRÉCOCE

Par M. le docteur A. Marsset, de Lavoute-Chilhac (Haute-Loire).

En juin 1885, j'eus occasion de soigner à Cronce une petite fille de six ans, atteinte d'une bronchite simple. A l'auscultation, je fus grandement surpris de trouver sous mon oreille deux seins volumineux. Je demandai à la mère des renseignements qu'elle s'empressa de me donner avec la meilleure grâce du monde.

En mars 1882, elle vit une tache de sang sur la chemise de son enfant, alors âgée de trois ans, chercha la plaie supposée et ne la trouva pas. En avril, nouvelle tache plus grande. La mère se doute de la chose, tourne, retourne son enfant et finit par être fixée. Pendant les deux premières années, l'écoulement périodique (tous les trente jours) a été peu abondant. Il dure maintenant deux jours. La petite fille, brune, forte pour son âge, bien en chair, ne présente du côté du visage, du timbre de la voix, des allures, rien de particulier. Les seins coniques, fermes, ont 10 centimètres de diamètre à leur base et 7 centimètres de hauteur. Ils sont pourvus d'un mamelon bien formé, érectile, entouré d'une aréole brun clair et deviennent plus tendus à l'époque des règles. Le bassin est normal. Le mont de Vénus, peu développé, commence à se garnir de poils noirs et frisés, de même que le bord externe des grandes lèvres. Ces dernières ont 3 centimètres de long, sont accolées sur toute leur étendue, épaisses et très fermes. Leur face interne a, ainsi que toutes les autres parties de la vulve, une coloration rose vif. Clitoris et nymphes d'un très petit volume. La présence d'un hymen annulaire à ouverture centrale très étroite m'empêcha de pousser plus loin mon exploration. Le toucher rectal, très douloureux, n'a pas été permis. La mère a été réglée à dix-sept ans. Elle est petite, brune, très vive, et paraît avoir « du tempérament ».

Elle n'a jamais entendu parler, dans sa famille, de menstruation arrivée avant quinze ou seize ans. Elle n'a pas d'autres filles.

Le père (?) serait un célibataire, don Juan de village, fortement entaché de scrofule. J'ai cherché à savoir s'il n'aurait pas donné le jour à d'autres enfants présentant ce phénomène. Les recherches de cette nature sont délicates et incertaines; je n'ai encore rien trouvé.

J'ai pu, à deux reprises, constater *de visu* l'écoulement menstruel chez la petite fille. Il est en tout semblable, sauf la quantité, à celui des filles plus âgées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre du commerce qui transmet la formule et un échantillon d'un remède pour la guérison de la rage. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Hanot, qui se présente comme candidat pour la section d'anatomie pathologique ;

2° Un rapport sur les vaccinations, par M. le docteur Lagogne, médecin-major au 3e régiment de ligne ;

3° Un mémoire de M. le docteur Coiffier (du Puy), intitulé : *Essai d'aspiration et d'analyse des gaz intestinaux.* (Comm. : MM. Armand Gautier et Villemin).

M. le Président informe l'Académie de la décision que vient de prendre son Conseil de souscrire une somme de 10000 francs pour l'Institut Pasteur. Cette somme sera prélevée, non sur le budget de l'Académie, qui suffit à peine à ses dépenses, mais sur les reliquats des fonds de prix qui n'ont pas été distribués. Cette souscription collective n'empêchera pas d'ailleurs celles que les membres de l'Académie voudront bien faire individuellement.

RAPPORTS

Grossesses triples. — M. Charpentier, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Blot et Tarnier, lit un rapport dans lequel il rend compte d'un travail adressé à l'Académie par M. le docteur Jenot (de Dervy-Aisne), intitulé : *Grossesses triples.* Ce rapport est terminé par les conclusions suivantes : Nonobstant quelques objections que M. le rapporteur a cru devoir faire à propos de quelques-unes des opinions émises par l'auteur dans ce travail, il n'en a pas moins fait preuve d'un effort de travail sérieux, et il propose à l'Académie de lui adresser des remerciements. (Adopté.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET LA DOCTRINE MICROBIENNE.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la doctrine microbienne. La parole est à M. Le Fort.

M. Le Fort. Dans notre science, où la tradition est le résultat d'observations accumulées, les opinions généralement reçues paraissent assises sur des bases si solides, que celui qui cherche à démontrer, par des faits nouveaux, que l'interprétation des faits anciens doit être profondément modifiée, ne rencontre le plus souvent que de l'incrédulité.

D'autres fois, au contraire, l'opinion est entraînée avec une telle violence dans un courant d'idées nouvelles, que c'est en vain qu'on chercherait à montrer que si, dans cet enthousiasme général, il y a une grande part de vérité, il y a aussi une part d'exagération. Malgré la certitude d'un insuccès, M. Le Fort prend le rôle ingrat de résister à l'exagération.

A côté de ces belles découvertes faites par quelques-uns, dit-il, que de confusion chez le plus grand nombre!.....

Dans un sujet si obscur, il faut préciser le débat. Autant que qui que ce soit, je suis prêt à accepter que toute maladie transmissible est caractérisée par un microbe spécial. Je ne demande qu'une chose, c'est qu'on arrive à caractériser, pour chaque maladie contagieuse, le germe spécial à chaque contagion.

Le débat porte entre mes collègues et moi sur un autre point.

Le germe contage, ce microbe, peut-il, en dehors de toute contagion possible et sous certaines influences pathologiques, se former primitivement par un phénomène [d'intériorité chez un malade, comme je le prétends? Ou bien, comme le soutiennent MM. Verneuil, Charpentier, Guéniot, et avec eux le plus grand nombre des chirurgiens et des accoucheurs, provient-il toujours de l'extérieur, apporté par l'air qui, d'après les expériences mêmes de M. Guéniot, entraîne jusqu'à des distances incroyables les germes plus légers que le pollen des fleurs? Telle est la question en litige.

M. Le Fort soutient avec énergie que l'air qui renferme tant de germes divers n'est pas le véhicule du germe, ou, si l'on veut, du microbe de l'infection purulente chirurgicale. Il hésitait sur ce point en 1865, il n'hésite plus aujourd'hui parce qu'il a la preuve du contraire, parce que les faits cliniques les plus démonstratifs prouvent qu'ils n'y existent pas. Il soutient que même dans les salles de nos hôpitaux, l'air ne renferme pas les germes spéciaux de l'infection purulente; que cet air, qui ne transmet même pas la contagion, ne saurait faire naître les cas primitifs d'infection. C'est ce qu'il s'attache à démontrer dans la suite de son argumentation, qu'il termine en ces termes :

Si l'empirisme, ce résumé de l'observation et de l'expérience, intervient trop souvent dans la thérapeutique des maladies, c'est que la complication de notre organisme doué de vie, de sensibilité, troublé par les passions, contraste avec la simplicité et l'inertie des récipients du laboratoire. Malgré lui, M. Pasteur nous en donne aujourd'hui un exemple.

N'est-ce pas en quelque sorte empiriquement et par des tâtonnements successifs qu'il est arrivé à la prophylaxie de la rage? Pourrait-il expliquer par quel mécanisme la culture du virus rabique peut rendre impuissants les effets de la morsure d'un chien enragé sur un chien préalablement inoculé, et comment on arrête le développement de la maladie chez les malades qui, par une morsure, en ont déjà reçu le germe? Dans cette magnifique découverte, que tous regardent comme un immense service rendu à l'humanité, que la reconnaissance publique récompense de tous les honneurs; dans cette découverte que les microbistes regardent comme le triomphe de la doctrine, n'est-il pas étrange que ce qui manque jusqu'à présent, c'est précisément la connaissance du microbe spécial?

M. VILLEMIN. M. Peter a voué une haine à mort à la doctrine microbienne; il veut nous débarrasser de sa tyrannie, étouffer la science naissante et arrêter le courant scientifique qui entraîne la génération actuelle vers le champ de lumière dont les premières barrières ont été ouvertes par M. Pasteur. Je ne crois pas qu'il y réussisse. Il a saisi avec un ardent enthousiasme les résultats des beaux travaux de M. Gautier, croyant pouvoir les faire servir au soutien de sa thèse sur la spontanéité morbide.

Sans nul doute, il y a des maladies qui ont leur cause dans l'infection de l'organisme par lui-même. Personne ne le nie, mais personne non plus n'invoque l'intervention des microbes dans les faits de cette nature.

En face de la spontanéité morbide se dresse le déterminisme, tout aussi évident dans les actes pathologiques que dans les phénomènes physiologiques.

M. Peter n'admet pas seulement la spontanéité des maladies banales, non transmissibles; elle existe aussi, suivant lui, pour les affections réputées contagieuses. L'organisme, suivant lui, fabrique spontanément des contages et des virus, comme il fabrique des leucomaïnes, de l'urée, des acides biliaires, etc.

Ici M. Villemin entreprend M. Peter sur ce qu'il appelle la série typhique, qui lui semble fournir les principaux arguments en faveur de la spontanéité. L'enchaînement des phénomènes sur lequel s'appuie M. Peter peut en effet s'expliquer par l'intoxication progressivement croissante de l'économie par un poison élaboré dans son sein. Mais supposant une hétérotyphisation, comment peut-elle s'opérer? Or dans ce cas comme dans le précédent, il y a une période d'incubation. On voit bien que la médecine traditionnelle ne peut pas l'interpréter avec les idées que professe M. Peter sur la spontanéité et sur la contagion.

Avec les germes vivants, tout s'explique. Il y en a de plus ou moins vivaces. Il y a des terrains organiques plus ou moins propices, comme des milieux artificiels de culture plus ou moins favorables.

Les virus et les contages s'introduisent dans les organismes en quantités infinitésimales, ils s'y développent par multiplication. Il y a un temps proprement appelé incubation qui ne saurait s'expliquer avec la contagion par un produit non organique.

La science moderne a fini par mettre en évidence tous les ferments, les parasites, les microbes; elle les recueille, les cultive et en étudie l'histoire naturelle. Aujourd'hui nous subissons leur tyrannie, comme on subit celle des faits démontrés.

Un mot sur la série typhique de M. Peter, qui y voit une série naturelle allant du surmenage au typhus, en passant par la fièvre typhoïde. Mais cette sériation n'a d'autre base que le symptôme commun, le typhoïsme qui se voit dans une foule d'autres maladies graves.

M. Verneuil a parlé de virus latent. Cette particularité de ce sommeil des micro-organismes dans l'économie ne peut appartenir qu'à des principes organisés. L'état latent de ces micro-organismes s'observe dans une foule de cas, tels que la période d'incubation des fièvres éruptives, l'incubation de la rage, etc.

Tout ce que nous venons de dire est-il en contradiction avec la médecine traditionnelle? Nous ne le pensons pas. La doctrine parasitaire ne repousse aucune des données étiologiques de l'ancienne médecine. Elle ne fait que les compléter. Avec nos devanciers nous invoquons la misère, la fatigue, la dépression par le froid et les maladies antérieures, la diminution de résistance des organes, etc., mais comme cause adjuvante préparant le théâtre du mal. Nous ajoutons un élément de plus, un agent déterminateur spécifique de nature animée.

M. Villemin cite comme exemple la pneumonie invoquée par M. Peter comme produite par le froid, dans le quart des cas. Mais si le quart seulement est dû au froid, quelle est donc la cause des trois autres quarts? Sans recourir à la théorie microbienne, une part prépondérante revient à l'usure, à la débilitation de l'organisme, à la dépression des forces vitales.

Le froid n'agit donc pas en tant que froid, mais en produisant une dépression de la résistance vitale. Vienne ensuite le déterminateur spécifique sur ce terrain préparé et la maladie éclate.

La théorie de la spontanéité morbide, dit en terminant M. Villemin, est soutenue et professée avec un grand éclat par M. Peter. La doctrine parasitaire a en lui un adversaire vigoureux, mais il y a quelque chose de plus démonstratif et de plus péremptoire que les plus brillants plaidoyers, ce sont les résultats pratiques. Avec la spontanéité morbide, la médecine, la chirurgie et l'obstétrique en seraient encore où elles étaient il y a vingt ou trente ans. La doctrine microbienne a tout changé; elle a accompli des miracles et elle en accomplit tous les jours dans les hôpitaux, dans le laboratoire de la rue d'Ulm, dans nos demeures.

LECTURE

La scarlatine dans les hôpitaux d'enfants de Paris. — **M. OLLIVIER (AUG.)** lit sous ce titre un travail dans lequel il entretient l'Académie de deux petites épidémies de scarlatine qu'il a eu l'occasion d'observer récemment dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades.

On sait combien sont fréquentes les épidémies analogues; ne peut-on rien faire pour les prévenir? Doit-on les attendre avec résignation, se réservant de soigner les malades? M. Ollivier pense qu'il y a là une question d'hygiène hospitalière pour la solution de laquelle on n'a rien fait ou presque rien. *A priori* il semble que dans des établissements hospitaliers on pourrait approcher de la perfection à cet égard. Or il n'en est rien; il ressort de l'examen de ce qui s'y passe, qu'on n'a pris jusqu'à présent que des mesures palliatives insuffisantes. Dans les circonstances actuelles il y a danger de contagion pour les malades de la même salle, pour les visiteurs du dehors, surtout pour les enfants.

Pour prévenir la diffusion une seule mesure est rationnelle :

l'isolement, mais l'isolement effectif avec pavillon ou salles indépendantes des autres services, appliqué non seulement au local, mais encore au personnel, infirmiers spéciaux, précautions prises par les médecins et les élèves, comme celles usitées dans les salles d'accouchements, contrôle des visites et refus rigoureux d'entrée des salles de scarlatineux aux enfants, aux jeunes gens, plus exposés que les adultes aux atteintes de la contagion.

La séance est levée à cinq heures.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

I

Paris, le 10 mars 1886.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que l'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 2 et 3 mai prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Vous trouverez ci-contre l'ordre du jour des deux séances.

Je crois devoir vous rappeler les dispositions de l'article 20 des statuts qui règlent la composition de l'Assemblée générale :

« Chaque Société composée de 75 membres, ou au-dessous, est représentée par son président ou par un délégué ; celles qui se composent de 76 à 150 membres peuvent avoir deux délégués ; de 151 à 225 membres, trois délégués, et, à partir de ce chiffre, un délégué de plus par chaque fois 75 membres. »

Je vous serai obligé, en m'accusant réception de cette circulaire, de vouloir bien me faire connaître le Confrère ou les Confrères chargés de représenter cette année votre Société à l'Assemblée générale.

Veuillez agréer, monsieur et très honoré Confrère, la nouvelle assurance de mes sentiments dévoués.

Le Président,
H. Roger.

Pour expédition :
Le secrétaire général,
A. Foville.

Nota. — MM. les membres du Conseil général de l'Association et de la Commission administrative de la Société centrale, ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au Banquet qui aura lieu le dimanche 2 mai, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel continental, rue Castiglione.

MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, les dimanche 2 et lundi 3 mai, à une heure.

Dans sa vingt-troisième Assemblée générale, l'Association a décidé qu'afin de faciliter l'étude des questions mises à l'ordre du jour, et d'en assurer la discussion sérieuse, les rapports seront imprimés à l'avance, et qu'un exemplaire sera envoyé à chaque Société locale, huit jours au moins avant l'Assemblée générale. En conséquence, les rapports relatifs aux vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1885, sont joints à la présente circulaire (1).

Conformément à la décision prise dans l'Assemblée générale de 1884, les élections des membres du Bureau et du Conseil général auront lieu dans la séance de lundi 3 mai ; la liste des candidats proposés par le Bureau sera mise à la disposition des délégués, le dimanche 2 mai, avant la séance.

Afin d'accélérer, autant que possible, la publication de l'Annuaire du présent exercice, MM. les présidents et secrétaires des Sociétés locales sont instamment priés de vouloir bien, s'ils ne l'ont déjà fait, adresser dans le plus bref délai possible, à M. le docteur Martineau, secrétaire, 24, rue Cambon, après les avoir remplies et mises au courant, les formules et les listes qui leur ont été envoyées le 13 février dernier.

MM. les présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

II

VINGT-SEPTIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Ordre du jour de la séance du dimanche 2 mai 1886. — La séance sera ouverte à deux heures précises.

1° Rapport de la commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association ;

2° Installation et allocution du président nouvellement élu ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du Conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général ;

6° Première partie du rapport de M. Horteloup sur les pensions viagères à accorder en 1886 ;

7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœu de M. Langlet, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885) ;

8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un ordre de médecins (vœu de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885).

A sept heures précises, le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 3 mai 1886. — La séance sera ouverte à deux heures précises.

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale ;

3° Deuxième partie du rapport de M. Horteloup, sur les pensions viagères à accorder en 1886. Discussion et vote des propositions ;

(1) De ces deux rapports, l'un, sur le vœu relatif à la création d'un ordre de médecins, émis par MM. Surmay et Mougeot, présenté au nom d'une commission composée de MM. Bucquoy, Dufay, Gallard, Vonnesson et de Ranse, rapporteur, conclut ainsi :

« 1° Il n'y a pas lieu de créer un ordre des médecins ;

2° L'application du principe d'association, bien compris et soutenu par une active propagande, suffit, avec la loi sur l'exercice de la médecine, dont le Parlement est actuellement saisi, pour élever le niveau moral et défendre tous les intérêts de la profession. »

Le second, sur le vœu émis par le docteur Langlet, relatif à la déclaration des décès, présenté au nom d'une commission composée de MM. Boutin, Le Roy de Méricourt, Martineau, Morillot et Passant, rapporteur, se termine par ces propositions :

« 1° Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, état civil du décédé, c'est-à-dire s'il est célibataire, marié ou veuf, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt ;

2° Le bulletin sera remis au maire, sous enveloppe cachetée d'un modèle uniforme pour tout le département ;

3° Le maire sera chargé de transmettre, sur-le-champ, au président du conseil d'hygiène de l'arrondissement, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé ;

4° Tous les trois mois, le médecin du conseil d'hygiène, chargé de ce service, procédera au dépouillement des documents qui lui auront été transmis, et les fera adresser, aussi par voie administrative, à son collègue du conseil d'hygiène, siégeant au chef-lieu du département, où ils seront centralisés. »

4° Élection de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1887 ;

5° Élection des membres du Bureau et renouvellement partiel du Conseil général :

Membres sortants du Bureau : *vice-présidents*, MM. Cazeneuve, Larrey, Ricord, Bouchacourt; *secrétaire général*, M. Foville; *secrétaires*, MM. Martineau et Blache ; *trésorier*, M. Brun.

Membres du Conseil à renouveler : MM. Lunier, décédé ; Cornil, Durand-Fardel, Le Roy de Méricourt, Pénard, Richelot, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Bureau et du Conseil sont rééligibles);

6° Discussion des rapports de MM. Passant et de Ranse ;

7° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1887.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour l'année 1886.

Médecins principaux de deuxième classe, classés pour le grade de médecin principal de première classe. — 1884. M. Driout.

1885. MM. Albert, Massoutié, Cros, Claudot, Emery-Desbrousses, Nogier et Perrin.

Médecins-majors de première classe, classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — 1884. M. Lemardeley.

1885. MM. Bablon, Mutin, Ferron, Barbier, Rochet, Bouchez, Fournier et Feuvrier.

Médecins-majors de deuxième classe, classés pour le grade de médecin-major de première classe. — 1884. MM. Fournié, Gerboin, Julié, Forgemot, Belleau, Poulet, Baudot, Bayard et Hocquard.

1885. MM. Grosjean, Eude, Benech, Audet, Camus, Chevassu, Chavasse, Vaillard, Roberdeau, Mareschal, Didier et Linarès.

Médecins aide-majors de première classe, classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — 1885. MM. Pitois, Vilmain, Duriez, Escard, Gauthier, Baudisson, Fribourg, Collin, Chandèze, Wissemans, Moreau, Lagrange, Boinet, Labit, Berthier, Lemoine, Descours, Lacronique, Lucas, Renard, Bodinier, Béquin, Simon, Hassler, Couillault et Courtois.

Pharmaciens principaux de deuxième classe, classés pour le grade de pharmacien principal de première classe. — 1884. M. Warnier.

Pharmaciens-majors de première classe, classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe. — 1881. M. Parant. — 1882. M. Thomas. — 1883. M. Péheaa. — 1884. M. Judicis.

Pharmaciens-majors de deuxième classe, classés pour le grade de pharmacien-major de première classe. — 1882. MM. Camus, Morel et Mather. — 1883. MM. Roman et Worms. — 1884. M. Bousson.

Pharmaciens aide-majors de première classe classés, pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe. — 1882. MM. Jégou, Boutté, Grellety, et Colin. — 1884. M. Wagner.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation de médecine. — La dernière séance a eu lieu hier soir mardi; quelques instants après, les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés :

Faculté de Paris : MM. les docteurs Brissaud, Ballet, Dejerine et Chauffard.

Faculté de Bordeaux : MM. les docteurs Moussous et Dubreuilh.

Faculté de Lille : MM. les docteurs Lemoine et Chuffard.

Faculté de Lyon : MM. Weill et Lannois.

Faculté de Montpellier : MM. Boinet et Brousse.

Faculté de Nancy : MM. Simon et Parizot.

— *Concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements.* — La première épreuve étant terminée, le tirage au sort pour l'ordre dans lequel les candidats devront subir la seconde épreuve (épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) a eu lieu mardi, 16 mars 1886. Cet ordre est le suivant :

MM. 1. Augagneur; 2. Michaux ; 3. Gangolphe; 4. Routier; 5. Pautrin; 6. Truc; 7. *Ménard;* 8. *Barette;* 9. Jalaguier; 10. Piqué; 11. Nélaton; 12. Brun; 13. Castex; 14. Forgue; 15. Bazy; 16. Denucé; 17. de Lapersonne; 18. Pousson; 19. Ramonède; 20. Étienne; 21. Marchand; 22. Schwartz; 23. Rémy; 24. Auvard; 25. Maygrier; 26. Stapfer; 27. Bar; 28. Gerbaud; 29. Boissard; 30. Bureau.

Pour cause de maladie les candidats inscrits avec les nos 7 et 8 ne passeront qu'à la fin.

La première séance a eu lieu ce soir mercredi à cinq heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— Le roi d'Italie vient de conférer à M. Pasteur le grand cordon de l'ordre des saints Maurice et Lazare.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ribemont-Desaignes, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berne, professeur de pathologie externe.

M. Poullet, agrégé, est chargé temporairement d'un cours de clinique obstétricale.

M. Sabatier, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Berne, d'un cours de pathologie externe.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guillemin, docteur en médecine, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie en remplacement de M. René, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés : MM. Leuté, prosecteur; Farcy, préparateur de chimie; Leroux, préparateur de pharmacie, et Ségard, préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de MM. Haucellier, Pasquier, Delandre et Houriez, démissionnaires.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Dianoux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Hébert, professeur de géologie, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Boignier, pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques, est nommé chef des travaux chimiques en remplacement de M. Simonnet, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Penot (de Lyon) et Vaillandet (de Pin-l'Émagny) ; de MM. les médecins aide-majors de deuxième classse Dupré et Féau; de M. Robert, médecin en non-activité.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Raphaël Blanchard, agrégé, commencera le cours d'histoire naturelle, le jeudi 18 mars 1886, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des insectes et des vertébrés intéressant la médecine.

M. le docteur Gariel, agrégé, commencera le cours complémentaire de physique, le samedi 20 mars 1886, à deux heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Il traitera des instruments d'optique, électricité, magnétisme, actions moléculaires.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19238.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Enquête concernant la contagion de la phthisie.

La Société médicale des hôpitaux devant prochainement engager la discussion du rapport de M. Vallin sur cette question, nous résumons aujourd'hui les résultats de l'enquête qui en a fait l'objet.

L'enquête a fourni 213 observations de contagion, se répartissant de la manière suivante : 107 entre conjoints, 73 entre parents, 32 entre étrangers.

Contagion entre époux. — Le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines) cite 61 cas négatifs entre époux ; 23 veufs et 38 veuves de phthisiques qui sont restés épargnés.

M. le docteur Delacour, professeur à l'École de médecine de Rennes, a dressé une liste de 54 ménages où l'un des conjoints est phthisique ou a succombé à la maladie. Dans 50 cas le survivant est resté sain ; dans 4 cas le survivant est devenu phthisique. Il n'est pas dit si ces 4 victimes supposées de la transmission étaient indemnes de prédisposition héréditaire.

M. le docteur Leudet (de Rouen) a analysé 74 ménages où l'un des conjoints était tuberculeux ; dans 61 cas l'autre conjoint était resté indemne, bien que dans les deux tiers de ces cas (40 sur 60) un intervalle de plus de onze ans se fût écoulé entre la mort du conjoint tuberculeux et la mort, par une maladie toute différente, du conjoint devenu veuf. Restent donc 13 ménages où le conjoint survivant est devenu tuberculeux à son tour ; mais 6 fois ce dernier avait des antécédents héréditaires plus ou moins suspects. Il ne resterait donc que 7 cas (11 p. 100) de contagion maritale probable, contre 61 cas (82 p. 100) où la contagion n'est pas probable ; plus 6 cas (7 p. 100) complètement incertains en raison des antécédents héréditaires.

MM. Cazalis et Musgrave-Claye disent n'avoir jamais vu la contagion dans leur clientèle des stations hivernales du Midi, ce qu'ils attribuent à ce que la plupart des malades qui fréquentent ces stations appartiennent à la classe aisée et instruite; où les précautions hygiéniques et le bien-être éloignent le danger ; il est beaucoup de malades, d'ailleurs, qui meurent avant le retour d'une nouvelle saison et l'on n'entend plus parler de leur famille.

M. le docteur Alison (de Baccarat), dans une enquête portant sur 44 observations détaillées de transmission, n'a trouvé que 3 fois la contagion de conjoint à conjoint, et encore 2 de ces cas paraissent douteux, tandis qu'il a observé 19 fois la contagion entre étrangers.

M. le docteur Beaudouin (d'Alençon) n'a vu la contagion se produire que dans les cas où la tuberculose pulmonaire a une marche chronique, torpide, où le malade, circulant dans la maison pendant plusieurs années, souille partout le sol du produit de son expectoration.

M. Rendu a communiqué au rapporteur une observation où la transmission par contagion, du mari à la femme, ne lui paraît pas douteuse et où la tuberculisation ainsi transmise a pris une marche très aiguë. La femme appartenait à une famille absolument indemne de tuberculose, ses antécédents étaient excellents ; elle avait eu d'un premier mari des enfants vigoureux et non tuberculeux ; elle était restée un type de belle santé jusqu'à son second mariage. Elle a contracté. de son second mari phthisique, une phthisie à marche rapide, alors que celui-ci avait une phthisie à évolution lente à laquelle il n'a succombé que deux ans après sa femme.

Un fait tout à fait semblable a été communiqué par M. le docteur Odin (de Saint-Honoré-les-Bains).

M. le docteur Blondeau (de Paris) a envoyé l'observation d'un homme de quarante ans, dont il connaît la famille depuis plus de quinze ans, et dans laquelle il n'y a jamais eu un seul cas de phthisie. De vigoureuse constitution, d'excellente santé, cet homme avait épousé une jeune femme présentant également toutes les apparences d'une santé parfaite, mais ayant eu plusieurs cas de phthisie dans ses antécédents héréditaires. La femme perdit un enfant de méningite tuberculeuse à l'âge de deux ans ; l'année suivante elle mourut elle-même de phthisie à marche rapide. Deux ans plus tard, le mari consultait pour des accidents laryngés survenus depuis plusieurs mois, accompagnés alors des signes les plus manifestes de la tuberculose pulmonaire.

D'autres observations analogues sont rapportées par MM. les docteurs Meunier (de Pontoise), Mora (de Brunehamel), Richard (du Val-de-Grâce), Bois (d'Aurillac), Mireur (de Fréjus), Giraudeau et Bucquoy (de Paris), Michel (de Chaumont), Rouquette (d'Olonzac).

MM. Fernet et Richard attiraient récemment, après MM. Verneuil et Verchère, l'attention de la Société médi-

cale des hôpitaux, sur la possibilité de la transmission de la tuberculose par la voie génitale.

M. le docteur Kelsch (du Val-de-Grâce) a envoyé une observation qui rentre dans cette catégorie de faits.

Il a été dit plus haut que les 107 cas de contagion probable entre conjoints se répartissaient ainsi : transmission du mari à la femme, 64 cas ; de la femme au mari, 43. Cette statistique vient à l'appui des observations déjà faites par MM. Hérard et Cornil, Perroud, Devay, Teissier, Gueneau de Mussy (Noël), Peter, et consignées dans l'article : PHTHISIE, du *Dictionnaire encyclopédique* de M. Hanot.

Nous reviendrons plus tard sur l'interprétation des faits et des chiffres qui précèdent. Poursuivons notre analyse pure et simple du rapport.

Contagion entre parents. — M. Leudet, malgré les difficultés qu'il y a à distinguer les faits de consanguinité de ceux d'hérédité, qui viennent souvent se confondre, croit qu'on pourrait trouver un argument en faveur de la contagion familiale, dans ce fait que des sœurs et des frères d'âges différents sont souvent atteints des premières manifestations de la tuberculose, coup sur coup, et pour ainsi dire simultanément. Il a étudié à ce point de vue 28 familles, dont 15 où la tuberculose pouvait être considérée comme héréditaire, et 13 où elle ne l'était pas et où la tuberculose paraissait imputable à la contagion. Or, dans ces deux catégories de familles, le développement de la tuberculose s'est fait en un temps relativement court (deux à neuf ans) chez les parents, les frères et les sœurs, et cela aussi bien dans un groupe que dans l'autre. C'est ainsi que dans une famille où il y a beaucoup d'enfants, quand l'un d'eux prend une fièvre éruptive, tous les autres la contractent simultanément, ou l'un après l'autre, dans un espace de temps assez court. M. Leudet a observé quelque chose d'analogue dans la marche de la tuberculose ; au bout de deux à neuf ans, dans les familles sans hérédité, comme dans les autres, la tuberculose aurait frappé tous les membres aptes à la contracter.

M. Cornil a relaté le cas d'une jeune fille qui aurait transmis à son père et à sa mère, jusque-là bien portants, une tuberculose dont elle avait contracté le germe à l'atelier. Ici on ne peut invoquer l'hérédité : la contagion seule est admissible. Plusieurs correspondants ont adressé un grand nombre de faits analogues où ils n'hésitent pas à invoquer la contagion ascendante, des enfants à leurs ascendants.

M. le docteur Séjournet (de Revein) rapporte l'histoire d'une famille composée du père et de la mère âgés, et de cinq enfants ayant entre vingt-cinq et trente-deux ans, tous jusque-là bien portants, vivant à la campagne dans une grande aisance, réunis dans une vaste maison où ils sont tous en contact incessant entre eux. Le fils aîné après un assez long séjour à Paris, revient à la maison ayant ses deux poumons tuberculeux et y succombe phthisique au bout de six mois. A partir de ce moment, la phthisie commence à faire ses ravages dans la famille et la fait disparaître presque tout entière en trois ans. C'est d'abord une sœur cadette, âgée de vingt-neuf ans, forte et bien développée, qui commence à tousser, crache du sang, maigrit et meurt à trente ans, un an après son frère, dans la chambre même où celui-ci était mort. En même temps la sœur aînée, mariée, mère de deux enfants, et qui habitait avec son mari une chambre de la même maison, se met à tousser à son tour, à dépérir, et meurt phthisique peu de temps après la sœur cadette. La troisième fille, âgée de vingt-six ans, qui avait partagé la chambre de sa sœur aînée, est bientôt atteinte de la même maladie et meurt un an après. La plus jeune des filles, âgée d'un an de moins que la précédente, qui avait assisté ses sœurs pendant leur maladie sans cependant partager leur chambre ni leur lit, s'alite et meurt aussi phthisique, environ six mois après. Le mari de la fille aînée qui avait continué à vivre dans la même maison où sa femme, ses trois belles-sœurs et son beau-frère étaient morts, succomba à son tour à la tuberculose quelques années plus tard. Le père est mort quelques années après d'apoplexie, à l'âge de soixante-dix-huit ans, la mère vit encore et n'est nullement tuberculeuse.

C'est là, sans contredit, l'une des observations les plus remarquables de contagion familiale.

En résumé, l'enquête a fourni 73 observations personnelles de contagion entre parents, dont 38 entre frères et et sœurs, 14 des enfants au père ou à la mère, 5 des parents à leurs enfants, et 16 entre personnes de parenté diverse.

Contagion entre étrangers. — Dans ce groupe, on trouve dans la manière de vivre de personnes étrangères l'une à l'autre les conditions de promiscuité existant entre conjoints ou parents. Un premier cas est celui qu'a communiqué M. Blondeau (de Paris) d'un jeune homme de trente à trente-deux ans, arrivé à la dernière période de la phthisie pulmonaire et chez qui l'affection aurait eu l'origine suivante : Il n'y avait pas d'antécédents héréditaires dans la famille du jeune homme; lui-même avait été jusque-là vigoureux et bien portant. Pendant le siège de Paris, il avait constamment vécu avec un de ses amis poitrinaire, partageant non seulement sa petite chambre, mais encore une étroite couchette. Toutes les nuits le corps de son compagnon était baigné de sueurs profuses, et lui-même était persuadé qu'il avait pris là le germe de sa maladie. Les premiers symptômes de la tuberculose s'étaient manifestés peu de temps après la mort de son ami, et sa mort survint six ans plus tard.

M. Bucquoy a envoyé l'observation d'un interne des hôpitaux, d'une santé excellente, d'une famille dans laquelle il n'y avait pas de tuberculeux, et qui, vivant avec une femme qui mourut de la poitrine entre ses bras et à laquelle il avait prodigué les soins les plus dévoués jusqu'à la fin, fut pris, quelques mois après, d'hémoptysies et d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide à laquelle il ne tarda pas à succomber. Il ne douta pas lui-même de la manière dont il avait contracté la maladie et en avait porté le pronostic dès le début.

Voici un autre fait plus saisissant peut-être encore que les deux précédents : il a été rapporté par M. le docteur Marignan (de Massillargues). Une jeune fille, pensionnaire dans une ville voisine, partage la chambre d'une de ses amies, qui meurt phthisique ; elle devient phthisique à son tour. Elle revient à la ville, déjà malade. Une de ses cousines, très bien portante, très forte, d'une famille très saine, la soigne ; non seulement elle couche dans sa chambre, mais elle s'obstine, malgré l'avis d'un médecin, à partager son lit. La première malade meurt; deux mois après, sans autre prodrome, la cousine est prise d'une hémoptysie, début d'une tuberculose qui l'emporte en six mois.

Nous aurions encore, pour terminer le résumé de cette enquête, à donner les chiffres et les analyses des cas d'im-

portation de la tuberculose dans les petites localités et de contagion par les objets. Ce sera pour la Revue prochaine.

Des réflexes tendineux.

Parmi les nombreux néologismes ou les acceptions spéciales et quelque peu détournées données à des mots courants, que les exigences des faits nouveaux acquis à la science nous obligent souvent à introduire dans le langage médical, s'il en est qui sont acceptés sans difficulté et entrent d'emblée en usage, il en est parfois d'autres qui ont quelque peine à se vulgariser ou qui laissent sur leur véritable signification quelques doutes ou quelques hésitations dans l'esprit des lecteurs. Il paraîtrait que c'est un peu ce qui arrive pour l'expression «réflexes tendineux» qui figure assez souvent cependant depuis quelque temps dans les observations que nous publions journellement. Quelques-uns de nos lecteurs nous ont écrit, en effet, pour nous demander des explications à cet égard. Bien que nous ayons déjà publié un article assez détaillé sur ce sujet dans l'une de nos Revues de 1880 (voyez *Gazette des hôpitaux* du 9 octobre 1880, p. 937), nous n'hésitons pas à y revenir pour donner satisfaction à nos correspondants.

On désigne sous ce nom « réflexes tendineux » la contraction brusque et rapide des muscles, provoquée par l'excitation de leurs tendons. Cela ne peut être bien compris que par des exemples. Nous ne saurions mieux choisir que ceux que nous avons déjà donnés dans l'article précité. Que l'on fasse asseoir un individu bien portant, dans toutes les conditions physiologiques ordinaires de l'état de santé, les jambes croisées l'une sur l'autre, et que pendant qu'il est dans cette attitude on vienne à frapper sur le tendon rotulien de la jambe, qui est pendante, un coup sec, soit avec le bord cubital de la main, soit avec un marteau à percussion ou tout autre objet rigide, on voit aussitôt la jambe se relever brusquement, puis retomber. Ces sortes d'oscillations se reproduisent à chaque répétition du même acte. On peut obtenir le même effet, le sujet étant couché, en percutant de la même manière sur le même tendon, le membre inférieur étant soulevé et maintenu dans un léger degré de flexion, de telle façon que tous les muscles soient dans le relâchement. C'est ce qu'on appelle encore le « phénomène du genou ».

On produit également le même effet ou un effet analogue en percutant sur le tendon d'Achille, pendant que la jambe est dans le relâchement, cette percussion est suivie d'un léger mouvement d'abaissement de la plante du pied, dû à la contraction du triceps crural « phénomène du pied ».

Au membre supérieur, on produit la flexion de l'avant-bras sur le bras en percutant le tendon du triceps, celle du poignet sur l'avant-bras, la pronation ou la supination, suivant que l'on percute sur les tendons des divers muscles de l'avant-bras qui effectuent ces mouvements.

Ce sont là tout autant d'effets réflexes qui mettent la moelle en jeu et supposent son intégrité fonctionnelle.

Nous sommes jusqu'ici dans la physiologie. Il suffira, pour compléter ce point de vue de la question, d'ajouter que ces phénomènes ont des degrés variables d'intensité suivant les âges, et que tous les muscles sont loin de jouir de cette propriété au même degré que ceux que nous venons d'indiquer.

Passons aux faits pathologiques et à leur valeur séméiotique, ce qui est le point de vue qui nous intéresse ici spécialement.

A l'état pathologique, les réflexes tendineux peuvent manquer, ne se manifester que faiblement, ou être, au contraire, exagérés ; ils peuvent enfin se produire sur des muscles qui ne répondent pas à ce mode d'excitation à l'état normal.

Le phénomène dit du genou (réflexe rotulien), ainsi que le phénomène du pied (réflexe du tendon d'Achille) manquent dans les cas de *tabes dorsalis* confirmé. Cette absence d'action réflexe est un signe d'une grande valeur, en ce qu'elle indique une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle, s'étendant jusqu'à la région lombaire ; elle permet de diagnostiquer le tabès à une époque où ses symptômes ordinaires ne se sont pas encore manifestés.

Le phénomène du genou peut subsister encore au début de l'ataxie, si les parties de la moelle correspondant à l'origine du nerf crural sont intactes.

Dans la paralysie infantile, dans l'atrophie musculaire progressive, spinale, primitive, les réflexes tendineux, d'abord affaiblis au début de ces affections, finissent par être abolis à mesure qu'elles progressent. Il en est de même dans toutes les affections de la moelle, consistant en une lésion des cornes antérieures de la substance grise.

Dans les affections cérébrales suivies de dégénérescence des cordons antéro-latéraux de la moelle, cette dégénérescence s'annonce par l'exaltation des réflexes tendineux et plus tard par la contracture.

Cette exaltation des réflexes tendineux, dans ce cas, indique que le membre paralysé ne recouvrera pas l'intégrité de ses mouvements. Elle a été notée également dans la pachyméningite cervicale et dans certaines paralysies générales, mais à l'état passager, les lésions des cordons latéraux, qui se sont produites dans ce cas, ne tardant pas à s'étendre sur les cordons postérieurs et arrivant ainsi à faire cesser tout phénomène réflexe.

La sclérose latérale symétrique primitive (paralysie spasmodique, sclérose latérale amyotrophique) s'annonce aussi par une exaltation des réflexes tendineux et une parésie progressive, suivie bientôt de contracture prédominante des muscles extenseurs, circonstance qui donne aux malades atteints de cette affection leur démarche raide caractéristique, contrastant avec celle des ataxiques et qui différencie également cette affection des dégénérescences secondaires de la moelle dans lesquelles la contraction porte de préférence sur les fléchisseurs.

Dans la sclérose en plaques disséminées, quelque temps après l'apparition de la maladie, il se manifeste de l'exagération des réflexes tendineux, suivie, dans une seconde période, de contracture et de tremblement.

Dans les myélites diffuses aiguës ou chroniques, où l'on rencontre à l'autopsie des lésions fort variables, les réflexes tendineux se comportent différemment, suivant que les cordons latéraux seuls sont atteints ou que les cordons postérieurs le sont dans la région lombaire ; en un mot, une lésion des cordons latéraux produit, comme partout ailleurs, l'exaltation des réflexes tendineux, et une lésion de la moelle lombaire, intéressant l'arc de ces réflexes, produit leur abolition.

Dans l'hystérie, on constate l'exagération des réflexes tendineux, alors que les membres semblent être dans un état de flaccidité prononcée, et elle précède le développement de la contracture hystérique, dont elle n'est en quelque sorte que le prodrome.

Dans la chorée, dans l'éclampsie, ils sont exagérés.

Enfin l'abolition de ces réflexes a été constatée dans la paraplégie diphthéritique.

Il ressort, en résumé, des études multipliées et variées qui ont été faites par un grand nombre d'observateurs et qui se trouvent si fidèlement rapportées dans l'excellent travail de M. Petitclerc, en 1880, auquel nous avons emprunté les éléments de notre article, un enseignement que l'on ne saurait négliger lorsqu'il s'agit du diagnostic et du pronostic des affections spinales.

Ici, nous nous copions nous-même : « Étant donné le fait de l'abolition des réflexes tendineux dans le cas de lésion des cordons postérieurs ou de la substance grise antérieure de la moelle et celui de leur exagération dans les cas de lésion primitive ou secondaire des cordons antéro-latéraux, notamment des faisceaux pyramidaux, il ne sera plus permis d'omettre la recherche de ces signes dans l'examen de tout malade atteint d'une affection que l'on soupçonne avoir une origine médullaire. »

Cathétérisme de la trompe d'Eustache.

A propos de l'observation d'éruption pustulo-papuleuse syphilitique déterminée par un cathétérisme de la trompe d'Eustache, que nous avons rapportée dans notre Revue du 25 février dernier, M. le docteur Ménière nous adresse la note suivante :

« Les faits de ce genre sont heureusement peu fréquents; on n'a pas oublié la série malheureuse qui remonte à plus de quinze ans et fit quelque bruit à cette époque. Il devrait paraître superflu de faire aux praticiens des recommandations au sujet de la propreté des instruments. Mais il faut aussi être bien convaincu que les *désinfectants* ne sont pas suffisants pour assurer d'une façon absolue l'immunité des instruments et en particulier de la sonde. Il faut un procédé plus complet, plus parfait, et ne pouvant jamais faire défaut.

Je vais indiquer celui qui me paraît le plus simple et le plus sûr, et que j'emploie depuis longtemps, sans prétendre du reste en être l'inventeur.

Tout d'abord je ne me sers que de sondes en argent, à l'exclusion de toutes les autres; on comprendra pourquoi. Elles trempent constamment dans une éprouvette pleine d'alcool, et lorsque je dois en employer une, je la retire humectée, et je la fais *flamber* pendant quelques secondes à la flamme d'une lampe à alcool. Le liquide s'allume *intus* et *extra*, et purifie d'une façon absolue le cathéter, qui est ensuite plongé dans l'eau froide. Puis on fait passer dans l'instrument un mandrin en fil de fer ou de laiton qui gratte l'intérieur et enlève ce qui peut rester d'enduit brûlé et desséché.

En employant ce moyen, il est impossible d'avoir un accident, dans le cas où la sonde aurait servi à un sujet contaminé. Rien n'est plus simple que ce rapide *flambage*, qui donne toute sécurité au malade comme au médecin.

Quant aux bougies en gomme, qui servent à la dilatation de la trompe, il faut les tremper dans l'alcool, les essuyer, puis les passer dans la teinture d'iode, pure, qui du reste est le médicament dont on se sert le plus fréquemment et qui donne les meilleurs résultats.

Tout malade en puissance de syphilis doit être traité avec des bougies qui ne servent qu'à lui.

Il m'a paru bon de rappeler ces détails et de donner quelques indications précises, destinées à éviter des accidents, toujours dus à un manque de soin et de propreté.

HYDROLOGIE

Les Eaux de Royat.

Par M. le docteur Descombes.

M. le professeur Vulpian vient récemment de publier un travail fort intéressant sur le salicylate de lithine. Avant lui, Garrod, Charcot, pour ne citer que les noms les plus considérables, avaient fait connaître les effets de la lithine dans la goutte chronique. Goutte chronique, rhumatisme chronique, ont des rapports si étroits qu'on ne peut encore se résoudre à les séparer, sans pouvoir cependant les confondre. Il était donc naturel de rechercher si la lithine, bienfaisante dans la goutte chronique, était auss favorable aux rhumatisants chroniques.

Je ne sais quelle part d'influence il faut attribuer à l'acide salicylique dans le composé de lithine employé par le professeur Vulpian. Je pense, en raison de l'inefficacité de l'acide salicylique seul et du salicylate de soude dans le rhumatisme chronique, que l'acide salicylique dans son association avec la lithine, joue le rôle d'adjuvant ou de synergique, non d'agent fondamental.

J'invoque en faveur de cette interprétation l'action si connue des eaux minérales richement lithinées, dans le traitement de ce que l'on appelait jadis et de ce que l'on nomme encore de nos jours, avec plus d'accord que dans le passé, l'arthritis.

Bien longtemps avant que la lithine fût connue et le lithium isolé, l'expérience avait enseigné aux arthritiques le chemin des sources les plus riches en cet élément. Il est toujours intéressant de constater cet accord de l'empirisme primitif avec les données scientifiques plus rigoureuses de la science contemporaine.

Quant on suit le tableau des eaux minérales lithinées françaises et étrangères, on arrive, par une progression croissante, à Royat qui est le dernier terme, le plus élevé de la série.

Trois des sources de Royat contiennent 35 milligrammes de chlorure de lithium par litre.

A lui seul, cet élément de minéralisation donnerait l'explication de la majorité des effets curatifs de ces eaux. Cependant, pour interpréter leur action, il ne faudrait pas, dans l'appréciation des résultats, écarter les autres principes qu'elles contiennent.

Ces principes fort nombreux jouent, sans doute, ici un rôle comparable à celui que j'ai attribué à l'acide salicylique combiné à la lithine, dans les faits si remarquables annoncés par Vulpian.

Ils sont d'ailleurs eux-mêmes, pour la plupart, ceux que l'expérience a démontré être favorables dans le traitement des affections arthritiques : ce sont les bicarbonates alcalins de soude, de chaux, de magnésie; c'est le phosphate de soude conseillé lui-même, isolément, aux goutteux. En un mot, ce sont des auxiliaires, des synergiques, dont l'association est la plus heureuse, que nous aurions pu choisir intentionnellement, si nous avions eu la connaissance anticipée de leurs propriétés. Le chlorure de sodium y entre aussi pour une part importante. Sa présence et celle de l'acide carbonique libre, que les eaux de Royat contiennent en abondance, font comprendre comment ces eaux sont eupeptiques, comment leur digestion, leur absorption sont rapides et leur assimilation complète.

Toutes ces sources contiennent une petite quantité de fer, et l'une d'elles, la source Saint-Victor, renferme une proportion d'arsenic si importante, — 4 milligrammes 1/2 par litre, — qu'elle en retire des qualités spéciales et donne lieu à des indications particulières. Ces indications, d'ailleurs, se rencontrent si fréquemment dans l'arthritis, dans ses manifestations cutanées et muqueuses, qu'on ne peut s'empêcher d'admirer cette réunion d'agents thérapeutiques qui, dans les eaux de Royat, composent la plus heureuse formule et la gamme la plus variée contre toutes les formes de la diathèse.

Les sources, au nombre de quatre, n'ayant pas une composition uniforme, et chacune d'elles renfermant des principes variés, on comprend qu'elles aient des indications et des effets curatifs multiples; si multiples que, malgré soi, le médecin qui ne les pratique pas, qui en est éloigné, est enclin à un certain scepticisme et porté à taxer d'exagération ou d'enthousiasme les confrères qui ont le privilège d'avoir sous les yeux le spectacle de leur action puissante.

Aussi n'est-il pas hors de propos de remettre, de temps à autre, sous les yeux du public médical quelques-unes des notions précises que possède la science hydrologique. Pour Royat, en particulier, les documents ne font pas défaut; ils sont nombreux, et quand on les étudie, on acquiert la certitude qu'ils sont empreints de l'esprit le plus scientifique et font le plus grand honneur à ceux de nos confrères qui pratiquent dans cette station.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Ligature élastique. — **M. Pozzi** rappelle avoir, le 23 novembre 1883, fait une communication sur la ligature élastique, au sujet de laquelle furent émis des doutes et des réserves. Il se félicite aujourd'hui des résultats fournis par ce procédé.

Kœberlé et plusieurs autres ont accepté avec enthousiasme la ligature élastique et en particulier le ligateur imaginé par M. Pozzi.

En général, toutes les pinces sont bonnes, pourvu qu'elles soient assez solides; mais l'appareil de M. Pozzi permet d'aller plus vite et d'opérer profondément. La pince de M. Segond se démontant est trop compliquée et difficile à nettoyer à fond; l'appareil de M. Pozzi est le seul qui permette de lier sans le secours d'aucun aide; il a été perfectionné dans ce but depuis 1883. Les tubes de 5 millimètres suffisent pour faire deux tours.

Trépanation. — **M. Lucas-Championnière** fait un rapport sur une communication de M. Routier, relative à une trépanation pour une fracture ancienne du crâne.

Voici le résumé de cette observation :

Sans antécédent pathologique personnel ni héréditaire, le sujet de cette observation subit, en 1881, un accident grave de chemin de fer, intéressant le bras, la jambe et la tête. Il raconte avoir perdu connaissance pendant quelques heures, sans avoir eu de paralysie consécutive.

Pendant deux ans, il a gardé un trajet fistuleux au crâne, sans élimination de séquestre, et, huit jours après la fermeture de ce trajet, il fut pris de douleurs revenant par crises. En mai 1885, il eut sa première attaque épileptiforme, qui fut suivie d'une contracture du membre supérieur droit pendant deux heures (la cicatrice occupe la région fronto-pariétale gauche).

Depuis, il se plaint en outre de douleurs continuelles extrêmement vives. Le malade vient dans le service de M. Nicaise.

On trouve dans la région fronto-pariétale gauche une cicatrice déprimée en godet, admettant l'extrémité du petit doigt, et sur laquelle la pression est légèrement douloureuse. Après une observation d'environ un mois, l'opération est faite par M. Routier, le 17 novembre, cinq ans après l'accident.

Après avoir disséqué un peu péniblement la cicatrice et agrandi l'orifice osseux par une couronne de trépan placée en arrière de la cicatrice, l'opérateur constate une notable dépression de la dure-mère qui reprend sa convexité normale après la section du pont osseux séparant la couronne de trépan de la cicatrice. Aucun accident opératoire. Réunion totale le 23 novembre.

Le cinquième jour de l'opération, le malade a eu une attaque, mais depuis, gardé en observation dans le service, il va très bien et n'éprouve plus aucune douleur.

L'observation de M. Routier démontre : 1° l'innocuité de la trépanation; 2° son indication, même dans les cas où il n'y a pas de lésion constatée. Lister a publié un fait semblable, où des douleurs très vives constituaient le seul symptôme; il opéra sur la ligne médiane; il fit une blessure du sinus longitudinal, appliqua un tamponnement au catgut, fit la réunion immédiate par-dessus et obtint une guérison complète, quoique n'ayant pas eu de lésion.

M. Lucas-Championnière a observé le fait suivant : Un enfant de quinze ans se fait une fracture du crâne avec chevauchement de l'occipital sur le pariétal; pendant quatre ou cinq ans, il ne se passa rien de particulier. Il fut engagé à dix-neuf ans et fut, peu de temps après, réformé pour une brusque perte de connaissance. Depuis, il éprouve des douleurs dans la tête et dans les membres. La sensibilité est extrêmement exagérée; tout travail est impossible. Cet homme est ainsi arrivé à l'âge de quarante-trois ans. M. Lucas-Championnière essaye le bromure de potassium qui amène une sédation passagère. Les douleurs étant revenues, il se décide à opérer.

Le 15 octobre 1885, il soumet ce malade au chloroforme et applique un trépan au foyer de la fracture, il traverse un os très épais, applique deux couronnes, fait sauter le pont et agrandit l'ouverture. Il trouve un peu d'adhérence de la dure-mère à l'os seulement, la détache sur la plus grande étendue possible, fait un lavage phéniqué et applique un pansement antiseptique. Le drain est supprimé le quatrième jour; le malade est complètement guéri le 30, c'est-à-dire 15 jours après l'opération. Dès le cinquième jour, il se trouvait très bien, sans aucune douleur.

Cette guérison se maintient depuis cinq mois. Le pronostic ultérieur doit être réservé; mais l'amélioration ne serait-elle que passagère, que ce serait déjà un bon résultat, parce que l'opération et ses suites ont été très simples.

La trépanation, ajoute M. Lucas-Championnière, ouvre un champ considérable à la chirurgie nouvelle; elle peut rendre des services, même sans indication précise de localisation, à plus forte raison dans les cas où celle-ci est bien nette.

M. Verneuil a vu dernièrement un jeune homme de province qui, en 1876, avait eu le frontal broyé. Cette fracture avait laissé une brèche cicatricielle admettant le petit doigt; il n'y eut aucun accident; on s'abstint d'intervenir. Puis, comme il arrive souvent dans les fractures du rocher, les accidents se développèrent beaucoup plus tard. Ce furent d'abord des crises de céphalalgie, des accès d'épilepsie. Récemment survinrent des phénomènes asphyxiques, puis un petit point très douloureux, surtout au moment des accès.

Toute intervention fut refusée par le malade. Une fois par mois on applique des sangsues, on donne de l'aloès, on fait de la révulsion à la nuque. Au point de vue du pronostic, il y a une grosse distinction à faire : les lésions à distance de la contusion rendent les résultats moins bons; les trépanations secondaires donnent de meilleurs résultats.

M. Maurice Perrin, relativement à l'observation de M. Lucas-Championnière, se demande si l'opération a réellement servi à la guérison; il ne le croit pas. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir : un infirmier frappé à la tempe gauche présente des phénomènes de commotion cérébrale dont il guérit; il est employé pendant deux ans au chemin de fer d'Orléans sans rien présenter de particulier; puis les accidents apparaissent; ce sont des crises épileptiformes jusqu'à quatre par jour. M. Perrin conseille la trépanation, le malade refuse; il le soumet au bromure de potassium; quelques mois après, les accidents disparaissent et cet individu reprend son service. Nouveaux accidents; le bromure est de nouveau prescrit : nouveau calme, cette fois définitif, au bout de quinze jours de traitement. Évidemment, s'il l'avait trépané, il aurait cru le guérir.

Un soldat est atteint d'une fracture comminutive du bras et d'une fracture du crâne par un obus; mort apparente, hémorrhagie profuse; M. Perrin pratique, séance tenante, la désarticulation de l'épaule, sans s'occuper du crâne. Le malade revient à lui deux jours après avec une hémiplégie et de l'aphasie. Examinant la fracture du crâne, M. Perrin constate un enfoncement à pic assez

profond; il laisse ce malade tranquille; l'aphasie a disparu progressivement et ce soldat a quitté l'hôpital, bien portant, deux ou trois mois après.

On peut donc se demander si la trépanation est bien nécessaire sans se prononcer d'une façon définitive. M. Perrin conclut qu'il ne faut pas se presser et qu'il faut épuiser auparavant toutes les ressources de la thérapeutique interne.

La trépanation n'est pas une opération très grave, mais elle fait cependant courir quelques dangers.

M. VERNEUIL est d'avis d'essayer les moyens thérapeutiques avant d'opérer, comme du reste l'a fait M. Lucas-Championnière; mais quand la vie est en danger, il faut oser intervenir.

Dans le cas actuel, les accidents tardifs allant en augmentant de fréquence et de gravité, le bromure ayant été essayé en vain, l'opération n'a pas été téméraire.

M. PERRIN dit qu'il ne faut alors trépaner que si les accidents menacent l'existence.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE prétend que les accidents tardifs plaident en faveur de la trépanation préventive à laquelle on reviendra.

Statistique. — **M. TERRIER** fait connaître la statistique des opérations qu'il a pratiquées, en 1885, à l'hôpital Bichat. (Sera publiée.)

Fracture de la rotule. — **M. DESPRÉS** fait présenter par son interne, M. Gravery, un homme qui a été atteint d'une fracture de la rotule complètement consolidée au trente et unième jour par un cal osseux. Cet homme fait une chute sur le genou; il ne se relève pas. On constate une fracture transversale de la rotule avec une crépitation très nette. Le lendemain, énorme épanchement sanguin; compression ouatée; suspension par une bande passée sous le talon. Le troisième jour, appareil silicaté par-dessus l'appareil ouaté resserré; suppression de la suspension. Le malade se lève le neuvième jour sans béquilles. Le trente et unième jour on constate une consolidation osseuse; il y a une petite rainure sans mobilité.

Résection de l'os iliaque. — **M. DELORME** présente un malade auquel il a réséqué 4 centimètres carrés d'os iliaque, y compris la grande échancrure sciatique, pour une carie tuberculeuse.

Contention de certaines hernies ombilicales. — **M. BERGER** avait d'abord fait faire une large ceinture abdominale avec une perforation ombilicale; par-dessus cette ceinture, il faisait appliquer un bandage herniaire dont la pelote correspondait à l'orifice. Mais c'était là un appareil un peu compliqué et coûteux. M. Collin eut alors l'idée de combiner la ceinture ressort de Dolbeau avec la ceinture abdominale en coutil. Depuis deux ans qu'on se sert de ce bandage au Bureau central, il n'y a plus de réclamations.

M. TERRIER, devant la difficulté de maintenir réduites certaines hernies ombilicales, pense que, dans l'avenir, la cure radicale sera indiquée comme pour les autres hernies. En supposant qu'elle ne réussisse pas toujours, on leur substituera une petite hernie contentive.

M. NICAISE, ne pouvant arriver à maintenir une hernie ombilicale qui donnait lieu à des accidents d'étranglement, après avoir échoué avec tous les appareils, même celui de M. Berger, fit la cure radicale de cette hernie; il trouva une masse d'épiploon adhérente qui empêchait la contention. L'opération a très bien réussi.

M. TRÉLAT a maintenu une hernie ombilicale chez une femme maigre, à ventre plat, à l'aide d'une ceinture en cuir moulé avec une pelote. Mais ce moyen n'est pas applicable pour un gros ventre.

M. BERGER fait observer que l'action du ressort de Dolbeau est très favorable. Il n'en est pas moins vrai qu'il est des hernies ombilicales qu'aucun moyen ne peut contenir et qui sont justiciables de la cure radicale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 mars 1886, M. le docteur Navarre, conseiller municipal, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Michelin qui a cessé de faire partie du Conseil municipal.

— Par décret, en date du 15 mars 1886, ont été nommés dans le corps de santé de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Pellerin.
Au grade de médecin-major de première classe. — M. Julia.
Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Héricourt.
Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Troupeau.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 mars 1886, M. le docteur Robinet, conseiller municipal, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, est nommé membre du Conseil de surveillance du Mont-de-Piété de Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 13 mars 1886, M. Raynal, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour l'École préparatoire de l'artillerie et du génie, à Billom.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 mars 1886, un concours s'ouvrira, le 1er octobre 1886, devant l'École de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* — La deuxième épreuve préparatoire a commencé mercredi à cinq heures; les questions suivantes ont été traitées par les candidats dont les noms suivent : 1° mercredi 17 mars, MM. Augagneur et Michaux : Le panaris; 2° jeudi 18 mars, MM. Gangophe et Routier : Des abcès des os.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Hanriot, agrégé, commencera le cours complémentaire de chimie médicale, le lundi 22 mars 1886, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il s'occupera des principaux métaux employés en médecine, et de chimie organique.

M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 22 mars 1886, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera des grandes médications : antiseptique, sthénique, antipyrétique, antiphlogistique, etc.

M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée, le mardi 23 mars 1886, à deux heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Ses leçons seront consacrées à des études expérimentales sur les sécrétions et la circulation.

M. le docteur Humbert, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le mardi 23 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies générales chirurgicales et des maladies chirurgicales des membres.

— *Muséum.* — M. le professeur P.-P. Dehérain commencera le cours de physiologie végétale, le mardi 23 mars 1886, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Il traitera du développement des végétaux, germination, assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales, formation des principes immédiats, respiration, transpiration, maturation. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19250.

N° 35. — MARDI 23 MARS 1886. 59e ANNÉE. MARDI 23 MARS 1886. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Kyste sanguin de l'abdomen.

Je viens de faire une ponction exploratrice chez le malade couché au n° 9 de notre salle des hommes.

Cet individu est un ouvrier lithographe, âgé de vingt-neuf ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé et dont les antécédents se bornent à des accidents syphilitiques survenus à la suite d'un chancre infectant contracté à l'âge de dix-neuf ans.

Il y a un mois ou six semaines seulement qu'il a été pris d'une douleur de ventre assez aiguë, partant de l'hypochondre droit et irradiant en haut vers l'épaule, en bas vers les reins. En même temps ses digestions étaient difficiles, bien qu'il eût conservé son appétit ordinaire; mais il avait des pesanteurs d'estomac et des éructations fréquentes après les repas. Puis, il y a trois semaines, le ventre devint plus gros, laissant apercevoir une certaine saillie au niveau de l'épigastre et un peu à gauche et les douleurs devinrent plus vives. Enfin, il est entré à l'hôpital il y a sept jours dans l'état suivant : bonnes apparences de santé, un peu de maigreur, appétit conservé, langue bonne, digestions un peu difficiles, cœur sain, foie normal, rien de particulier de ce côté, urines normales. En un mot, toutes les fonctions se font bien, sauf celle de la digestion qui est un peu languissante.

L'examen du tronc nous montre l'existence d'une saillie du côté de l'hypochondre gauche dans la région épigastrique, tumeur uniformément arrondie, parfaitement visible, rendant un son mat à la percussion dans une assez grande étendue, c'est-à-dire en bas jusqu'au niveau d'une ligne qui passerait par l'ombilic, en haut jusqu'à cinq ou six travers de doigt au-dessus des fausses côtes. Cette saillie ou tumeur est résistante et d'une résistance très limitée, analogue à celle d'un ballon distendu par de l'air ou par un liquide; elle est très fluctuante, d'une indolence absolue à la percussion et à la palpation. J'ajoute que le malade n'a pas de diarrhée, mais seulement un peu de constipation.

Tout cela ne nous dit pas grand'chose encore pour le diagnostic. De quelle nature est donc cette tumeur? Est-ce une hypertrophie de la rate, une hypersplénie? Non, car une hypersplénie est toujours en rapport avec une affection du foie, affection qui n'existe pas chez cet homme, ou avec un foie plus volumineux qu'ici. S'agirait-il de quelque adénome, cancer ou sarcome de la rate? Pas davantage; la tumeur ici est très lisse, fluctuante et résistante et non pas bosselée et inégale comme elle devrait l'être alors. C'est une tumeur liquide, analogue à quelque kyste, très arrondie, etc.; elle est le siège de battements très marqués, soit qu'ils proviennent du cœur et se transmettent par le refoulement du diaphragme, soit qu'ils proviennent de l'aorte ou même qu'ils soient propres à la tumeur elle-même.

En somme, mon diagnostic serait : tumeur kystique de la rate ou kyste attenant à la rate ; diagnostic encore insuffisant, car il ne dit pas la nature elle-même du kyste. J'avais d'abord pensé à un kyste hydatique malgré leur rareté dans l'organe splénique. On en compte à peine une quarantaine d'observations dans la science. Mais ce kyste est bien délimité; il est indolent, il ne détermine aucune altération dans la santé générale, mais une simple gêne mécanique.

En raison de ces difficultés à pouvoir me prononcer, en présence d'une tumeur nous offrant tous les caractères d'un kyste, je me suis décidé à faire une ponction exploratrice, et vous m'avez vu la pratiquer tout à l'heure, quelques instants avant de descendre à l'amphithéâtre, afin de savoir si notre diagnostic se trouverait ainsi confirmé ou infirmé.

Or, c'est avec une certaine surprise que, au lieu d'un liquide citrin, aqueux, transparent, j'ai vu s'écouler un liquide rouge, brun, ayant les apparences d'un liquide sanguin mélangé de quelque autre chose, et épanché depuis quelque temps déjà. Nous en avons retiré un litre. Ce liquide n'avait pas les qualités du sang artériel, donc il ne s'agissait pas d'un anévrysme. Il était bien constitué en grande partie par du sang et par une sorte de liquide aqueux (dans la proportion de 300 parties de sang et de une partie de sérosité) et renfermant de nombreux globules sanguins. Il ne contenait pas d'urée. Sa réaction était alcaline; sa pesanteur spécifique, en rapport avec celle du sang, était de 1,014. La chaleur détermine la coagulation de l'albumine du sang. Le chlorure de sodium est en quantité plus considérable que dans ce liquide (15 à 20 grammes pour un litre). Les sulfates sont peu abondants.

Cette analyse succincte nous permet de repousser toute idée d'un anévrysme. Elle ne nous permet guère d'admettre

l'existence de quelque sarcome avec kyste sanguin. A la rigueur, cependant, cela serait possible; pourtant je ne le crois pas en raison et de l'état général bon, de la santé conservée et de la rapidité de formation de la tumeur.

En résumé, je crois plus que jamais à l'existence d'un kyste, et d'un kyste hydatique, bien que nous n'ayons pas trouvé de crochets dans le liquide écoulé, mais à cause de l'état aqueux de ce liquide et de la quantité de chlorure de sodium qu'il renferme. Quant au sang, j'expliquerai sa présence par une hémorrhagie survenue en ces derniers temps dans la poche kystique.

Vous savez, en effet, que les kystes hydatiques sont formés d'une tunique fibreuse contenant des vaisseaux et d'une membrane molle qui est l'hydatide. Il serait donc possible qu'une rupture d'un de ces vaisseaux se fût produite à un certain moment, donnant lieu à une hémorrhagie, laquelle a déterminé un accroissement rapide de la tumeur.

Certainement ce n'est qu'une hypothèse; mais celle-ci est quelque peu fondée vu les caractères de la tumeur, bien délimitée, fluctuante, arrondie, sans retentissement aucun sur l'organisme et donnant lieu pour tous symptômes à quelques phénomènes de compression. Son accroissement rapide me porte encore à croire à la production d'une hémorrhagie, laquelle se trouve justifiée par la présence du sang dans le liquide écoulé.

En présence d'un diagnostic forcément réservé, je ne saurais me prononcer sur l'issue de la maladie, je ne saurais émettre aucun diagnostic. Je ne puis qu'espérer de l'avenir quelque phénomène révélateur. En attendant, nous n'avons rien à faire comme traitement, nourrir notre malade, le faire se reposer, appliquer quelques compresses d'eau fraîche sur le point où nous avons ponctionné la tumeur. Donc expectation absolue pour le moment. Ajoutons que, dans les jours qui ont suivi, le liquide ne s'est pas reproduit, que la saillie disparue après la ponction ne s'est pas reformée et que le malade est sorti guéri, du moins en apparence.

HOPITAL BICHAT. — M. Terrier.

Statistique des opérations pratiquées en 1885.

Sur 223 opérations, parmi lesquelles s'en trouvent 100 de très sérieuses, il y a eu 27 décès : 1 cancer de la langue et du plancher de la bouche (mort de pneumonie), 1 cancer du sein, 2 hernies étranglées (l'une de choc, l'autre de péritonite), 5 laparotomies exploratrices (mort par péritonite ou coma), 1 uréthrotomie interne (mort par tuberculose), 7 ovariotomies, 4 hystérectomies abdominales, 1 opération de Battey, 2 hystérectomies vaginales (mort par hémorrhagies), 2 néphrectomies, 1 amputation de cuisse (mort par tuberculose généralisée).

M. Terrier fait suivre cette statistique de réflexions particulières sur l'ovariotomie; il termine par les conclusions suivantes :

1° L'ovariotomie se pratique non seulement sur les femmes de vingt à quarante ans, c'est-à-dire en pleine vie sexuelle, comme nous l'avons déjà fait remarquer en analysant nos deux premières séries de 25 ovariotomies, mais souvent aussi entre quarante et cinquante ans, voire même au delà. Si bien que 77 p. 100 des opérées ont trente à soixante ans, et qu'une proportion notable d'ovariotomisées ont passé la ménopause ;

2° Les kystes ovariques, même doubles, influencent peu la menstruation, sauf, comme je l'ai déjà dit, dans le cas où l'état général est altéré. Les résultats fournis par l'analyse de nos première, deuxième et quatrième séries de 25 ovariotomies ne plaident pas en faveur de la conclusion que j'avais cru devoir formuler à propos de la troisième série, à savoir une diminution de la fécondité chez les femmes porteurs de kystes ovariques. Cette question reste à étudier ;

3° L'évolution des tumeurs et les accidents qu'elles déterminent sont des plus variables. Toutefois une évolution rapide semble donner lieu à des phénomènes locaux et généraux plus accusés ;

4° L'ascite résulte non seulement des tumeurs solides ou des végétations polypiformes des ovaires, mais aussi du cancer concomitant du péritoine et de la dégénérescence de la paroi kystique de certaines tumeurs kystiques. Cette altération de la surface des néoformations kystiques paraît développer une péritonite chronique avec hypersécrétion de la séreuse, une irritation péritonéale, comme on l'a dit ;

5° Les accidents pleurétiques précédant ou suivant l'intervention chirurgicale, ne sont pas exceptionnels et méritent de fixer l'attention des chirurgiens, en ce sens qu'ils ne paraissent pas très explicables, au moins jusqu'ici ;

6° Les troubles de la miction sont assez exceptionnels et ont moins d'importance que ceux de la sécrétion urinaire. La diminution comporte un pronostic réservé, et son altération par la présence de l'albumine, fût-elle en très petite quantité, paraît d'un pronostic très grave.

Notons que nous n'avons pas rencontré de glycosuries sur les 100 opérations que nous avons analysées jusqu'ici ;

7° Les opérations incomplètes, comme nous l'avons déjà dit, donnent toujours des résultats médiocres et sont d'un pronostic sérieux.

Peut-être pourrait-on améliorer ces résultats en pratiquant, comme nous l'avons fait dans deux cas, des ligatures atrophiantes sur les pédicules vasculaires des tumeurs qu'on ne peut enlever ;

8° Quoi qu'on en ait dit, la méthode de Lister nous paraît parfaitement applicable à l'ovariotomie, et les résultats que nous en avons obtenus jusqu'ici plaident absolument en faveur de cette conclusion ;

9° Le volume des tumeurs de cette série a été fort variable, de 17 kilogr. 500 à moins de 1 000 grammes ;

10° Cinq de nos opérées ont succombé. La mort résultait de péritonite suppurée ou non suppurée dans deux cas seulement ; un décès est dû à l'épuisement produit par un cancer généralisé du péritoine, un autre à des hématémèses abondantes de cause inconnue, l'autopsie n'ayant pas été faite ; enfin une opérée est morte très rapidement épuisée par la perte de sang résultant de l'opération ;

11° La coïncidence de kystes ovariques et de lésions malignes soit du péritoine, soit du côlon doit être signalée, en ce sens que, dans quelques cas, il paraît y avoir une relation directe entre les deux affections.

HOPITAL DE ROTHSCHILD. — M. Leven.

La phthisie pulmonaire traitée au moyen de l'huile essentielle de térébenthine.

(Observations recueillies par M. Provost, interne.)

Les enseignements de la clinique nous montrent combien les facultés digestives sont amoindries chez les phthisiques, à tel point que le plus souvent, l'alimentation devenant impossible, on a tenté de véritables opérations pour la rétablir. Si à cette impuissance, créée par la maladie, on ajoute l'introduction dans l'estomac de médicaments qui entravent l'assimilation des aliments, on viole le principe fondamental de tout traitement dirigé contre la maladie que cause la misère physiologique, qui est de respecter les organes digestifs.

Cependant on a indiqué avec raison certains corps qui, grâce à leurs propriétés antiseptiques et reconstituantes, peuvent devenir un moyen puissant de guérison. Ceux qui ont été préconisés avec le plus de raison sont les hydrocarbures, et en première ligne l'huile essentielle de térébenthine. Mais l'usage de ce remède produit, si l'on emprunte pour son introduction les voies digestives ou respiratoires, des troubles fonctionnels, voire des altérations qui forcent à renoncer à son usage.

Pour l'emploi en thérapeutique de ce médicament, M. le docteur E. Bremond fils a institué une méthode pour faire pénétrer l'huile essentielle de térébenthine au travers de l'enveloppe cutanée, sans troubler la nutrition : le malade est placé dans une boîte exactement close, la tête restant au dehors, ce qui assure une respiration normale; pendant quinze minutes il est enveloppé de nuages, incessamment renouvelés, de vapeur d'eau sous pression surchargée d'huile essentielle de térébenthine.

Cette vapeur, en se condensant, dépose sur toute l'étendue de la surface cutanée le médicament et favorise sa pénétration dans le torrent circulatoire. Dès la première miction, on constate sa présence dans l'urine, on le retrouve également dans la sueur et dans les produits de l'expiration pulmonaire, telles sont les trois voies expulsatrices. Il se produit dans l'économie une saturation que l'on n'a jamais obtenue en employant les voies respiratoires ou digestives pour son introduction dans l'organisme. Cinq et six jours après l'interruption du traitement, son action se continue et l'on peut en percevoir l'odeur révélatrice. Les deux observations qui suivent et qui concernent deux phthisies pulmonaires bien constatées, soignées par cette méthode, permettront de juger de l'action thérapeutique.

Observation I. — S. W..., trente-sept ans, typographe, entré à l'hôpital le 20 septembre 1885. Son père et sa mère sont morts de maladie inconnue. Les premiers symptômes éprouvés remontent au mois de février 1885; il sentit à ce moment que ses forces diminuaient; au mois de mars, il fut contraint d'entrer à l'hôpital Necker pour une pleurésie ; il y resta cinq semaines. Depuis cette époque, il fut atteint de toux, sans sécrétion pulmonaire, plus fréquente la nuit que le jour; progressivement les forces diminuaient; enfin, son état s'aggrava au point qu'il devait se reposer plusieurs fois pour regagner son logis, au sortir de son atelier. Enfin, les sueurs nocturnes devinrent abondantes. Il éprouvait une sensation froide sur toute l'enveloppe cutanée, mais principalement à la région thoracique gauche, accompagnée de fréquentes douleurs de pleurodynie.

A son entrée à l'hôpital, il présentait l'aspect d'un homme profondément débilité et amaigri. Son appétit, du reste, était nul; ses nuits étaient troublées par des sueurs nocturnes et des quintes continuelles. La percussion indiquait de la matité aux deux sommets. A l'auscultation, la respiration était bruyante au sommet droit; on entendait au sommet gauche un souffle sec, caverneux. Les crachats, examinés suivant les règles de la technique, contenaient des quantités considérables de bacilles pulmonaires; la plupart étaient réunis en faisceaux. Son poids était de 49 kilogrammes.

Le traitement par l'huile essentielle de térébenthine fut commencé le 22 septembre 1885; le 5 octobre, après douze séances, on pouvait déjà constater une notable amélioration : d'abord, i avait gagné 2 kilogrammes et pesait 51 kilogrammes au lieu de 49. Déjà le malade accuse une grande sensation de bien-être ; les sueurs nocturnes sont bien moindres, l'appétit s'est réveillé, les crachats mesurés à l'éprouvette graduée montrent une diminution de quantité de moitié.

A l'auscultation, le souffle caverneux du côté gauche a diminué d'intensité; on n'entend que dans un point très limité des râles crépitants. Durant le mois d'octobre, chaque pesée hebdomadaire indique une augmentation de poids : successivement, il passe de 51 kilogrammes à 51 kilogrammes 300 grammes, puis 52 kilogrammes et, à la fin du mois d'octobre, 53 kilogrammes. Cependant, le malade paraissant éprouver après trente-cinq séances un peu de fatigue, on suspend le traitement pour le reprendre le 17 novembre. Dès l'interruption au 1er novembre, le poids, qui était de 53 kilogrammes, descend le 9 novembre à 52 kilogrammes 500 grammes. C'est à ce chiffre qu'il se trouvait le 15 novembre, avant-veille de la reprise du traitement. Ce jour-là, le malade accusait un sentiment de faiblesse; on reprend le traitement les 17, 18, 19, 20 novembre, et le poids s'élève immédiatement à 54 kilogrammes; après quatre séances, augmentation de 1 kilogramme et demi. A partir de ce jour et en suivant un traitement alterné d'un jour sur l'autre, il présentait une progression constante et régulière dans ses pesées; au 1er décembre, il pesait 54 kilogrammes 500 grammes; puis, après des variations peu importantes, la bascule accusait le 28 décembre 55 kilogrammes, soit une augmentation totale de 6 kilogrammes sur le poids initial.

Le malade sortait le 2 janvier; depuis la fin de novembre, les examens successifs des crachats montraient une diminution progressive des bacilles, et aux derniers temps de son séjour à l'hôpital, il fallait des recherches très longues et minutieuses pour retrouver dans une préparation microscopique deux ou trois bacilles.

Au point de vue physique, on peut constater une modification des plus notables, qui confirme l'augmentation de poids enregistrée : les crachats sont devenus rares, l'appétit a conservé son activité, qui s'était réveillée pendant le traitement; plus de sueurs nocturnes, plus d'insomnie; les douleurs thoraciques ont disparu; enfin, la percussion révèle une nouvelle perméabilité des sommets, et le souffle caverneux a notablement diminué.

Ces lignes étaient écrites, lorsque S. W... est revenu à l'hôpital, sans doute amoindri dans son état général, si on le compare à ce qu'il était au moment de sa sortie de l'hôpital, mais il a conservé cependant 53 kilogrammes après un mois de misère sans doute, et l'examen de ses bacilles, pratiqué le lendemain de son retour, montre que sur ce point il n'a rien perdu de l'amélioration due au traitement antérieur. Il n'a pas repris le traitement térébenthiné; on s'est borné à lui administrer simplement des douches d'eau chaude; il a repris le poids de 54 kilogrammes après un mois de son second séjour, le souffle caverneux a disparu et trois examens successifs n'ont pu révéler l'existence d'un seul bacille.

Obs. II. — A. S..., trente-trois ans, sellier, entré à l'hôpital de Rothschild le 8 novembre 1885. Son père est mort de phthisie laryngée; lui-même a toujours eu une grande facilité à s'enrhumer et au mois d'avril est venu passer douze jours à l'hôpital de Rothschild pour une bronchite; plus tard, au mois de juillet 1885, sous l'influence d'un refroidissement, la toux qui avait disparu reparaît et devient alors permanente; il constate en même temps que ses forces diminuent et, en septembre 1885, il en arrive au point d'être obligé de suspendre tout travail. A ce moment, son appétit avait complètement disparu; le sommeil avait fui et il éprouvait assez fréquemment de véritables accès de dyspnée; enfin, sans que ce fait ait pu être vérifié, car il ne s'est pas renouvelé et il pourrait être dû à une hémorrhagie nasale, plusieurs fois il a constaté dans ses crachats des stries sanguinolentes. Le jour de son entrée, 8 novembre, son poids est de 51 kilogrammes.

L'auscultation donne, le 17 novembre, les résultats suivants : obscurité du son en arrière et en avant, ce signe est même plus apparent à droite qu'à gauche; du même côté, la respiration est

rude en arrière; à gauche, on entend des craquements, au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate et dans toute la partie antérieure du poumon de ce côté. Ses crachats contiennent une quantité assez considérable de bacilles que ne faisaient pas prévoir les phénomènes révélés par l'auscultation. Il ne pouvait plus se reposer sur le côté gauche sans éprouver des douleurs qui le réveillaient; il pèse à ce moment 50 kilogrammes, ayant perdu 1 kilogramme depuis son entrée à l'hôpital. Pendant quatre jours jusqu'au 20 novembre, les séances sont quotidiennes, puis on alterne tous les deux jours. Les poids oscillent, mais toujours au-dessus du poids du début; le 22 novembre, après cinq séances, il a regagné le kilogramme perdu depuis son entrée à l'hôpital. Poids : 51 kilogrammes; huit jours après, le 1er décembre, il descend à 50 kilogrammes 500 grammes; puis, le 13 décembre, il accuse 51 kilogrammes 500 grammes; il se plaint le 15 décembre de lassitude, et on interrompt le traitement. Malgré cela, il atteint, après toutefois avoir fléchi le 20 décembre à 51 kilogrammes, le poids de 52 kilogrammes 500 grammes, bien que les séances fussent suspendues depuis le 15 décembre; le 2 janvier, il avait atteint 53 kilogrammes, en augmentation de 3 kilogrammes sur le poids du début. A ce moment, il n'y a plus que du frottement à la surface du poumon; la toux a notablement diminué; la quantité des crachats est bien moindre; le sommeil est redevenu régulier; pas d'exaspération vespérine. On n'a pas repris le traitement; son effet cesse de se faire sentir, et le 31 janvier 1886 il retombe à 51 kilogrammes. On reprend son traitement; chez lui aussi les bacilles tendent à devenir très rares.

Ces malades ont été soumis, sans supplément, au régime alimentaire de l'hôpital, qui comporte l'abstinence du vin; ils mangeaient de la viande deux fois par jour, sauf les indications quotidiennes qui ont amené parfois une diminution dans la quantité des aliments. Il est inutile d'ajouter qu'ils n'ont reçu ni poudre de viande ni aucun des médicaments employés d'ordinaire contre la phthisie pulmonaire.

Bien que la diminution de la capacité pulmonaire amène toujours chez le phthisique des insuffisances nutritives, nous constatons d'abord que le malade qui fait l'objet de l'observation première, après cent trois jours de traitement, pendant lesquels il a été soumis à cinquante-quatre séances, a accusé à la pesée un poids de 55 kilogrammes, en augmentation de 6 kilogrammes sur le poids du début; dès les premiers jours d'octobre, outre une augmentation de poids de 2 kilogrammes, on constatait la disparition du souffle caverneux, la localisation des crépitements; pendant la nuit, il était délivré des sueurs abondantes, indice d'une exacerbation de température; l'appétit réapparaissait, les crachats diminuaient en quantité, et dans leur composition surtout au point de vue bacillaire.

Au fur et à mesure que le traitement se poursuit, le poids s'élève pour ainsi dire sans perte, si ce n'est aux premiers jours de novembre, au moment où l'on interrompt, pour des raisons d'ordre général, le service des appareils. Le poids, qui était le 29 octobre à 53 kilogrammes, tombe le 9 novembre, huit jours après l'interruption du traitement, à 52 kilogrammes 500 grammes; on reprend les séances le 17 novembre, et la pesée du 22 novembre nous redonne immédiatement 54 kilogrammes, en augmentation de 5 kilogrammes sur le poids initial; à partir de ce moment, l'amélioration de la constitution ne fait que s'augmenter; en décembre, le malade acquiert successivement 500 grammes, ensuite 1 kilogramme et quitte l'hôpital avec un accroissement de 6 kilogrammes.

Les phénomènes stéthoscopiques ont suivi la même progression. La sécrétion bronchique s'est arrêtée, l'appétit est régulier, le sommeil bon; le souffle caverneux a disparu. Il faut un examen long et méticuleux pour rencontrer dans ses crachats de très rares bacilles isolés.

L'observation du second malade nous présente d'autres renseignements plus précis sur l'effet produit par l'introduction de l'huile essentielle de térébenthine dans l'organisme au travers de l'enveloppe cutanée. Au moment de son entrée, il pesait 51 kilogrammes, et neuf jours après il avait perdu 1 kilogramme et pesait seulement 50 kilogrammes; le 1er décembre, il avait gagné 500 grammes, puis il s'était élevé successivement, avec des oscillations qui n'ont jamais dépassé 51 kilogrammes, premier poids gagné, au chiffre de 52 kilogrammes 500 grammes le 28 décembre et 53 kilogrammes le 2 janvier, c'est-à-dire un accroissement total de 3 kilogrammes, bien que le traitement fût suspendu depuis le 15 décembre.

Nous tenons à nous arrêter sur cette augmentation fort appréciable de poids. Il a fallu plus de dix-sept jours pour épuiser les moyens curatifs emmagasinés par le malade. Jamais, si on avait employé l'huile essentielle de térébenthine par le tube digestif, on n'aurait obtenu une semblable saturation de l'organisme. C'est cette accumulation, effectuée sans péril, qui donne le moyen de combattre un mal que la misère physiologique accompagne toujours.

Sous l'influence de l'interruption, A. S... est revenu le 11 janvier à 51 kilogrammes. On s'empresse de reprendre le traitement, et après sept séances il récupère le chiffre de 52 kilogrammes 500 grammes.

Il est bien entendu que les interruptions de traitement qui nous fournissent ces démonstrations n'ont pas été inspirées par le désir d'expérimentation; elles ont été causées surtout par des indications thérapeutiques. Il semblait parfois que les malades subissaient une sorte de saturation, si bien qu'on est arrivé à alterner désormais des séances qui étaient au début quotidiennes. Les points que nous avons voulu établir à l'aide de ces deux observations, choisies au milieu de plusieurs autres, c'est, outre la tolérance absolue de ce traitement, son efficacité réelle au point de vue reconstitutif, démontrée par les pesées, les modifications de l'état pulmonaire, et la diminution très appréciable de l'élément bacillaire.

Enfin, comme il a été démontré dans des publications antérieures que les effets thérapeutiques de l'huile essentielle de térébenthine étaient caractérisés par des oxydations plus parfaites, on pourrait, après les travaux de M. le professeur A. Gautier sur les alcaloïdes physiologiques, attribuer les phénomènes exposés ci-dessus à la destruction de la matière toxique par un oxydateur plus puissant que l'oxygène, l'ozone, engendré dans le sang par l'essence de térébenthine, qui détruit les ptomaïnes et les leucomaïnes. Nous tenons, sans juger ce point de doctrine, à nous borner aux constatations cliniques qui précèdent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mars 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Uréthane. — M. **Quinquaud** fait une communication sur l'action physiologique de l'uréthane. Cette substance a des propriétés hypnotiques remarquables; mais elle est toxique à doses peu élevées. A un premier degré d'intoxication, on observe la paralysie des membres inférieurs, puis, à un degré plus avancé, une paralysie généralisée. Ces résultats sont les mêmes, qu'on se serve des injections sous-cutanées ou des injections intra-veineuses.

Chaleur produite par les muscles. — M. **d'Arsonval** appelle l'attention sur certains phénomènes thermo-électriques de la contraction musculaire. Si on fait passer par un muscle un cou-

rant galvanique assez faible pour ne pas exciter sa contraction, ce muscle produit néanmoins de la chaleur, comme celui qui se contracte sous l'influence du courant.

M. BROWN-SÉQUARD dit que ces faits intéressants sont en rapport avec d'autres qu'il a déjà signalés. Il y a, dans ce cas, non pas contraction du muscle, mais une demi-contracture, une tonicité qui est un phénomène actif. Les muscles mis dans cet état par une faible galvanisation répondent ensuite beaucoup moins bien à l'excitation des nerfs. Inversement, si l'on galvanise un muscle avec un courant plus fort qu'il ne faut pour le mettre en contraction, ce muscle se ramollit, entre en résolution, et un courant très faible appliqué sur le nerf suffit alors pour le faire entrer en contraction. On constate des phénomènes analogues après la mort : si pendant l'état de rigidité musculaire qui survient environ dix minutes après la mort par arrêt des échanges, on galvanise les nerfs avec un courant fort, on diminue l'irritabilité musculaire; si, au contraire, on emploie un courant faible, la rigidité augmente.

M. D'ARSONVAL ne croit pas que cet état de demi-contracture soit la seule cause de cette production de chaleur; il faut admettre des échanges chimiques.

M. BROWN-SÉQUARD fait observer que ces échanges chimiques accompagnent tout phénomène de contraction musculaire.

Expérience tendant à détruire la doctrine des localisations cérébrales. — M. DUPUY présente le chien auquel il a enlevé, il y a quelque temps, les centres moteurs des deux côtés; ce chien a eu de l'hyperesthésie générale et une altération de la vue. Aujourd'hui il semble revenu à son état normal; il possède tous ses sens; il mange, boit; il marche comme un paralytique général, et jouit en somme d'une parfaite spontanéité; selon M. Dupuy, cette expérience tuerait la doctrine des localisations cérébrales.

M. BROWN-SÉQUARD demande la nomination d'une commission chargée d'examiner ce chien et d'assister à son autopsie. Cette commission est composée de MM. Franck, Brown-Séquard, Duval, Chatin et Féré.

Magnétisme et développement des microbes. — M. DUBOIS a recherché quelle pouvait être l'influence du magnétisme sur le développement des taches de microbes. En plaçant deux aimants puissants dans une situation donnée et autour d'eux des capsules de cultures, il a constaté que ces taches se développaient du nord-est au sud-ouest. La tache développée dans la capsule située au centre, exactement entre les deux aimants, est restée arrondie dans l'axe de la résultante des deux forces représentées par les deux lignes se croisant du nord-est au sud-ouest et du sud-ouest au nord-est. Sans vouloir en tirer des conclusions pour la marche des mondes en général, M. Dubois fait remarquer que, dans notre hémisphère au moins, les masses humaines se développent du nord-est au sud-ouest.

M. DUCLAUX fait observer à M. Dubois qu'il faut qu'il se mette d'abord à l'abri de toute objection, en séparant de l'action du magnétisme celle de la température et de la lumière.

M. D'ARSONVAL a étudié depuis longtemps l'action du magnétisme sur les phénomènes biologiques. Il n'est pas surpris des résultats obtenus par M. Dubois. Un savant italien avait remarqué déjà que, sous son influence, il y avait un œuf perdu sur trente œufs de poules, et que les poussins qui naissaient étaient faibles, maladifs, et mouraient vite.

La séance est levée.

Séance du 20 mars 1886. — Présidence de M. GRÉHANT.

COMMUNICATION

Une paralysie non décrite. — M. BROWN-SÉQUARD attire l'attention de la Société sur un genre de paralysie qui n'a pas, à la connaissance de l'auteur, encore été décrit. Il s'agit en fait de l'inhabileté complète à produire un effort un peu considérable, de quelque nature que ce soit, sans paralysie.

M. Brown-Séquard rapporte très sommairement l'histoire de trois malades, l'un âgé de trente-sept ans, l'autre de quarante-huit, le dernier de cinquante-quatre.

L'un de ces malades, par exemple, était pris de paralysie des membres inférieurs, dès qu'il marchait pendant plus de quatre ou cinq minutes.

Un autre fut atteint d'une paralysie qui dura pendant des mois, et cela à la suite d'un effort très peu considérable. Il ne s'agit pas là, dit M. Brown-Séquard, de paraplégie par anémie médullaire. Dans la prochaine séance, je dirai l'histoire détaillée du dernier malade observé, laquelle est du plus haut intérêt.

Moelle du poisson-lime. — M. VIGNAL fait passer sous les yeux de la Société une moelle d'*Ostagiriscus mola* (vulgairement poisson-lime), pour combattre une opinion émise par Gigenbaud, à savoir que cette moelle était composée d'une série de ganglions.

Anesthésie prolongée. — M. LAFFONT pense que si la température s'abaisse considérablement dans la chloroformisation prolongée, comme par exemple dans les ovariotomies, cela tient à la diminution considérable, sinon à la disparition du sucre dans le sang.

M. Laffont revient sur une expérience de M. François Franck, laquelle montre que l'anesthésie prolongée supprime les réflexes du cœur et les actions d'arrêt.

Sur un chien profondément anesthésié, M. Laffont, par excitation faible du nerf vague, a produit l'arrêt du cœur et de la respiration. Il s'est servi de courants extrêmement faibles, tout juste sensibles à la langue. Au bout de quatre ou cinq secondes, la respiration reprit.

Par galvanisation du vague droit, il a obtenu un arrêt prolongé du cœur, arrêt qui a duré trois, quatre et même cinq minutes. Dans une de ses expériences, il croyait si bien l'animal mort qu'il avait déjà commencé à ranger ses instruments. Chaque fois d'ailleurs que l'animal ne devait pas mourir, la pupille était punctiforme.

Dans ces cas d'arrêt du cœur par galvanisation très faible du pneumogastrique, l'animal est en somme inhibé en totalité e à la suite il se comporte absolument comme un animal à sang froid. Peut-être y a-t-il là une explication du phénomène d'hibernation.

M. BROWN-SÉQUARD a fait autrefois des expériences du même genre, mais ses animaux n'étaient pas chloroformés et il fallait employer un courant galvanique très intense. Quant à l'hibernation, il doit y avoir autre chose et M. Brown-Séquard fait allusion aux histoires des fakirs qui restent pendant des mois dans un cercueil, histoires que M. Brown-Séquard admet comme parfaitement exactes.

Diagnostic du chancre mou et du chancre induré. — M. BALZER indique un moyen très simple de diagnostic différentiel du chancre mou d'avec le chancre induré et l'herpès. Il suffit d'examiner le produit de sécrétion de l'ulcération.

En effet, dans le chancre mou seulement, il y a des lésions dermiques.

De telle sorte que, alors que dans le liquide pris dans le cas d'herpès ou de chancre induré on ne trouve au microscope que des cellules épithéliales et des globules de pus, on trouve de plus dans le chancre mou des fibres élastiques. Rien de plus simple que de mettre ces fibres en évidence en traitant la préparation par la potasse à 1 p. 40 ou encore mieux par la potasse et coloration par l'éosine. Les fibres élastiques présentent alors une magnifique coloration rose. Rien de plus simple que de faire séance tenante cette petite préparation. Ce *modus faciendi* a permis à M. Balzer de faire le diagnostic dans des cas où il eût été impossible de se prononcer autrement.

Influence des aimants sur les cultures microbiennes. — M. R. DUBOIS, revenant sur la communication qu'il a faite dans la séance précédente de l'action des aimants sur les cultures microbiennes, dit que de nouvelles expériences lui ont fait voir qu'il

fallait tenir grand compte de la température, ainsi que M. Duclaux le lui avait fait observer. De nouvelles recherches sont donc nécessaires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 mars 1886, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Rouanet, Canquil, Guimbol et Dérobert.

— Par décret en date du 20 mars 1886, M. Roussel, médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— Le concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements) a continué vendredi et samedi ; les candidats appelés à subir la deuxième épreuve préparatoire sont : MM. les docteurs Vautrin et Truc; Jalaguier et Picqué. Les questions tirées au sort ont été : 1° Plaies de la paume de la main; 2° Tuberculose de l'appareil génital chez l'homme.

— Le concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 9 août 1886, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 6 septembre; — à Nancy, le 13 septembre; — à Lyon, le 16 septembre; — à Montpellier, le 20 septembre; — à Bordeaux, le 23 septembre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le jeudi 1er avril 1886. Il sera clos le samedi 17 avril, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 avril.

2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16 et samedi 17 avril.

MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du lundi 12 avril 1886.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre de 1885-1886. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et aux externes qui négligeraient de les remplir.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, décédé subitement samedi dernier, à l'âge de soixante ans ; et de M. Hubert Bordet, chef des bureaux de l'Académie de médecine, décédé le 18 mars, à l'âge de soixante-douze ans.

— Une exposition d'hygiène urbaine, organisée par les soins de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, aura lieu à partir du 1er mai prochain à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel de Ville.

Cette exposition, d'un caractère exclusivement scientifique et technique, comprendra tous les plans et modèles de constructions, ainsi que les appareils destinés à assurer la salubrité du sol, du sous-sol, des habitations privées, des maisons à bon marché et des édifices publics, tels que : écoles, hôpitaux et hospices, théâtres, salles de réunion, asiles de nuit, etc. Les emplacements seront gratuits.

Elle est placée sous le patronage du Conseil municipal et des savants, appartenant à l'Institut, à l'Académie, à la Faculté de médecine, au Comité consultatif d'hygiène publique de France, au Conseil de salubrité de la Seine, à la Commission des logements insalubres, au Parlement et à l'Administration.

Pour les demandes d'admission et tous renseignements, s'adresser à M. le président de la Société de médecine publique, caserne Lobau, Paris, annexe est de l'Hôtel de Ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, le mercredi 24 mars 1886, à neuf heure du matin dans le petit amphithéâtre et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Seront admises : 1° les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1885 ; 2° les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1886, l'examen d'admission à la clinique.

Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignés, le mardi 23 mars, de trois à quatre heures de l'après-midi, au secrétariat de la Faculté.

M. le professeur Baillon commencera son cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 24 mars 1886, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des plantes employées en médecine.

M. le professeur Tarnier commencera son cours d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants, le mercredi 24 mars 1886, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Les questions traitées cette année seront : l'accouchement prématuré artificiel, l'opération césarienne et la pathologie de la grossesse.

M. le docteur Joffroy, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le mercredi 24 mars 1886, à cinq heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des maladies générales, pyrexies, intoxications.

M. le professeur Brouardel commencera son cours de médecine légale le vendredi 26 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Il s'occupera de déontologie médicale, des asphyxies de cause mécanique, pendaison, strangulation, suffocation, submersion, infanticide.

M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie générale, le samedi 27 mars 1886, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Il traitera des généralités sur la pharmacologie et fera une étude spéciale des médicaments considérés au point de vue de la chimie et de l'art de formuler.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19259.

97

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

« Un grand nombre d'accidents « morbides dont la cause paraît « ignorée sont dus à un état de « constipation habituelle.

. . . .

« Loin de modifier heureuse- « ment la constipation, les pur- « gatifs l'augmentent et la ren- « dent presque invincible.

« Professeur TROUSSEAU. »

Les expériences nombreuses faites depuis 1872 dans les hôpitaux ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation habituelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépatique.

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous les matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées sans aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. — En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents dont elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.

Prix : 3 fr. la boîte dans toutes les pharm.

52

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (*1/2 milligr. de Phosphore actif*).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le plus grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, quoique au même titre d'excitant général de la nutrition. — Dans les névralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scrofule, c'est-à-dire dans un très grand nombre de manifestations.

Un, puis deux granules aux deux principaux repas.

Prix : 3 fr. le flacon dans toutes les pharmacies.

10

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu de Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle.	(nº 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle. . . .	(nº 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(nº 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supérr.	(nº 4)	pr adultes :	15c 1/2

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

109

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

69

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

74

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr **Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

39

PRODUITS OLOQUINIQUES

OLOQUINA PATON

Cette préparation, déjà ancienne, est conseillée par beaucoup de médecins dans tous les cas où le quinquina est indiqué. Elle se recommande par son dosage toujours identique et par le choix rigoureux des écorces de quinquina qui entrent dans sa préparation.

La petite cuiller qui accompagne chaque flacon représente la quantité nécessaire pour un verre à bordeaux de vin de quinquina.

Prix du flacon : **1 fr. 50.**

ÉLIXIR OLOQUINIQUE DUGUET

A la fibrine musculaire et au JUS de VIANDE DE BŒUF

Chaque verre renferme : Extrait de quinquina, 10 centigrammes.

Fibrine musculaire dissoute et jus de viande retiré par expression de : Viande de bœuf, 75 gr.

D'un goût très agréable, d'une conservation indéfinie, il est tout à fait inutile de détailler les cas, les maladies, etc., dans lesquels son emploi peut être prescrit. La nature de la préparation l'indique suffisamment par elle-même. D'ailleurs, en pareille circonstance, le médecin est seul juge.

Prix du flacon : **3 fr. 50.**

NOTA. — MM. les médecins qui désireraient expérimenter ces produits sont priés de s'adresser à M. DUGUET, qui se fera un devoir de leur être toujours agréable. Deux échantillons de chaque produit seront mis immédiatement à leur disposition.

LABORATOIRE A LONGJUMEAU (S.-et-O.).

Vente en gros : DUGUET, pharmacien de 1re classe, 12, rue de Sévigné, Paris.

Détail dans toutes les pharmacies.

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du professr BOUCHARDAT.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

46

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

49

La Direction de la Source amère purgative *de*

FRANÇOIS-JOSEPH

A BUDAPEST

*a l'honneur de soumettre à MM. les Médecins l'*ANALYSE COMPARATIVE CI-DESSOUS, *en les priant de prescrire comme essai, s'ils ne l'ont déjà fait, cette eau, qui se trouve chez les Pharmaciens et Marchands d'Eaux minérales, sous le nom de* FRANÇOIS-JOSEPH.

Par litre.	Sulf. de magnésie.	Sulf. de soude.
FRANÇOIS-JOSEPH . . .	21gr,60	20gr,70
HUNYADI-JANOS	16gr,01	15gr,91

Paris, 16 mai 1878. Eug. BOUTMY.

9

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

120

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

N° 36. — JEUDI 25 MARS 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 25 MARS 1886. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie ayant eu à se constituer de bonne heure en comité secret pour entendre des rapports de candidature, il a été sursis à la suite de la discussion sur les leucomaïnes et les microbes.

Ce n'a pas été toutefois en pure perte pour la science. Peut-être même y avons-nous gagné.

En effet, au lieu d'une argumentation plus ou moins habilement parée, nous avons eu une exposition de faits nouveaux, afférents au sujet même du débat.

M. Gautier est monté à la tribune pour exposer d'une manière aussi claire que concise la découverte toute récente de deux nouveaux alcaloïdes, l'un trouvé dans le pancréas et dans la rate, par un attaché à l'Institut physiologique de Berlin, l'autre trouvé dans la rate seulement, par un de ses anciens élèves, aujourd'hui chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Lille.

Ces deux découvertes simultanées, en confirmant les théories qui ont guidé M. Gautier dans ses recherches sur la production des leucomaïnes par les animaux, lui donnent la confiance qu'en poursuivant l'exploration de ce nouveau champ d'étude, on parviendra à éclairer la grande question du rôle pathogénique de ces nouveaux principes dans l'économie.

Une communication verbale faite au commencement de la séance par M. Roussel, relativement à la question de l'alcool, récemment soulevée devant le Parlement, et qui a déjà fait, à l'un des points de vue qui occupent en ce moment les économistes et les politiciens, plusieurs apparitions devant l'Académie, va mettre de nouveau la savante compagnie en mesure de dire son sentiment sur ce que la santé publique pourrait avoir à perdre ou à gagner à l'adoption ou au rejet des propositions qui sont à l'étude dans les deux Chambres. Voilà un nouveau sujet de discussion en perspective.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Pleurésie purulente, ponction ou empyème.

Nous avons eu dans nos salles pendant trois mois un malade atteint de pleurésie purulente.

Cet homme, arrivé à l'hôpital au mois de juillet dernier, était entré au troisième jour seulement de sa maladie, avec des apparences typhiques assez prononcées pour qu'au premier aspect on pût songer à la fièvre typhoïde. Mais dès que l'on examinait le malade, on reconnaissait bien vite qu'il n'en était rien.

En effet, cet homme se plaignait d'une douleur extrêmement aiguë dans la partie inférieure et un peu antérieure du côté gauche de la poitrine, douleur qui s'exaspérait encore par la pression, plus que d'habitude en pareil cas. De plus, au niveau de ce point douloureux, nous constations l'existence d'un œdème des parois thoraciques très accentué, qui semblait indiquer tout d'abord la présence du pus dans la cavité pleurale.

Quant aux signes fournis par la percussion et l'auscultation, c'étaient : une matité s'étendant depuis la base de la poitrine jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, un souffle caractéristique, de l'égophonie et de la pectoriloquie *aphone*.

Voilà pour le jour de l'arrivée du malade à l'hôpital. Les jours suivants, le niveau de l'épanchement montait assez rapidement et les signes que nous venons d'énumérer s'observaient jusqu'à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. Enfin le 27 juillet au matin l'épanchement s'élevait jusqu'à l'épine de l'omoplate, point où le souffle était le plus distinct.

Quant aux renseignements fournis par la mensuration du thorax, celle-ci nous donnait, le premier jour, 0m,415 pour le côté gauche et 0m,425 pour le côté droit; c'est-à-dire une diminution du côté malade relativement au côté sain.

Dans ces conditions avions-nous affaire à un de ces épanchements pleuraux pour lesquels l'empyème est de toute nécessité? Si quelques-uns des signes fournis par l'examen militaient en faveur de cette opération, il en était d'autres qui, sans être absolument opposés à ce mode d'intervention, nous laissaient quelques doutes sur son utilité. De ces derniers était, par exemple, la pectoriloquie *aphone*, car la loi émise à ce sujet dit que, lorsque cette pectoriloquie aphone est bien nette, on a de grandes chances de se trouver en face d'un liquide non purulent. Mais si, d'autre part, un œdème aussi bien circonscrit que celui que nous consta-

tions chez notre malade, répond généralement à un épanchement purulent, cependant il peut survenir aussi à la suite d'applications répétées de vésicatoires, ou bien lorsque, à la suite de la ponction de la plèvre, un peu du liquide pleural s'est épanché dans les parois thoraciques. Ici ce n'était pas le cas, car nulle vésication, nulle ponction, n'avaient été faites.

Mais la loi que nous venons de rappeler souffre, comme toute loi, des exceptions. Malgré la hauteur à laquelle l'épanchement s'élevait, la quantité de liquide épanché était minime, ainsi que le démontraient et la persistance de la sonorité dans l'espace semi-lunaire et la non-augmentation des dimensions du thorax du côté malade, enfin la nature du souffle qui n'était pas exclusivement un souffle pleural, mais un souffle mélangé de souffle tubaire s'entendant jusque vers le tiers inférieur de la poitrine. Nous savons, en effet, que dans ces cas-là et surtout si les vibrations thoraciques ne sont pas complètement éteintes, l'épanchement n'est généralement pas considérable, mais qu'à cet épanchement se joint une congestion pulmonaire assez forte.

Néanmoins, chez notre malade, la persistance des accidents étant un indice de suppuration pleurale, nous avons fait une première ponction. La quantité de pus qui s'est écoulée a été minime, 30 grammes seulement. C'était bien peu, mais cela justifiait l'œdème des parois, et la pectoriloquie aphone pouvait s'expliquer par la congestion des poumons. En résumé nous étions en face d'une fluxion pulmonaire et d'un épanchement pleural purulent en nappe.

Fallait-il pratiquer l'empyème? J'étais quelque peu tenté de le faire, mais le pus était de bonne nature, sans aucune odeur. Or la règle est, si le pus est altéré, d'opérer immédiatement sans différer; tandis que si le pus est de bonne nature, s'il n'est pas putride, dans certains cas il convient encore d'intervenir, tandis que dans d'autres on peut différer sans danger pour le malade. Nous allons d'ailleurs reprendre la question dans un instant.

Ici nous nous en tînmes à la ponction et à des applications de vésicatoires. Cependant bientôt la matité augmenta de nouveau, elle s'étendit jusqu'à la clavicule semblant indiquer que l'épanchement purulent avait augmenté; de plus le côté gauche de la poitrine s'étant dilaté, nous fîmes une seconde ponction. Elle donna issue à 150 grammes d'un pus toujours de bonne nature et sans la moindre putridité.

A partir de ce moment, les dimensions du côté malade de la poitrine qui avaient présenté des oscillations, tantôt l'emportant sur le côté sain, tantôt étant plus petit, diminuèrent franchement et tombèrent à $0^m,40$; le côté opposé mesurait $0^m,41$. Enfin la respiration devint plus ample, la cage thoracique à droite reprit ses dimensions normales, tandis qu'à gauche elle resta rétractée par suite des adhérences pleurales; l'état local s'améliora progressivement et notre homme sortit guéri le 23 du mois dernier, respirant à l'aise et ne ressentant plus aucun malaise. Il conservait seulement un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire, mais sans le moindre souffle.

En résumé, comme nous le voyons une fois de plus, toute pleurésie purulente ne nécessite pas fatalement l'empyème. La règle générale est de procéder à cette opération quand l'épanchement purulent est un peu considérable, et surtout si le liquide épanché est putride. Ici le cas de notre malade est un peu exceptionnel, la non-putridité est plus rare chez les adultes que chez les enfants; aussi pratique-t-on bien plus la ponction que l'empyème chez ces derniers. Je dis que notre malade est un peu une exception, car dans le plus grand nombre des cas la maladie persiste et l'empyème devient nécessaire.

Quoi qu'il en soit, les épanchements purulents peuvent se diviser en :

1° Épanchements purulents d'emblée, débutant par une douleur très aiguë, une fièvre très vive et une gêne très grande de la respiration. En pareil cas, il convient de ne pas se presser à pratiquer l'empyème, mais de faire la ponction de la poitrine;

2° En pleurésie purulente consécutive; ici il ne faut plus compter sur des ponctions successives, car souvent l'un des trajets du trocart reste fistuleux, et l'on est forcé d'y placer un drain; aussi doit-on, de préférence, pratiquer immédiatement l'empyème;

3° En pleurésie purulente sans putridité du pus; on commence par des ponctions, et plus tard, si cela est nécessaire, on fait l'empyème. D'autant plus que si la quantité de pus écoulé était considérable, elle pourrait donner lieu, par un retour trop rapide du poumon, à la suffocation. Aussi lorsque le pus épanché est de bonne nature, y a-t-il avantage à enlever tout d'abord peu à peu une partie du liquide par des ponctions successives et à faire plus tard l'empyème, si cela est nécessaire.

Ainsi donc trois cas : 1° celui où l'empyème doit être fait immédiatement; 2° celui où il peut être différé; 3° celui où il n'est pas nécessaire de le faire.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis (1).

III

Si nous savons, à quelques jours près, l'époque à laquelle commence la phase virulente, nous sommes loin d'être aussi bien fixés sur le moment où elle finit.

Et d'abord finit-elle? Arrive-t-il un moment où le virus disparaît pour toujours dans le sang et dans les produits morbides des lésions syphilitiques? On peut répondre jusqu'à présent par l'affirmative, en invoquant deux ordres de preuves, les unes expérimentales et les autres cliniques.

De nombreuses tentatives ont été faites pour inoculer, chez les individus sains, le pus provenant de gommes et d'ulcérations tertiaires, et jamais on n'a obtenu aucun résultat positif. Le fait était d'autant plus frappant qu'à la même époque, où sévissait une véritable rage d'expérimentation, les inoculations faites sur des sujets exempts de toute teinte spécifique, soit avec le sang récemment intoxiqué, soit avec le liquide sécrété par des plaques muqueuses ou des éruptions d'ordre secondaire, ne furent presque jamais négatives et donnèrent lieu au néoplasme initial, aux lympho-adénopathies concomitantes et à la longue série des accidents consécutifs généralisés.

La pratique de tous les jours montre des faits qui, sans être aussi précis dans leurs détails respectifs, fournissent par leur ensemble un argument péremptoire en faveur de toute absence de virulence et de contagiosité dans les produits morbides tertiaires. Pourrait-on citer un seul exemple

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 227.

d'individus communiquant la syphilis passé la dixième, la quinzième année de leur syphilis? Non. Si à cette époque avancée, en pleine constitutionnalité, la maladie est souvent dangereuse et toujours sérieusement malfaisante, même dans ses moindres manifestations, elle ne l'est que pour le patient et reste inoffensive pour son entourage et pour sa progéniture.

Ceux qui croient que le virus syphilitique intervient constamment dans toutes les poussées de la syphilis et qu'il suscite le processus tuberculo-gommeux de la phase tertiaire aussi bien que le processus papuleux de la phase secondaire, objectent que l'infectiosité moindre du premier tient à des causes accidentelles extérieures, telles que, par exemple, la rareté des gommes et leur petit nombre, leur siège sur des régions peu favorables à la transmission, etc.; tandis que les plaques muqueuses, dont le siège de prédilection est à la bouche et aux organes génitaux, ont une tendance caractéristique à pulluler et à récidiver sans cesse sur ces deux régions qui servent d'intermédiaire aux rapports intimes si favorables à la contagion, etc., etc.

Mais ne peut-on pas répondre que si les lésions gommeuses sont moins fréquentes et en plus petit nombre que les plaques muqueuses, en revanche elles durent beaucoup plus longtemps; et, quant à leur siège, qu'il existe des glossopathies tertiaires, ulcérées, diffuses ou circonscrites, des pharyngopathies, des rhinopathies suppurantes, des tubercules ou des gommes ramollies siégeant sur les organes génitaux, et que, sur tous ces points, si propices à la contagion, les produits morbides du tertiarisme ne donnent aucun signe positif de virulence et ne font point naître, chez ceux qui subissent leur contact, le néoplasme primitif et la syphilis qui en est la conséquence? Et d'ailleurs, parmi les nombreuses confrontations qui ont été faites, a-t-on trouvé quelquefois des lésions tertiaires chez le sujet contaminant? Non. Et il en est de même dans les transmissions héréditaires. Jamais les génitaux n'étaient atteints de tertiarisme.

Aussi on peut admettre, comme un fait démontré par l'expérimentation et par la clinique, qu'il arrive une époque où la syphilis perd ses propriétés virulentes.

Est-ce une métamorphose radicale qu'elle subit alors? Ne reste-t-elle plus identique à elle-même? Quelles sont les transformations qui s'effectuent avec le temps dans la matière organique, lorsque ses réactions saines ne parviennent pas à la débarrasser du principe toxique? A quelles combinaisons plus intimes avec ce principe est-elle condamnée par la fatalité d'une imprégnation morbide indestructible? Nous l'ignorons encore. Toujours est-il que la syphilis, à partir de l'époque où se produit en elle l'extinction du virus, change de physionomie et diffère profondément de ce qu'elle était auparavant. C'est si vrai que les anciens syphiliographes voyaient dans le tertiarisme une autre maladie, ne se rattachant à la phase initiale que par les liens vagues et flottants d'une parenté lointaine.

Et cependant c'est bien toujours la syphilis. Mais quelle œuvre accomplit-elle à cette phase de son processus pour se montrer ainsi sous un nouvel aspect? Elle se concentre sur elle-même afin d'acquérir une plus grande puissance destructive. De diffuse et superficielle qu'elle avait été jusqu'alors, elle devient circonscrite et profonde. Les cellules embryonnaires qu'elle jette à profusion dans les tissus sous forme de suffusions diffuses ou de nodosités tuberculo-gommeuses, étouffent les tissus, les font disparaître, les sclérosent, les ulcèrent, les anéantissent; membranes tégumentaires, tissu cellulaire sous-cutané ou interstitiel, périoste, os, muscles, nerfs, viscères, rien n'est respecté. La maladie s'attaque à tout. Tantôt elle se réveille après des années de silence, pour rentrer ensuite dans son repos; tantôt elle frappe coup sur coup, sans trêve ni merci. Prévus ou inattendus, ses assauts, même les moins graves, sont toujours à craindre, et ils laissent après eux une empreinte qui ne disparaît pas ou des désordres qu'on ne peut réparer. La prise de possession est plus forte, plus invincible, et si la maladie embrasse moins à la fois, elle étreint plus énergiquement. On dirait que ses racines ont plongé plus avant dans l'organisme, bien au delà du sang, dans la partie la plus élémentaire des tissus, jusqu'aux confins les plus reculés de la vie végétative.

La syphilis est devenue constitutionnelle. Elle a fini par une diathèse, après avoir commencé par une intoxication.

Ainsi, virulence diffuse, imprégnant toute l'économie dès le début, et pendant une période de quatre ou cinq années et même plus; — puis dyscrasie permanente, constitutionnalité profonde, indéfinie, probablement indestructible; tels sont les caractères fondamentaux de la syphilis à ses deux grandes phases. Ils lui donnent la double consécration d'une maladie générale par excellence.

Mais il ne suffit pas d'avoir la certitude que la syphilis est virulente dans la première phase de son évolution et qu'elle cesse de l'être dans la dernière. La clinique et la physiologie pathologique exigent plus de précision. Il importe au plus haut degré d'être fixé sur l'époque où s'effectue cette transformation et de déterminer les signes par lesquels se traduit un événement d'une aussi grande portée.

Malheureusement nous sommes obligés de rester un peu dans le vague sur ces deux points, comme du reste sur tant d'autres. La science biologique ne se prête pas aux solutions mathématiques, et, malgré l'apparente régularité de son cycle, la syphilis ne peut être supputée jour par jour, dans le vaste ensemble de ses déterminations morbides, que pendant les premières semaines de son processus.

Aussi est-il extrêmement difficile de fixer le mois, l'année où les produits morbides cesseront de posséder leurs propriétés virulentes du début. La date de ce moment est variable. De nombreuses circonstances contribuent à l'avancer ou à la reculer. Parmi elles, les plus importantes sont : certaines prédispositions inexplicables du patient, des particularités propres à la syphilis elle-même, et tout ce qu'implique la question du traitement et de l'hygiène.

Plus une syphilis est ancienne, moins elle est dangereuse au point de vue de la contagion. Qu'elle soit acquise ou héréditaire, au bout de dix ou douze années, par exemple, on n'a probablement plus rien à craindre d'elle, eu égard à la virulence.

Mais bien avant, dans la grande majorité des cas, il en est de même. Aujourd'hui on peut considérer comme à peu près démontré qu'une syphilis de moyenne intensité, convenablement traitée pendant toute la durée de sa première phase, offre de grandes garanties d'innocuité sous le rapport de la contagion et de la transmission par hérédité, vers la fin de la troisième et de la quatrième année de sa durée, à partir du début de l'accident primitif. Quelques exceptions, heureusement très rares, doivent engager le médecin à redoubler de prudence quand il est consulté sur cette ques-

tion capitale. J'ai vu un cas dans lequel une syphilis, peu grave et soumise pendant longtemps à une médication hydrargyrique et iodurée, conserva ses propriétés contagieuses jusqu'à la fin de la cinquième année, car le malade s'étant marié à cette époque communiqua, au bout de trois mois, à sa femme une syphilis des plus graves. Et cependant il se croyait exempt de toute manifestation depuis plus de deux ans, et il ne sut jamais, malgré tout le soin avec lequel il s'étudiait, à quelle lésion imperceptible attribuer un malheur dont il assumait avec raison toute la responsabilité. J'ai été témoin de ce fait; et, après l'avoir examiné sous toutes ses faces et soumis à la critique la plus sévère, je crois pouvoir en garantir l'authenticité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Grancher, pour la section d'anatomie pathologique, et Lagout (d'Aigueperse), au titre de membre correspondant;

2° Une note de M. Aubert, médecin-major, sur la désinfection des habitations privées à l'aide de l'acide sulfureux. (Comm. : MM. Proust, Guéneau de Mussy et Dujardin-Beaumetz.)

COMMUNICATION

L'alcool. — **M. Th. Roussel**, à l'occasion de la correspondance, informe l'Académie qu'une commission dont il fait partie a été instituée au Sénat pour l'examen de la question de l'alcool, qui lui a été soumise après avoir passé par la Chambre des députés. Cette question étant à la fois une question administrative, financière et hygiénique, M. Roussel a pensé qu'à ce dernier point de vue, elle devait intéresser l'Académie, d'autant plus qu'il y a une quinzaine d'années, en 1870, celle-ci a déjà engagé une importante discussion sur la question du vinage, qui se rattache par plusieurs points au sujet actuellement à l'étude au Parlement.

Pourquoi, usant de son droit d'initiative pour toutes les questions qui intéressent l'hygiène publique, ne ferait-elle pas pour l'alcool ce qu'elle a fait pour le vinage en 1870 et depuis, en 1884, pour l'aliénation mentale ?

M. Roussel, à ce sujet, donne lecture d'une lettre de M. le sénateur Claude (des Vosges), le président de la commission d'enquête du Sénat sur la consommation de l'alcool, et présente de vive voix un résumé analytique du projet du gouvernement.

M. le Président remercie M. Roussel de sa communication. Il fait remarquer qu'il y a dans cette communication des questions de plusieurs ordres : les unes tout administratives ou financières, qui sont entièrement étrangères aux travaux de l'Académie; l'autre hygiénique, qui tombe entièrement sous sa compétence. Il pense, comme son collègue M. Roussel, qu'il y aurait tout intérêt à ce que l'Académie fît connaître son opinion sur ce dernier point de vue de la question. Elle est libre de la mettre à l'ordre du jour de ses discussions. Il la consulte à cet égard; si elle est de cet avis, il n'y aurait qu'à nommer une commission qui mettrait la question à l'étude et en ferait l'objet d'un rapport.

M. Bergeron. Pourquoi ne pas attendre pour discuter cette question que l'Académie soit consultée par le président du Sénat ou par tout autre représentant des pouvoirs publics, comme elle l'a fait pour la question du vinage, qu'elle a étudiée, non pas d'après sa propre initiative, comme vient de le dire M. Roussel, mais sur une demande d'avis du ministre ?

Plusieurs membres appuyant la proposition faite par M. le président, elle est mise aux voix et adoptée.

M. le Président, après s'être concerté avec les autres membres du Bureau, désigne, comme devant faire partie de cette commission : MM. Roussel, Bergeron, Maurice Perrin, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux et Gautier.

M. Roussel s'étant récusé, la commission reste composée des cinq autres membres ci-dessus désignés.

LECTURE

Deux nouveaux alcaloïdes. — **M. Gautier** donne lecture d'une note relative à la découverte de deux nouveaux alcaloïdes, découverte qui donne une éclatante confirmation aux théories qui l'ont guidé dans ses recherches sur la production des leucomaïnes par les animaux.

L'un de ces alcaloïdes, désigné sous le nom d'adénine, a été retiré par M. Kossel, attaché à l'Institut physiologique de Berlin, du pancréas et de la rate. Elle existerait dans toutes les cellules animales et végétales; elle présenterait cette particularité curieuse d'être isomère de l'acide cyanhydrique. Sa formule est $C^5H^5Az^5$, qui est exactement le quintuple de celle de cet acide. Elle provient du dédoublement, à l'état physiologique, d'une substance albuminoïde complexe, qui constitue surtout le noyau des cellules et à laquelle on a donné le nom de nucléine.

Le second alcaloïde a été découvert dans la rate par M. Morelle, chef des travaux de physique de la Faculté de médecine de Lille, un des élèves de M. Gautier. Des expériences physiologiques faites avec l'aide de M. Laborde sur des cobayes, il résulte que cet alcaloïde est un paralyso-moteur doué d'une puissante action sur le bulbe, produisant des phénomènes asphyxiques et de collapsus, ressemblant beaucoup à ceux que l'on observe dans la septicémie.

Chez les grenouilles, après des phénomènes d'excitation générale immédiate, l'animal tombe, au bout de trente à trente-cinq minutes, dans le collapsus avec affaiblissement des forces et l'impossibilité à peu près complète des mouvements volontaires et des réactions réflexes. Le membre injecté reste étendu dans un état de contracture irréductible. Les muscles du côté opposé à l'injection gardent à peu près leur contractilité sous l'influence de l'excitant électrique. Peu à peu, les mouvements respiratoires, d'abord accélérés, diminuent et s'arrêtent; les battements cardiaques tombent de quarante-huit à dix-huit par minute, puis se suspendent totalement avec rétraction de l'organe. L'animal meurt au bout de quatre à cinq heures.

La muscarine et la digitaline rappellent assez par leurs effets, l'action du poison alcaloïde de la rate normale.

Ces observations méritent d'être suivies; l'alcaloïde lui-même n'est pas encore analysé. M. Morelle continuera ces recherches. Elles contribueront certainement à éclairer la grande question du rôle pathogénique de la formation et de la rétention dans l'économie de ces singuliers principes.

M. Colin (d'Alfort). M. Gautier vient de nous entretenir d'agents toxiques analogues à l'acide cyanhydrique, qui se développeraient dans le pancréas et dans la rate. Dans des expériences que j'ai faites dans le temps, j'ai fait manger à des animaux de grandes quantités de rate et de pancréas et je n'ai jamais vu rien de semblable à ce que vient de dire M. Gautier. Aucun de mes animaux soumis à cette expérimentation n'a jamais présenté de symptômes toxiques. Je serais disposé à croire que ces prétendus agents toxiques développés spontanément dans ces organes y ont été introduits par les manipulations des chimistes et par les réactifs dont ils ont fait usage.

M. Gautier. J'ai parlé d'une analogie qui existerait entre les alcaloïdes dont j'ai constaté l'existence dans les viscères en question avec l'acide cyanhydrique, mais il s'agit d'une analogie de composition seulement, ce qui n'implique pas nécessairement une analogie d'action. Il faut tenir compte, d'ailleurs, pour expliquer la contradiction qui semble exister entre les faits que j'ai constatés et les faits observés ailleurs, de deux ordres de phénomènes

importants qui peuvent neutraliser les effets toxiques, les oxydations et l'élimination.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les candidats dans la section d'hygiène et au titre de membre correspondant.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXIX

Après un quasi demi-siècle de séparation, la reconnaissance de nos visages ne fut pas immédiate; Mme Blaud déclara reconnaître son compagnon du voyage à Vaucluse en 1806, tandis que moi qui me la rappelais maigre, fluette et timide, j'eus toutes les peines du monde à rajuster ses anciens traits sur le visage d'aujourd'hui. Le souvenir réciproque de nos courses avec l'ami Dufau provoquait de sa part des explosions de rire, qui témoignaient du plaisir de ces antiques réminiscences. Le docteur Blaud qui, par suite d'une fausse indication, était allé nous chercher en voiture à la gare de Beaucaire, vint à son tour fournir le second acte de la scène physiognomonique; après quelques moments de vis-à-vis, nous pûmes, au milieu des outrages de tant de lustres, déchiffrer sur nos facies plus ou moins ridés, nos traits de carabins. Le cœur et la bonne humeur n'avaient point changé, et alors se déroula le déluge des souvenirs. J'ignorais que Blaud était mon doyen de sept années; il porte vaillamment ses soixante-dix-neuf hivers. Le docteur Blaud est un praticien d'une réputation très étendue et méritée; il est auteur de plusieurs ouvrages estimés en médecine, d'un livre sur le croup, des pilules ferrugineuses qui portent son nom, d'un poème fort spirituel sur l'art médical ou le charlatanisme des médecins, de traductions inédites de plusieurs traités d'Hippocrate, d'une physiologie à principes religieux; il vient de publier deux volumes sur le christianisme avant Jésus-Christ.

Après le déjeuner et une visite à la villa du docteur, nous allons voir le magnifique pont en fonte construit pour le passage du chemin de fer sur le Rhône, ce qui rend le trajet de Montpellier à Marseille continu et direct. Ce pont a coûté 18 millions, plus la vie de 50 ouvriers espagnols ou étrangers à la localité.

Le 11, nous continuons la route vers Montpellier, où nous séjournons vingt-quatre heures. Avec Albert, je me présentai chez plusieurs professeurs qui tous étaient en villégiature de vacances, sauf le doyen octogénaire, le professeur Lordat, qui me fit l'accueil le plus cordial : haute taille, corps maigre et droit, esprit vif, beaucoup d'imagination. Il me rappela très affectueusement qu'il avait été reçu chez moi lorsqu'il vint, il y a vingt ans, présider le jury médical des Landes.

Le 12, dans la soirée, nous partons en diligence pour Toulouse. Le 15, à Agen, où les parents de mon jeune et savant ami Laboulbène nous accueillirent comme des membres de leur famille. Le 16, soir, *ad penates severopolitanos*.

La convalescence de l'affection grave contractée par mon fils, après quelques mois d'un trop rude service dans la plaine insalubre de Bône, fut tellement longue, difficile, qu'il dut renoncer provisoirement à continuer sa première campagne et demander un emploi de son grade à l'intérieur.

Le 27 octobre, mariage de ma fille cadette avec un propriétaire de Sainte-Colombe, près Hagetmau.

1853.

Départ de ma fille aînée pour le couvent des carmélites, à Montpellier, et retour simultané de mon fils Albert qui renonce à son internat des hôpitaux de Paris, après deux ans d'exercice de ces fonctions, pour venir à Saint-Sever remplir auprès de moi le devoir que j'avais, à son âge, accompli sous l'égide de mon père.

1854.

11 janvier. — Associé étranger de l'Académie royale des sciences de Stockholm.

26 janvier. — Correspondant de la Société royale des sciences de Liège.

Mai-juin. — Voyage à Madrid avec mon ami Édouard Perris, aux frais de l'Académie des sciences qui, par une délibération officielle, me confia la mission de continuer en Espagne mes recherches sur la zoologie et particulièrement sur l'entomologie (voir ma relation imprimée, Madrid en 1808 et Madrid en 1854, dans les *Actes de la Société Linnéenne de Bordeaux*, t. XXI, 2e livraison).

1855.

2 mai. — Membre de la Société zoologico-botanique de Vienne. En juillet, deuxième voyage à Biscarosse avec Édouard Perris et Larralde (voir la relation imprimée d'une Excursion entomologique aux dunes de Biscarosse et d'Arcachon, dans les *Actes de la Société linnéenne de Bordeaux*, t. XIX, 5e livraison, 1854).

1856.

Prix de l'Institut, médaille d'or et impression de mon Histoire anatomique et physiologique des scorpions dans le tome XIV des *Mémoires présentés par divers savants à l'Académie des sciences*.

1857.

Associé national de l'Académie de médecine de Paris.

12 mai. — M. Dupin aîné à Saint-Sever.

Le célèbre avocat et jurisconsulte de Paris, l'homme le plus spirituel de France, vint à Saint-Sever, et descendit chez notre président du tribunal, M. Castandet, avec lequel il avait une correspondance au sujet de la propriété de Mme Dupin de Montaut. Celle-ci avait demandé et obtenu, à la faveur de sa simple synonymie, la vente de ladite propriété à M. Dupin. L'ancien président de la chambre des députés avait alors soixante-quatorze ans, taille un peu au-dessous de la moyenne, figure laide, petits yeux, gros nez, grande bouche, barbe grise, physionomie des plus expressives. J'assistai au dîner où l'amphitryon donna pour convives au célèbre avocat le général Durrieu, M. Léon de Maleville et son gendre, M. Duval. Ce fut pour nous une bonne fortune de voir et d'entendre les deux notabilités politiques dérouler avec beaucoup d'esprit les événements de 1851-1852, auxquels l'un et l'autre avaient été mêlés à divers titres.

M. Dupin m'honora de sa visite avec son ami M. Gautier; il parut s'intéresser aux curiosités de mon cabinet; dans la conversation, je lui rappelai son mot fameux à l'occasion de la confiscation des biens des princes d'Orléans : « C'est le premier vol de l'aigle. » Il sourit... Hélas! *quantum mutatus ab illo*! Quelques mois après, M. Dupin se ralliait en acceptant la haute position de procureur général de la Cour de cassation.

1858.

9 février. — Jour néfaste : 1° cinq jeunes gens, faisant partie d'un cortège de noce, se sont noyés en traversant l'Adour sur une de ces barques qu'on appelle en patois *negue-ho*, dans la commune de Montaut; 2° un jeune homme de la même région que les précédents a reçu, par accident, un coup de son propre fusil en pleine poitrine et a succombé presque immédiatement; 3° un plaideur octogénaire sortant de la maison de son avoué, à Saint-Sever, a été frappé de mort subite par congestion ou apoplexie dite foudroyante; cette dernière expression est, depuis quelques années, remplacée par le mot *embolie*, qui suppose la formation et le déplacement d'un caillot sanguin qui détermine soudain la mort.

9 août. — Au retour du congrès scientifique de Strasbourg (voir au chapitre des voyages), j'allai, en gracieuse compagnie, faire mon ultime visite aux champs patrimoniaux de Crémens, près le Houga, que je n'avais pas revus depuis quarante ans. Au Houga,

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 229.

je conversai avec mes deux confrères D... et C... et avec mon parent O. L...; je revis, non sans émotion, la maison paternelle, dont le nouveau propriétaire, F. L..., m'accueillit à bras ouverts. Cette respectable habitation, jadis si humble, si rustique, si pleine de charmes, lorsque, il y a plus d'un demi-siècle, nous y passions en famille nos vacances, je la vois aujourd'hui tellement restaurée, métamorphosée, que j'ai peine à la reconnaître. Les yeux du cœur y cherchent encore ce vieux bascanage (torchis), ce contrevent plein et unique, ce carrelage irrégulier, ces bahuts, cette cuisine du métayer, qui devenait la nôtre. Dans ma rétrospection dont je bénis l'illusion, vous m'apparaissez, père, mère, frères et sœurs, avec ces sentiments de famille qui nous unirent toujours! Je parcourus avec F... les environs, en lui rappelant l'ancien état des lieux; il n'ignorait point et je me complus à lui redire que l'avenue de chênes prospères et vigoureux qui conduit de la route à la maison avait été plantée par les heureuses mains de ma sœur aînée, dont la santé m'inspire dans ce moment de vives inquiétudes.

27 septembre. — Mort de ma sœur Agathe, dans sa quatre-vingtième année. Elle était, comme ma sœur puînée, morte il y a dix ans, une perfection dans son sexe. Mon fils, aide-major de première classe, désigné de nouveau pour les hôpitaux de la division de Constantine, était de passage à Saint-Sever et put joindre ses soins aux nôtres auprès de la chère malade.

1859.

Mort par accident de monseigneur Hiraboure, évêque d'Aire.

L'évêque d'Aire, monseigneur Hiraboure, âgé de cinquante-cinq ans, taille au-dessus de l'ordinaire, belle constitution, physionomie exprimant la plus parfaite bonté, caractère évangélique, faisait sa tournée pastorale pour la confirmation; il était au presbytère du village de Gamarde, lorsque, vers onze heures du soir, il voulut aller seul au bout du jardin; sa bougie s'éteignit; il continua de marcher, fit fausse route, et tomba dans le fossé du chemin, d'une hauteur de 15 pieds. Il dut vraisemblablement perdre connaissance par suite de la commotion, car il ne cria point au secours. Plus tard, M. le curé de Gamarde rentrant de l'église entendit des gémissements plaintifs; on trouva le prélat sans connaissance et on le transporta dans le presbytère. Des médecins appelés en hâte constatèrent une double fracture de la clavicule gauche; une hémoptysie abondante fit présumer une lésion du poumon du même côté. Après une saignée renouvelée dans la journée du lendemain, le malade reprit ses sens; mais, le surlendemain, les signes de pneumonie du côté gauche s'accentuèrent. Malgré l'application de révulsifs, l'affection s'aggrava rapidement, le saint apôtre *ivit ad superos.* Sa charité inépuisable, l'aménité de son caractère et les plus éminentes qualités épiscopales lui avaient gagné les sympathies de tous ses diocésains. Le 10, le corps fut transporté en pompe à l'église de Saint-Sever; tous les habitants de la cité et de la banlieue, les autorités, le clergé se rendirent au-devant du char funèbre pour l'escorter jusqu'à l'église, où fut célébré un service des plus solennels. Le 11, le cortège poursuivit sa route jusqu'à Aire, siège de l'évêché.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 mars 1886, ont été désignés : M. le médecin principal de deuxième classe Paoli, pour l'hôpital de Nice;

MM. les médecins-majors de première classe Annequin, pour l'hôpital temporaire de Port-Cros; — Quod, pour l'hôpital temporaire de Bagau;

M. le médecin-major de deuxième classe Colnenne, pour l'hôpital de Briançon;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Tricot, pour l'hôpital temporaire de Bagau;

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Prestat, pour l'hôpital temporaire de Bagau, et Armandy, pour l'hôpital temporaire de Port-Cros.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 30 mars 1886, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie.

Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis et jeudis, à une heure et demie de l'après-midi.

Les élèves de deuxième et de troisième années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont seize inscriptions; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de deuxième et troisième années (doctorat et officiat) sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires, correspondant à l'inscription de janvier 1886; 2° Les élèves justifiant de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du 19 au 25 mars, au secrétariat de la Faculté de médecine, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 francs); 3° Les élèves indiqués dans les paragraphes 1 et 2 devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin) jusqu'au samedi 27 mars inclusivement, de midi à quatre heures.

— L'ouverture du concours pour la nomination à deux places de prosecteur aura lieu lundi prochain 29 mars 1886, à midi et demi. La première séance sera consacrée à la composition écrite.

Le jury sera composé : 1° de deux juges de droit : M. Sappey, professeur d'anatomie et M. Béclard, professeur de physiologie; 2° de trois juges désignés par le sort : MM. les professeurs Le Fort, Mathias Duval et Trélat; M. le professeur Duplay a été désigné comme juge suppléant.

— Un concours pour la nomination à trois places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le samedi 1er mai 1886, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 29 mars jusqu'au mercredi 14 avril 1886 inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dezwarte, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Dunkerque; de M. le docteur Léon (d'Aix); de M. le docteur Jules Hacherelle (de Montmédy), qui s'était distingué en 1870, lors du siège de cette ville, et avait été fait chevalier de la Légion d'honneur; enfin de M. le docteur Rochard (Jean-Félix), décédé à Paris, à l'âge de soixante-dix-sept ans. Les obsèques de ce confrère auront lieu aujourd'hui jeudi 25 mars, à midi très précis, en l'église Saint-Germain-des-Prés.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le samedi 27 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Reynier, agrégé, commencera le cours complémentaire de physiologie, le samedi 27 mars 1886, à cinq heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Il traitera des organes des sens.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19272.

31

SIROP NICOD

A BASE DE HOUBLON IODÉ

Dans cette préparation, le principe tannique du houblon sert de passe-port à l'iode. L'assimilation est tellement intime et complète que le réactif ordinaire (*l'amidon à l'état d'empois*) ne le décèle nullement. Donc, aucune irritation d'estomac ni gastralgie à redouter.

Chaque cuillerée à bouche contient 2 centigr. d'iode pur.

SIROP NICOD

A BASE DE HOUBLON PHOSHATÉ

S'emploie dans tous les cas où il s'agit d'allier les toniques aux reconstituants. Chaque cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux soluble.

Prix de chaque flaçon : 4 francs.

Ces deux préparations conviennent parfaitement dans la médication des enfants et des personnes délicates, dans les cas de rachitisme, scrofule, affaiblissemeut, phthisie, manque d'appétit, etc.

Dépôt à Paris, pharmacie MOTEL et NICOD, 2, rue des Lombards.

7

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(Dragées de BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 0,25; bi-iodure d'hydrarg., 0,005.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : 5f.

Elles ont sur le **sirop** le *grand avantage d'être d'un volume insignifiant et d'un emploi beaucoup plus commode et agréable*, et, en raison de leur **extrême solubilité**, leur absorption est tout aussi rapide. (*Affections rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses. — Maladies rebelles de la peau, etc.*)

Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, rue de Cléry, et toutes pharmacies.

170

BŒUF DEFRESNE

POUDRE de VIANDE PANCRÉATINÉE

DEFRESNE

Fournisseur de la marine et des hôpitaux de Paris.

La moitié du **Bœuf-Defresne** est transformée en *Peptone*. Dans la seconde moitié, les fibres striées sont éclatées et désagrégées, elles ont perdu de leur cohésion, elles sont pénétrées d'emblée par les sucs digestifs.

Toujours assimilé, le **Bœuf-Defresne** peut être administré à dose massive, 300 à 500 gr. dans les 24 heures, sans crainte de vomissements ni de diarrhée, la dose ordinaire est de 2 à 4 cuillerées par jour. — Très succulente, la **Poudre de viande pancréatinée** rend non seulement savoureux les potages et purées de pommes de terre et de lentilles, mais elle concourt à leur digestion et à celle des aliments gras.

PRIX : 4 FRANCS LA BOÎTE DE 250 GRAMMES.

Envoi d'échantillons franco.

DEFRESNE, auteur de la **PANCRÉATINE** et de la **PEPTONE**, rue de la Verrerie, 56.

DÉTAIL : 2, rue des Lombards; — BOUSQUIN-DUBOIS, 26, galerie Vivienne, et principales phies.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L'ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la **Pommade** et les **Suppositoires** de ROYER (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon fo à MM. les médecins. Phie A. DUPUY, succr de ROYER, 225, r. St-Martin.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

111

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve

des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

97

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukire Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie GIGON, 25, rue Coquillière. Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

15

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1o En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2o En **Pilules**, à 10 centigr.; 3o En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

49

ÉLIXIR HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

En raison de ses propriétés anesthésiques, l'**Elixir Houdé** constitue un puissant sédatif des **névroses stomacales**. — Recommandé pour combattre les **gastrites, gastralgies, dyspepsies, vomissements**; il calme aussi les douleurs de l'estomac résultant d'**ulcérations** et d'**affections cancéreuses**.

DOSAGE. — 10 milligr. de principe actif par 20 gr.

MODE D'EMPLOI. — Un petit verre à liqueur après le repas et au moment des crises.

DÉPÔT : Ancnne Phie Vée et Duquesnel, A. HOUDÉ, succr, 42, r. du Faubourg St-Denis, Paris et Phies.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

110

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, HYGIÉNIQUE.

Guérit les affections de la peau. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Purifie l'air chargé de miasmes. Précieux pour les soins intimes et hygiéniques du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.

Gros : 2, rue de Latran, Paris.

38

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'urémie.

L'urémie a été le sujet d'une série de leçons cliniques que fait en ce moment M. Lancereaux à l'hôpital de la Pitié. Ce sujet, toujours actuel et toujours intéressant par le grand nombre et la variété des accidents morbides graves qui procèdent de la rétention, dans l'économie, des produits excrémentitiels de la nutrition de nos tissus, destinés à l'élimination; par les problèmes physiologiques qu'il soulève et qu'il aide à résoudre, enfin par les exemples fréquents des funestes effets que nous présente journellement la clinique, ce sujet, disons-nous, emprunte un surcroît d'intérêt aux questions qui se débattent en ce moment à l'Académie de médecine sur les leucomaïnes. Aussi avons-nous pensé qu'il serait opportun de mettre ici sous les yeux de nos lecteurs un résumé des principaux points traités dans ces leçons par l'un des cliniciens qui ont étudié de plus près cette affection.

Le nom d'urémie qui répondait, lorsqu'on l'a employé pour la première fois, à l'idée de rétention dans le sang de l'urée qui par une cause quelconque n'avait point été éliminé de l'économie par son émonctoire naturel, a reçu une acception plus large, depuis que l'on a constaté par l'expérimentation que l'urée n'était ni le seul, ni le principal agent déterminant les phénomènes dits urémiques. Aussi, tout en conservant le mot, on est convenu aujourd'hui qu'il faut entendre par urémie l'ensemble des troubles organiques déterminés par une viciation du sang, due elle-même à la rétention de tous les produits de l'assimilation, ou, en d'autres termes, la rétention et l'accumulation dans le sang des principes azotés résultant de la combustion nutritive.

Ainsi comprise dans son acception la plus large, la production de l'urémie ou des accidents urémiques serait subordonnée à la perturbation fonctionnelle de plusieurs organes, concourant chacun pour une part plus ou moins importante à l'élimination de ces principes : les poumons par lesquels s'éliminent les substances gazeuses (provenant des matières hydrocarbonées, la peau, l'intestin et les reins par lesquels s'opère l'élimination des autres substances d'origine azotée.

Ce sont surtout, parmi ces derniers organes, les reins, dont les altérations trop souvent méconnues sont la cause principale des accidents si fréquemment mortels de l'urémie.

C'est plus spécialement sur l'urémie rénale qu'a porté cette étude clinique.

M. Lancereaux s'est proposé de démontrer que les phénomènes, que nous venons de rappeler et dont l'ensemble constitue le syndrome urémie, sont nombreux et variés et qu'ils présentent un certain nombre de formes cliniques qu'il est de la plus grande importance de bien connaître, autant au point de vue du diagnostic des affections rénales d'où elles procèdent et des indications thérapeutiques qui en ressortent, que de leur différenciation avec toute une série de maladies avec lesquelles elles pourraient être confondues.

Ces formes, si l'on tient compte des désordres fonctionnels prédominants, peuvent être classées comme il suit : une forme gastrique ou plutôt gastro-intestinale, une forme broncho-pulmonaire et une forme cérébro-spinale.

Forme gastro-intestinale de l'urémie.

La forme gastro-intestinale a pour siège plus spécial l'estomac et le gros intestin; mais elle peut, dans quelques circonstances, se localiser dans l'intestin grêle, ou bien au pharynx ou à la bouche seulement.

Bien que l'urémie buccale et pharyngée n'ait pas été jusqu'ici l'objet d'une description spéciale, — ces cas-là n'étant pas communs, — il suffit qu'elle ait été observée quelquefois pour qu'on doive lui assigner sa place dans l'histoire de cette affection. M. Lancereaux en a recueilli quelques observations soit en ville, soit à l'hôpital, qui ne lui paraissent laisser aucun doute sur l'existence de cette forme.

Un homme de cinquante-deux ans, soigné par lui depuis plus de trois mois pour une affection des reins avec hypertrophie cardiaque, lui avait présenté à plusieurs reprises des accès d'urémie dyspnéique, quand il arriva un jour à cesser de manger, à refuser toute sorte d'aliment et de boisson et à tomber, par suite, dans un état d'anéantissement général.

En même temps la membrane muqueuse de la bouche et surtout celle du pharynx se couvrirent d'un mucus concrété, grisâtre, semi-transparent, tellement visqueux et gluant qu'on était obligé de l'extraire avec la main, pour éviter qu'il obstruât les voies digestives et respiratoires; le

malade, presque toujours en état de somnolence, ne pensait ni à expectorer, ni à manger. Pendant huit jours environ que dura cet état, M. Lancereaux dut enlever à poignées les mucosités qui s'accumulaient, pendant l'intervalle d'une visite à l'autre, dans la bouche et dans le pharynx. On eût pu facilement les confondre avec les mucosités de la pharyngite pultacée, n'était que les fausses membranes, dans cette dernière affection, sont plus molles et surtout plus blanches. La confusion n'en a pas moins été faite, paraît-il, par un médecin des plus distingués. On comprend donc l'importance qu'il y a à savoir reconnaître l'affection en question afin de pouvoir la rattacher à sa véritable cause originelle.

Se demandant quelle est la condition de la production de cet accident, rare d'ailleurs, si c'est l'élimination par les glandes salivaires d'une plus forte proportion de principes excrémentitiels, M. Lancereaux signale la lacune qui existe à cet égard dans la science et fait appel à l'analyse chimique de la salive pour vérifier cette hypothèse.

L'urémie gastrique est un accident beaucoup plus commun que le précédent ; elle a été d'ailleurs expérimentalement démontrée. Claude Bernard et Barreswil ont constaté chez des chiens néphrotomisés que l'urée s'éliminait par l'estomac et par l'intestin sous forme de carbonate d'ammoniaque. Chez l'homme anurique, l'appétit est ordinairement diminué, il y a du dégoût pour certains aliments, pour la viande en particulier, et souvent aussi il survient des vomissements, rarement précédés de nausées, vomissements liquides grisâtres, semblables à du bouillon trouble, n'exigeant que peu ou pas d'efforts, persistants, se renouvelant plusieurs fois dans le cours d'une même journée, et pendant plusieurs jours de suite, puis cessant en général spontanément ou par l'effet d'un lavement purgatif.

Sous l'influence probable de l'irritation produite par le passage des matières excrémentitielles, la membrane muqueuse de l'estomac s'injecte, s'épaissit, devient ardoisée, ses glandes muqueuses s'hypertrophient et sécrètent en abondance un mucus visqueux qui s'étale de façon à former une couche épaisse, difficile à détacher après la mort, mucus qui a beaucoup d'analogie avec celui dont M. Lancereaux a constaté la présence à l'intérieur de la cavité pharyngo-buccale.

L'urémie intestinale se révèle par une diarrhée qui a des caractères qu'il importe également de bien connaître, pour la distinguer des autres sortes de diarrhées. Elle survient sans douleurs, ni coliques, et bien qu'abondante, dans quelques cas, elle fatigue généralement peu les malades qui en sont atteints. Elle les soulage plutôt en favorisant le sommeil et en faisant disparaître la céphalée coïncidente. Les matières rejetées, ordinairement abondantes, séreuses et fétides, renferment en plus ou moins grande quantité du mucus, des grumeaux blanchâtres, risiformes, et parfois du sang.

Cette diarrhée semble d'abord n'impliquer aucune lésion intestinale appréciable; mais au bout d'un certain temps, la membrane muqueuse se modifie, non pas tant dans l'intestin grêle que dans le gros intestin. Bien qu'à peine modifié, dans la plupart des cas, l'intestin grêle se couvre de matières blanchâtres ou légèrement verdâtres, visqueuses, renfermant beaucoup de mucus, et la surface est pâle et décolorée, mais sans autre trace de désordre ; tandis que le gros intestin, le rectum en particulier, a sa muqueuse épaissie, injectée par places, et ordinairement couverte de mucus, surmontée, dans quelques cas, de saillies de forme furonculeuse avec eschare centrale.

Ces désordres matériels expliquent comment les vomissements et la diarrhée qui se lient à des altérations des reins n'ont pas toujours la même signification pathologique.

En effet, à une période peu avancée de la maladie, les évacuations qui renferment de l'urée ou du carbonate d'ammoniaque sont sans doute, ainsi qu'il résulte d'ailleurs des recherches de Claude Bernard, l'effet d'une exagération de la sécrétion plutôt que d'un processus morbide, et doivent être envisagées comme venant suppléer à l'insuffisance de la fonction urinaire, et partant il devient nécessaire de ne pas arrêter ce flux séreux, tant qu'on n'a pas trouvé une autre voie de dérivation.

La diarrhée qui survient à une phase avancée du mal, quand des lésions matérielles se sont établies à la surface de l'intestin, comme des ulcérations, peut n'être alors qu'un effet de l'irritation de la membrane muqueuse engendrée par l'élimination des matières excrémentitielles. Il y a lieu, dans ce cas, de la modérer.

Les vomissements urémiques sont faciles à reconnaître, si l'on tient compte des caractères particuliers des matières qui les composent et des circonstances dans lesquelles ils se produisent. Il en est de même de la diarrhée. Aussi est-il arrivé souvent d'être mis sur la voie d'une affection rénale, rien qu'à l'inspection des matières. L'analyse chimique aide plus efficacement encore au diagnostic, en décelant dans ces matières la présence de l'urée.

Il est enfin un symptôme qui fait parfois partie du cortège de l'urémie, c'est le hoquet, qu'il ait son point de départ dans l'estomac ou dans les centres nerveux ; tantôt il accompagne les vomissements urémiques ou bien des accès de dyspnée plus ou moins intenses. Son intensité et sa ténacité sont telles, dans certains cas, qu'il constitue un symptôme sérieux, parfois l'indice d'une terminaison fatale.

Mais pour le médecin qui n'est pas prévenu et qui ignore que le tube digestif est appelé dans quelques circonstances à suppléer les reins, ces symptômes peuvent prêter à de fausses interprétations et conduire à des erreurs graves de pratique.

M. Lancereaux rappelle, à cette occasion, avoir vu bien souvent, pendant son internat, diagnostiquer des cancers de l'estomac ou de l'entérite chronique chez des malades qui avaient des lésions atrophiques des reins; et toutes les fois qu'un de ses collègues venait lui dire qu'il avait vainement cherché un cancer de l'estomac, il l'engageait à examiner les reins, et presque toujours on trouvait effectivement ces organes profondément altérés, granuleux et atrophiés. Il en était de même dans la plupart des cas où l'on croyait avoir eu affaire à une entérite chronique.

Enquête sur la tuberculose (1).

Importation de la tuberculose dans les petites localités. — M. le docteur Alison, dans sa communication, a attiré particulièrement l'attention de la Commission sur la marche et la propagation de la phthisie dans les très petites localités, les seules où il soit possible d'en étudier l'étiologie. Il a, effectivement, limité son observation à certaines communes où la phthisie ne fait qu'une ou un très petit nombre d'apparitions. Il a vu, à la suite de l'arrivée dans l'une de ces

(1) Voir la Revue clinique du 20 mars 1886.

localités d'un malade ayant contracté la tuberculose dans une ville voisine, la phthisie se propager, devenir commune et fournir 3 ou 4 décès par an, parfois exclusivement dans la même famille ou le même groupe de maisons. Voici, suivant notre confrère, comment les faits se passent généralement : La tuberculose est apportée du dehors dans une localité jusque-là indemne; elle se transmet à des sujets prédisposés ou non par l'hérédité, mais ayant eu des relations avec le tuberculeux nouveau venu. La phthisie se développe par petits foyers ou groupes composés d'un certain nombre de cas reliés entre eux ou avec le premier malade. Il n'y avait d'ordinaire d'interruption entre les cas d'une de ces séries que le temps nécessaire à l'incubation de la maladie. Enfin, la tuberculose disparaissait au bout de quelque temps.

Voici un des exemples de ces sortes de petites épidémies locales de phthisie : Dans un village de 420 habitants, il n'y avait pas eu un seul cas de tuberculose depuis 1858, lorsque en 1872, une femme âgée de trente-neuf ans, Marie-Joseph L..., alla à Lunéville passer quelques jours auprès d'une jeune nièce atteinte de phthisie galopante. Cette femme n'avait aucun antécédent héréditaire suspect. A partir de son retour, sa santé se détériora, elle maigrit, fut prise d'une petite toux sèche, avec fièvre vespérale; une pleurésie tuberculeuse se déclara en 1882; elle mourut phthisique en novembre 1884.

Plusieurs autres personnes de la même localité, demeurant à peu de distance et ayant eu avec Marie-Joseph des relations d'amitié, furent atteintes de tuberculose. J... (Joseph), âgé de vingt-neuf ans, alcoolique, convalescent de fièvre typhoïde, mourut le 22 mai 1883. Marie B..., âgée de vingt-un ans, née d'un père atteint d'une bronchite suspecte, ayant souvent passé, comme J... (Joseph), une partie de ses journées auprès de Marie-Joseph, mourut également phthisique. Enfin, un manœuvre du père de Marie, qui fréquentait presque tous les jours la maison, eut, en 1884, une carie des os du bassin, dont il mourut le 10 février 1885. Depuis cette époque, 2 nouveaux cas de phthisie se sont développés chez 2 jeunes filles du voisinage en rapports journaliers avec Marie-Joseph.

Dans une autre relation, il est question d'une petite épidémie de famille survenue dans une localité où la tuberculose est extrêmement rare, à tel point que, de 1870 à 1885, sur 62 décès, il n'y a pas eu un seul cas de phthisie.

M. Alison a relevé, en somme, 44 cas de phthisie survenus depuis 15 ans dans 4 petites communes où, pendant près de 15 ans, on n'avait pas compté un seul cas de phthisie, et qu'il croit pouvoir attribuer à la contagion. Il a vu presque partout les cas se grouper dans quelques maisons voisines les unes des autres, dont les habitants se fréquentaient journellement et passaient de longues heures dans les chambres des malades, les autres quartiers du village restant indemnes. La plupart des sujets atteints étaient nés de parents sains.

M. le docteur Raynaud (de Saint-Étienne) rapporte des faits analogues, des cas de tuberculose s'étant développés non seulement chez des sœurs sans antécédents héréditaires, partageant la même chambre et le même lit, mais encore dans des familles habitant depuis plusieurs années des chambres voisines.

M. le Rapporteur signale un autre groupe de faits qui lui a paru plus frappant encore; ce sont des faits observés par des médecins habitant, soit des localités isolées au milieu de hautes montagnes, soit des îles, soit des communes rurales au voisinage de villes du Midi devenues des stations d'hiver, et dans lesquelles la tuberculose, jadis inconnue, aurait été importée de ces stations. En voici quelques exemples :

M. le docteur Deligny (de Saint-Gervais) écrit que presque tous les faits qu'il a observés dans certains villages alpestres étaient relatifs à des hommes ou des femmes qui avaient quitté la montagne dès leur jeunesse pour aller travailler à Paris et qui en revenaient plus ou moins gravement atteints. Toutefois, les cas sont restés d'ordinaire isolés, ce que notre confrère attribue à la pureté de l'air, à son incessant renouvellement et à sa richesse en ozone.

M. le docteur Mottard (de Saint-Jean-de-Maurienne) note que la phthisie est relativement rare dans les contrées élevées de la Savoie; la plupart des cas sont contractés par des personnes descendues dans la plaine. Bien qu'il croie à la transmissibilité directe de la tuberculose, il n'a vu qu'un petit nombre de cas de contagion entre époux; il pense que cela tient à ce que dans les vallées de la Savoie, dès qu'un tuberculeux est décédé, on blanchit sa chambre, on lave le plancher, on lessive le linge de corps, on fumige les vêtements de laine au soufre, etc.

M. le docteur Mallet (d'Olby-Puy-de-Dôme) a constaté plusieurs fois la rareté ou la marche très lente de la phthisie dans les altitudes qui dépassent 800 mètres; presque toujours la maladie y avait été importée des villes.

Cette fréquence de l'importation a été également signalée dans les îles peu habitées, où les communications avec le continent sont très limitées. L'île d'Oléron (Charente-Inférieure) est divisée en deux cantons : l'un comprenant une population en relation fréquente avec la terre ferme, l'autre dont les 9/10 des habitants ne sont jamais sortis de l'île. Dans le premier canton, la tuberculose est commune; dans l'autre, elle est très rare. M. le docteur Pineau, qui exerce dans ce dernier canton, dit que depuis 8 ans il a donné ses soins à 43 tuberculeux; 20 de ces cas avaient été contractés en dehors du territoire.

D'après M. le docteur Czernicki père, médecin au Cannet (Alpes-Maritimes), la tuberculose, qui jadis était extrêmement rare dans la population indigène et permanente de cette localité, à peu près confinée qu'elle était entre 2 ou 3 familles, où elle restait héréditaire, y est devenue extrêmement fréquente depuis l'époque (1860) où les étrangers sont venus y résider en hiver.

Un mot seulement sur la contagion par les objets :

Deux observations, empruntées à deux stations hivernales, tendraient à démontrer la contagion par les objets. Dans la première, adressée par M. le docteur Musgrave-Clay (de Pau), il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, batteur de tapis, sans antécédents suspects, s'étant toujours bien porté jusque-là, lorsque, il y a dix-huit mois environ, ayant eu à battre un assez grand nombre de tapis qui provenaient d'appartements occupés par des tuberculeux, il se sentit souffrant, le soir même, d'une irritation laryngée et bronchique dont les symptômes persistèrent une huitaine de jours. Mais, quinze jours ou trois semaines après leur disparition, la toux reparut, bientôt suivie de dyspnée, puis de douleurs thoraciques, avec expectoration, amaigrissement rapide, diminution très marquée des forces, inappétence, vomissements à la suite de quintes de toux, sueurs nocturnes abondantes. Il y avait environ six mois qu'il était dans cet état, lorsque M. Musgrave, consulté, constata des signes

de début de tuberculisation au sommet gauche, et des signes de ramollissement au sommet droit; puis, plus tard, une caverne dans ce même point.

La deuxième observation est celle d'un jeune homme anémique, venu pour sa santé dans une ville du Midi, où il occupa une chambre dans laquelle un phthisique avait succombé huit jours auparavant. Il ne tarda pas à présenter lui-même tous les symptômes d'une tuberculose à laquelle il succomba au bout de quatre mois.

Les conclusions du rapport peuvent être très brièvement résumées ainsi :

439 observations, dont 213 à l'appui de la contagion, et 226 négatives, où, malgré des conditions favorables à la contagion, celle-ci n'a pas eu lieu.

L'hérédité joue un rôle important dans le développement de la tuberculose (ce qui n'était pas à démontrer).

Les 213 cas de contagion se répartissent ainsi : 107 cas entre conjoints, 73 entre parents consanguins, 32 entre étrangers.

Dans les localités isolées, dans les montagnes ou les îles, la tuberculose paraît souvent naître accidentellement par importation des villes voisines et se concentrer autour des cas ainsi importés.

Enfin, la contagion peut s'effectuer par les objets.

Sur le rôle de l'artério-sclérose dans la sclérose généralisée.

A l'occasion de l'analyse du travail de M. le docteur Isnard (de Marseille), sur la sclérose généralisée, que nous avons faite dans notre Revue clinique du 13 de ce mois, M. le docteur Duplaix, l'un des auteurs cités par M. Isnard comme étant de ceux sur lesquels il s'est appuyé dans l'exposé de ses recherches, nous écrit pour nous faire remarquer qu'effectivement les principales propositions de ce travail ont été longuement étudiées et défendues dans sa thèse sur la sclérose, qui date de 1883, et dans son Mémoire sur le même sujet, paru dans les *Archives générales de médecine*, de février et mars 1885. M. Duplaix, tout en déclarant qu'il est heureux de constater que les conclusions de M. Isnard sont identiques avec celles qu'il a soutenues lui-même, nous fait remarquer que l'une des propositions que nous avons citées comme résumant la question de l'origine vasculaire des scléroses, est empruntée textuellement à son Mémoire de 1885. (C'est l'alinéa de la deuxième colonne, page 241, commençant par ces mots : « Les artères sont le point de départ, etc... ») Nous avons vérifié l'exactitude du fait, mais il ne faudrait nullement en conclure à un plagiat de la part de M. Isnard, qui en est aussi innocent qu'incapable. C'est nous qui avons omis de dire que cette proposition était empruntée au travail de M. Duplaix et de l'indiquer par des guillemets.

Nous donnons acte à M. Duplaix de sa juste réclamation.

HYDROLOGIE

Les eaux de Châtel-Guyon.

Par M. le docteur Descombes.

Quand on pratique le lavage de l'estomac, quel est le but qu'on se propose? Sans doute on espère, tout en évacuant les résidus alimentaires qui trop souvent y croupissent et s'altèrent, tout en nettoyant la muqueuse des saburres, des sécrétions spumeuses qui la recouvrent, réveiller aussi ses fonctions naturelles et exciter ses sécrétions légitimes.

On a aussi pensé agir favorablement sur la contractilité de l'organe tout entier, donner du ton à la fibre musculaire lisse du ventricule, et, pour le lavage pratiqué dans ce but, d'une certaine manière, on a proposé le nom de douche stomacale.

Ce but de fortifier les muscles de l'estomac ne serait pourtant pas toujours atteint. Des lavages réitérés ont souvent été suivis, au contraire, d'une inertie profonde, et, dans certains cas peut-être, définitive. Toujours est-il qu'on ne peut compter sur cette action tonique des douches ou des lavages. Quant au nettoyage proprement dit, a-t-il des effets durables? En se reportant à la pratique, si l'on s'en tient à ce moyen de traitement, on obtient des résultats si médiocres qu'ils ne compensent pas, à beaucoup près, les inconvénients de la méthode.

Je parle un peu d'après ma propre expérience, et je puis invoquer aussi, je crois, l'expérience d'autrui, car, depuis deux années environ, on pratique de moins en moins le lavage de l'estomac.

Pour se rendre compte de cette inefficacité et pour interpréter en même temps l'action thérapeutique de cette opération, il est permis, je crois, de la comparer au lavage de la vessie atteinte de catarrhe.

Dans l'estomac du dyspeptique, la muqueuse est aussi très évidemment dans un état de catarrhe plus ou moins intense. Comme dans le catarrhe vésical, elle est peuplée et comme incrustée de germes figurés agents de fermentation. Ces fermentations sont anormales pour l'estomac autant que pour la vessie. Or, que durent les effets du lavage de la vessie? Nous ne le savons que trop.

Quand la muqueuse vésicale est imprégnée du ferment ammoniacal, la mer y passerait sans laver la souillure. Et il paraît bien en être ainsi de l'estomac chez les dyspeptiques invétérés. Mais l'estomac possède en lui-même des ressources plus puissantes pour neutraliser et, dans des circonstances favorables, pour détruire les ferments figurés anormaux. Le suc gastrique pur, en quantité suffisante, est le fermenticide le plus efficace.

On sait depuis longtemps que ce liquide de sécrétion peut se conserver, sans se corrompre, au contact de l'air, pendant des années. Il y en a à la Faculté qui a été recueilli par Claude Bernard. Si donc on se propose de restituer à la muqueuse son intégrité et ses fonctions normales, il faudra surtout se préoccuper de la mettre dans des conditions à sécréter du suc abondant et légitime. Ce sera le moyen le plus assuré de faire disparaître l'intervention des ferments figurés; ce sera s'attaquer aux sources mêmes de la dyspepsie.

Si l'expérience démontre bien clairement que nous ne sommes pas en droit d'attendre du lavage de l'estomac des résultats dans ce sens qui soient bien encourageants, quand ce lavage a lieu par des procédés mécaniques, en est-il de même avec le lavage au moyen des eaux minérales naturelles? Une expérience plusieurs fois séculaire enseigne qu'on obtient à certaines sources des effets bien plus durables, beaucoup plus constants, et cela sans révolte des organes, sans rebuter les malades.

Il existe une source hydrominérale qui répond tout particulièrement à ces trois points principaux que vise la thérapeutique dans la dyspepsie, savoir : 1° de nettoyer l'estomac et tout le tube digestif, en entraînant les résidus alimentaires en voie d'altération, les saburres et les mucosités; 2° de favoriser les sécrétions légitimes; 3° de restituer aux muscles ventriculaires leur énergie contractile.

L'eau de Châtel-Guyon (1), étudiée au point de vue physiologique et clinique, donne des résultats tout à fait concordants. Le docteur Laborde, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté, étudiant l'action des sels qui constituent les principes minéralisateurs de Châtel-Guyon, reconnut que le chlorure de magnésium (ce sel paraît représenter la dominante dans l'effet total) a pour effet

(1) Nos observations se sont portées tout particulièrement sur la source Gubler.

constant d'augmenter la sécrétion gastrique et biliaire; de produire des évacuations intestinales liquides; d'exagérer l'appétit qui devient vorace. En outre, on observe des contractions énergiques des anses intestinales.

« Les contractions péristaltiques, après s'être montrées d'abord et surtout dans l'intestin grêle, s'étendent de proche en proche et rapidement à l'intestin tout entier, et en même temps à l'estomac lui-même, qui devient le siège de mouvements d'une intensité telle qu'il ne m'avait jamais été donné d'en observer de pareils sur cet organe où les physiologistes ont tant de peine, on le sait, à les déterminer et à les saisir distinctement. »

Le docteur Aguilhon de Sarran et après lui le docteur Voury, ont reproduit expérimentalement les résultats obtenus par le docteur Laborde, mais en se servant soit de l'eau naturelle de Châtel-Guyon, soit de ses sels obtenus par évaporation, avec substitution d'une quantité d'eau distillée égale au liquide évaporé. Les effets ont été tout à fait conformes à ceux que je viens de retracer. Ils peuvent se résumer ainsi : L'appétit est vivement excité; l'administration prolongée de l'eau de Châtel-Guyon amène l'amaigrissement de l'animal en expérience, sans altération de la santé; la quantité des urines rendues est très augmentée, sans modification de la réaction de l'urine; il se produit constamment des évacuations séreuses et bilieuses. Je passe sous silence d'autres effets généraux sur la respiration, la circulation et le système nerveux.

A l'aide de ces expériences fort concluantes, nous sommes autorisés à interpréter les effets cliniques et nous pouvons également apprécier les indications rationnelles de cette source très remarquable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Des véritables causes de la mort attribuée au choc traumatique. — M. MONOD communique l'observation d'une malade morte de choc traumatique dans son service. Ce mot de choc, ainsi que le dit M. Verneuil, ne sert qu'à cacher notre ignorance. Il est rare qu'à l'autopsie de ces malades on ne trouve pas la cause de cette mort rapide. Dans cette observation, il s'agit d'une femme de soixante-dix ans, atteinte de hernie étranglée; l'opération était urgente; elle se passa bien, puis fut suivie de coma et de mort après vingt-quatre heures. A l'autopsie : œdème pulmonaire, reins malades, kystiques; néphrite mixte à prédominance interstitielle; cœur gros et dégénéré, œdème cérébral. Ce dernier était évidemment sous l'influence de l'affection rénale, ainsi que l'a démontré M. Raymond, qui a décrit une forme d'urémie lente pouvant passer inaperçue.

Il a également démontré que l'œdème cérébral était, dans ces cas, la véritable cause de la mort. Pour l'observation de M. Monod, on comprend que le trouble circulatoire déterminé par l'étranglement herniaire et aussi par le traumatisme opératoire avait pu influencer l'état cérébral. Il résulte qu'il importe, dans ces cas, d'examiner aussi sérieusement que possible l'état des reins et du cerveau des malades que l'on doit opérer.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — M. RICHELOT fait une communication sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne chez l'adulte. La question des avantages de cette opération sur la trachéotomie de Trousseau a déjà été soulevée plusieurs fois à la Société. Elle est mieux connue aujourd'hui et il importe de bien poser les indications de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, qui est généralement à préférer à la trachéotomie chez l'adulte.

M. Richelot a pratiqué cinq fois cette opération: La première opération a déjà été publiée. Le second fait a trait à un homme de cinquante-deux ans, atteint de cancer du pharynx; opération facile, canule parfaitement tolérée. Six semaines après asphyxie, compression de la trachée par des masses ganglionnaires.

Le troisième fait se rapporte à un homme de cinquante-huit ans, pris d'accès de dyspnée obligeant à faire l'opération; l'incision du cricoïde fut nécessaire pour introduire la canule, la tête n'ayant pas été suffisamment défléchie. Si, pour une raison quelconque, on ne peut pas défléchir suffisamment la tête, on a la ressource de l'incision du cricoïde. Il s'agissait ici d'une tuberculose laryngée, ainsi que l'a démontré plus tard l'autopsie.

Dans le quatrième fait, il s'agissait d'un rétrécissement syphilitique du larynx. M. Richelot fit la laryngotomie intercrico-thyroïdienne; ici la tête fut défléchie et une simple ponction de la membrane crico-thyroïdienne suffit pour introduire la canule. Dix-neuf mois plus tard, cette canule était encore parfaitement tolérée.

Le cinquième fait était un cancer de la base de la langue envahissant le larynx; l'opération fut pratiquée avec précision. Ici la tolérance de la canule dura quatre-vingts jours. Le malade mourut de son cancer.

M. Richelot touche quelques points du manuel opératoire. Trousseau lui-même a signalé le danger de l'hémorrhagie dans la trachéotomie chez l'adulte. M. Richelot cite plusieurs cas de mort par hémorrhagie. Le souci de tous les auteurs a toujours été de s'éloigner des vaisseaux. Avec le thermo-cautère, on se mettait bien à l'abri, dans une certaine mesure, de l'hémorrhagie; mais cela constitue une opération lente, inapplicable conséquemment dans certains cas d'urgence. Krishaber, après d'autres, a démontré les avantages de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

En résumé, M. Richelot croit qu'il faut abandonner le thermo-cautère. C'est la saillie du cartilage cricoïde qui doit servir de point de repère. Une très courte incision de la peau suffit; il n'est pas besoin d'écarteurs ni de pinces hémostatiques, sauf dans quelques cas particuliers. Il faut recourir à la canule à bec de Krishaber. La canule de 10 millimètres de diamètre est parfaitement suffisante pour assurer la respiration chez l'adulte. L'incision du cricoïde n'est pas nécessaire, sauf dans quelques cas; elle n'a d'ailleurs aucun inconvénient. Contrairement à ce que dit M. Després, la canule dans l'espace crico-thyroïdien jouit d'une mobilité très suffisante. M. Després a également parlé de l'intolérance de la canule; les faits ont répondu à cette objection. Il a signalé aussi l'ulcération de la trachée ou même du tronc brachio-céphalique par le bec de la canule; il y a eu en effet un cas de M. Verneuil; mais cet accident, d'ailleurs très exceptionnel, a été observé également dans la trachéotomie ordinaire.

M. Richelot conclut en disant que la trachéotomie, chez l'adulte, est une imprudence et qu'il faut, chaque fois que cela est possible, lui préférer la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. VERNEUIL appuie de toute son autorité les conclusions de M. Richelot. La trachéotomie chez l'adulte est une opération qui doit disparaître. Pour la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, l'addition du thermo-cautère est, selon lui, très utile.

M. LE DENTU fait connaître un cas de laryngotomie intercrico-thyroïdienne qu'il a pratiqué avec M. Krishaber. Il a constaté une extrême facilité opératoire et des suites immédiates très heureuses. Il a fait cette opération à l'aide du thermo-cautère. Il lui a semblé que l'incision avec le thermo-cautère n'était pas plus longue qu'avec le bistouri. Le malade n'a pas perdu une goutte de sang et l'introduction de la canule a été des plus faciles. Une simple ponction de la membrane crico-thyroïdienne a suffi; aucun accident à la suite de cette opération; M. Le Dentu a été extrêmement frappé par sa simplicité. Il ajoute qu'il faut se servir de la canule de M. Krishaber, afin surtout d'éviter la blessure de la face postérieure du larynx. C'est une canule de 9 millimètres dont il s'est servi. M. Le Dentu pense, comme M. Richelot et comme M. Nicaise, que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est incontestablement supérieure à la trachéotomie chez l'adulte. Il rappelle les dangers d'hémorrhagies que comporte cette dernière. Il cite un cas dans lequel il a perdu son malade d'hémorrhagie quelques heures après l'opération. Il reste à savoir si la laryngotomie

intercrico-thyroïdienne est aussi avantageuse chez le vieillard, où il faut compter avec la fracture possible du cricoïde. Cela serait fâcheux, parce que c'est surtout chez le vieillard que la trachéotomie est difficile.

M. NICAISE rappelle les travaux qu'il a faits sur cette question et dans lesquels il est arrivé aux mêmes conclusions que M. Richelot. Il a fait un grand nombre d'expériences qui ont montré que la fracture du cricoïde était extrêmement fréquente, d'où l'indication de se servir de canules plus petites. M. Nicaise reviendra sur ces différents points dans la prochaine séance.

M. MARCHAND a pratiqué six fois la trachéotomie chez l'adulte : une seule fois il a eu de grandes difficultés, la tumeur envahissant le larynx. Dans un seul cas il a fait la laryngotomie intercrico-thyroïdienne; il lui a été très difficile de trouver la membrane crico-thyroïdienne. Il avait eu beaucoup plus de facilités à faire la trachéotomie. C'est donc une opération à apprendre avant de la pratiquer. Cela est-il bien nécessaire, tout le monde pouvant exécuter facilement la trachéotomie?

M. KIRMISSON cite un exemple de fracture du cartilage cricoïde dans un cas de laryngotomie intercrico-thyroïdienne, qui a été communiqué à la Société anatomique. Il se demande s'il ne serait pas préférable de recourir à la crico-ectomie proposée par Nélaton. Dans les cas de tumeur envahissant le larynx, la laryngotomie ne saurait suppléer à la trachéotomie.

M. RICHELOT n'est pas d'accord avec M. Marchand relativement à la simplicité de la trachéotomie. Il est bien évident pour lui que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération beaucoup plus simple que la trachéotomie.

Quant au cas de M. Gosselin, auquel vient de faire allusion M. Kirmisson, la fracture du cricoïde a été due à ce qu'on avait employé une canule de 12 millimètres, c'est-à-dire beaucoup trop grosse.

M. Richelot est d'accord avec M. Kirmisson sur l'impossibilité de recourir à la laryngotomie dans les cas de tumeurs envahissant le larynx.

LECTURE

Hernie étranglée. — **M. LE BEC** lit une observation ayant pour titre : *Hernie congénitale étranglée, kélotomie, ectopie testiculaire, castration, guérison.* (Comm. : MM. Nicaise, Bouilly et Richelot.)

ÉLECTION

M. Guéniot est élu membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements). — Voici, avec les noms des candidats, les questions données cette semaine pour la seconde épreuve préparatoire (leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) : 1° lundi 22 mars, MM. Nélaton et Brun : Des luxations traumatiques des vertèbres cervicales; — 2° mardi 23 mars, MM. Castex et Forgue : Hématocèle de la tunique vaginale; — 3° mercredi 24 mars, MM. Bazy et Denucé : Kystes synoviaux du poignet; — 4° jeudi 25 mars, MM. de Lapersonne et Pousson : Exostoses orbitaires et faciales.

— Les candidats du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain, à la Faculté de médecine de Paris, pour la nomination à deux places de prosecteur, sont au nombre de douze. Ce sont MM. Assaki, Beurnier, Boiffin, Demoulin, Festal, Hallé, Hartmann, Lejars, Mérigot de Treigny, Métaxas, Phocas et Villemin.

— Nous apprenons avec un vif sentiment de regret la mort de notre ancien collaborateur et ami, M. le docteur Édouard Fournié, qui avait pris, il y a quelques années, la direction de la *Revue médicale française et étrangère*. Édouard Fournié est mort mercredi matin, 24 mars 1886. Ses obsèques ont lieu aujourd'hui vendredi, à l'église de la Madeleine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Richet reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, demain samedi 27 mars 1886, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Richelot, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie externe de M. le professeur Guyon, le lundi 29 mars 1886, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Le cours comportera l'étude des fractures et des luxations.

M. le docteur Hanot, agrégé, commencera le cours complémentaire d'anatomie pathologique le mardi 30 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'ancien collège Rollin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des lésions des systèmes cardio-vasculaire et lymphatique.

— En France nous avons longtemps négligé notre trésor légendaire; un groupe de savants et de poètes a pensé qu'il fallait recueillir, pendant qu'il en était temps encore, les traditions populaires, les contes, les chansons, etc., et ils viennent de constituer la Société des Traditions populaires, qui compte déjà plus de 100 membres. Parmi les premiers adhérents nous relevons les noms de MM. Paul Arène, d'Arbois de Jubainville, Bladé, le prince Roland Bonaparte, Bourgault-Ducoudray, Brueyre, H. Carnoy, Certeux, Edouard Charton, E. Cosquin, Félix Frank, Ch. Frémine, Girard de Rialle, Grandmougin, Yves Guyot, Dr Hamy, Hovelacque, Léger, Luzel, Maspéro, Marieton, X. Marmier, Ach. Millien, Mistral, de Mortillet, Gaston Paris, Ploix, le comte de Puymaigre, de Quatrefages, N. Quellien, Ernest Renan, de Ronchaud, Paul Sébillot, Jules Simon, Julien Tiersot, Paul Topinard, Gabriel Vicaire, de la Villemarqué, Julien Vinson, W. Webster.

La nouvelle Société a pour organe la *Revue des Traditions populaires* qui se publie tous les mois, et que son prix modeste (12 fr. par an pour la France; on peut s'abonner en envoyant un mandat-poste à la librairie Maisonneuve, 25, quai Voltaire, Paris) met à la portée de toutes les bourses. Nous recevons le 1er numéro de la nouvelle Revue, dont voici le sommaire :

Programme et but de la Société. — Dictons sur le mois de Janvier. — Les trois Mineurs, légende d'Auvergne (Antoinette Bon). — L'Alouette et le Moineau, chanson (Julien Tiersot). — L'Enfance du pêcheur (Paul Sébillot). — Devinettes de Fidji (Lorimer Fison). — Zistoire loulou qui té voulé bourlé sa femme, conte créole (C. Baissac et Loys Brueyre). — Les Gâteaux d'étrennes en Basse-Bretagne (Le Calvez). — Devinettes de la Bresse (Charles Guillon). — Berceuse créole (Louis Janvier). — Une inscription contre les loups-garous (H. du Cleuziou). — La Veillée dans le puits, conte du Nivernais (Achille Millien). — Nécrologie. — Bibliographie. — Périodiques et Journaux. — Notes et enquêtes.

Ainsi qu'on le voit, les sujets sont nombreux et variés. La manière dont ils sont traités rend la Revue intéressante à la fois pour les savants et pour ceux qui ne cherchent, dans la lecture, qu'un délassement agréable.

Les prochains numéros, qui vont être publiés rapidement afin qu'en avril ils puissent paraître à leur date mensuelle, contiendront des textes inédits (contes, chansons avec musique, devinettes, superstitions, etc.), provenant des provinces suivantes : Alsace, Anjou, pays Basque, Béarn, Basse-Bretagne, Haute-Bretagne, Bresse, Corse, Franche-Comté, Bourgogne, Languedoc, Nivernais, Normandie, Orléanais, Périgord, Picardie, Poitou, Provence, Savoie, ainsi que des pièces étrangères inédites ou traduites pour la première fois, provenant des pays créoles, de l'Hindoustan, de la Turquie, de Fidji, de la Chine, du Japon, des pays Scandinaves et de la Russie. La Société publiera aussi des dissertations critiques sur des sujets de Mythologie, pour lesquelles la Revue a le concours des écrivains les plus compétents en la matière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19288.

60

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

de toutes les variétés

D'ECZÉMA, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Dépôt pour la vente en gros : COIRRE et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

92

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires** *Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.*

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tont spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

GERAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

74

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon, 3 fr. 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDÉ,

Lauréat de l'Acad. de méd. (Prix Orfila).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rhythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies et besoins circulatoires.**

DOSAGE. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.

MODE D'EMPLOI. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*

DÉPÔT. — Phie A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

71

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

41

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie,** RUE RACINE, PARIS

21

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre.* Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris, et dans les pharmacies.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

22

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiues cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

79

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées.—Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

99

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

39

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,

Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,

Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie,** 14, RUE RACINE, PARIS

DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

32

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.*
Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.
Exiger la signature ci-contre.

A. Roy

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

241

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉS PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

136

VIN DURAND TONI DIGESTIF

Le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs et d'un goût exquis.

Dyspepsie, anémie, constipation, convalescences.

Le **VIN DURAND** est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif ni purgatif, détruise la constipation ; c'est la preuve indiscutable qu'il rétablit les fonctions digestives.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris et par les principales sommités médicales.

8, avenue Victoria, Paris.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur,* diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris

N° 38. — MARDI 30 MARS 1886. 59e ANNÉE. MARDI 30 MARS 1886. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Plaie de l'articulation du genou droit; arthrite suppurée; guérison.

(Observation recueillie par M. GRAVERY, interne du service.)

Le 27 décembre 1885, le nommé D... (Gaston), âgé de dix-sept ans, taillait des tuteurs avec une serpe. Cette serpe était élargie au niveau de sa partie affilée et terminée par une petite pointe recourbée en crochet.

Le malade avait le genou droit en terre, et à un moment où il voulait frapper sur le tuteur de gauche à droite, il manqua son coup et frappa avec le crochet terminal de la serpe sur la partie interne du genou droit.

Il se fit de cette façon une plaie transversale, d'une étendue de 3 centimètres environ, sur la peau, et siégeant au niveau de la face interne du condyle interne du fémur droit. Le crochet avait dû pénétrer dans l'articulation du genou entre la face antérieure du condyle et la face postérieure de la rotule.

Le malade se releva, et ce qu'il faut remarquer dans le mouvement d'extension qu'exécuta alors l'articulation du genou, c'est que la plaie cutanée et la plaie articulaire ne devaient plus, ne pouvaient plus se correspondre. La plaie cutanée se trouvait remonter à 2 centimètres au moins au-dessus de la plaie articulaire; en un mot, le *parallélisme entre les deux plaies se trouvait détruit*. Il devait en résulter, suivant l'opinion de M. Després, une issue favorable pour le malade, puisqu'il était dans les conditions d'un malade opéré d'un corps mobile de l'articulation par la méthode sous-cutanée.

Il s'écoula peu de sang hors de la plaie, et de plus, bien que nous eussions interrogé le malade à ce point de vue, de façon qu'il ne pût s'y méprendre, il n'a pas dû s'écouler de synovie. Ce fait est déjà une conséquence du défaut de parallélisme entre les deux plaies cutanée et articulaire.

Le malade cessa son travail et une bande fut serrée autour du genou, mais il raconte qu'il continua à marcher un peu pendant quelques jours. L'articulation fut donc, après la plaie qui l'avait atteinte, soumise encore à des mouvements intempestifs et dangereux. Mais le malade avait en même temps un peu de fièvre. Cette fièvre fut plus intense, nous dit-il, le 1er janvier 1886, jour où l'articulation commença à suppurer, et depuis ce jour il mange à peine et ne dort plus.

Il entre à l'hôpital un peu tard : le 15 janvier, salle Saint-Jean, n° 18. Il s'est donc écoulé dix-huit jours entre le moment où il s'est fait sa plaie articulaire et son entrée à l'hôpital. A ce moment, M. Després a constaté l'issue à travers la plaie fongueuse d'un liquide blanc jaunâtre, lactescent, mais cependant purulent. Le pus était peu abondant, mais on pouvait cependant en faire sourdre une certaine quantité en pressant sur les culs-de-sac de l'articulation. Celle-ci était en même temps douloureuse. L'enfant était pâle et affaibli.

Notre maître appliqua sur la plaie un pansement avec des bandelettes de diachylon formant une sorte de cuirasse et une véritable occlusion. En même temps il immobilisa l'articulation du genou au moyen d'un appareil compressif ouaté et silicaté, étendu depuis les malléoles jusqu'à la racine de la cuisse. Quelques jours plus tard M. Després pratiqua, sur l'appareil, une ouverture au niveau de la plaie et renouvela le pansement.

Une fois dans l'appareil, le malade ne souffrait plus de son genou. L'œdème du pied augmenta d'abord, puis disparut peu à peu.

La température était à quelques dixièmes de degré au-dessus de 37 le 1er. Elle ne dépassa guère 38 degrés, sauf le 22 janvier où elle atteignit 39°,6, et le 23 où elle monta à 38°,6 le soir. Depuis ce jour elle se maintint entre 37 et 38 degrés.

Dans les premiers jours de février, nous voyons le malade. La plaie bourgeonne; les bourgeons charnus sont exubérants, et M. Després les réprime avec le nitrate d'argent.

Il applique le pansement simple à travers l'ouverture de l'appareil inamovible : linge troué enduit de cérat et charpie. Le malade présente un bon état général. Il peut soulever son membre sans souffrir.

Le malade se lève le 5, le 6 et le 7 février, mais il n'appuie pas le pied droit par terre; il se sert de béquilles pour marcher.

Dès le 8 février, il peut s'appuyer sur son pied sans souffrir et sans se servir de béquilles.

Le 18, on enlève l'appareil. L'articulation est encore un peu volumineuse; mais la rotule a conservé presque toute sa mobilité. Le malade peut fléchir son genou dans une certaine mesure, à 160 degrés environ. La plaie est presque cicatrisée.

La cicatrisation est complétée le 20 février et le malade peut marcher sans souffrir.

Il sort de l'hôpital le 25 février.

Quelles sont les conclusions que l'on peut tirer de cette observation ?

C'est que si la plaie articulaire a été moins grave dans notre cas que ne l'est en général ce genre de blessures, si cette arthrite suppurée du genou a guéri, c'est parce que, lorsque le membre a été redressé, le parallélisme entre

les plaies cutanée et articulaire a été détruit, et que par suite il n'y avait plus, pendant les premiers jours au moins, de communication entre l'articulation et l'air extérieur.

En second lieu, M. Després est absolument convaincu que si l'immobilité avait pu être établie dès le premier jour, cette plaie articulaire, qui a demandé un peu moins de deux mois pour guérir, aurait exigé beaucoup moins de temps, et qu'elle n'aurait probablement pas suppuré.

Qu'enfin on peut très bien guérir une plaie de l'articulation du genou, même quand cette articulation a suppuré, en mettant le membre dans l'immobilité absolue, condition indispensable du succès, et en employant tout simplement le pansement au diachylon sans aucun lavage préalable de l'articulation.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

De la pneumonie des enfants.

La pneumonie franche, lobaire, est un sujet très intéressant à étudier, en raison des différences qu'elle présente, au point de vue de la symptomatologie, avec la pneumonie des adultes.

Vous savez — et je n'insisterai pas là-dessus, voulant me borner seulement, ici, à une description à grands traits de la maladie — que sous le rapport de l'anatomie pathologique, on considère à la pneumonie trois périodes : 1° la période d'engouement; 2° la période d'hépatisation rouge; 3° la période d'hépatisation grise. Vous savez aussi qu'elle s'accompagne fréquemment de pleurésie. J'ajoute que le siège qu'elle occupe le plus souvent est le sommet du poumon. Dans une thèse très remarquable, M. Damaschino a relevé cette localisation au sommet 12 fois sur 16. J'ai également constaté sa fréquence beaucoup plus grande en ce point que dans toute autre partie du poumon.

Si maintenant nous envisageons la symptomatologie de la pneumomie franche, lobaire, des enfants, nous voyons que son début est le même que celui de la pneumonie des adultes. La maladie commence par un coryza, ou même sans coryza, *brusquement*, par de la fièvre, des frissons, de l'agitation, des convulsions, des vomissements; d'autres fois par une prostration excessive. Le pouls est très fréquent, la physionomie très alarmante, de sorteque l'on ne sait tout d'abord à quoi l'on va avoir affaire. Mais bientôt l'on constate des symptômes fonctionnels rassurants : une toux sèche, rare, douloureuse, quelquefois un peu impérieuse. Il n'y a pas de point de côté, ou plutôt l'enfant n'en indique pas, à moins qu'il soit déjà un peu grandet. Mais il a de la dyspnée (40 respirations à la minute, respirations présentant un caractère marqué d'irrégularité), de la céphalalgie, de l'insomnie. Si l'on percute la poitrine, on trouve déjà, au bout de cinq à six heures, et surtout au bout d'un jour, une diminution de la sonorité au sommet du poumon. Cependant, à l'auscultation, on ne perçoit à peu près aucun bruit dans les points où l'on a constaté de la submatité. Il y a seulement une sorte d'apnée, une absence de murmure respiratoire dans l'inspiration, et comme un petit jet de vapeur dans l'expiration, un petit bruit de craquement.

Du côté opposé on entend une respiration puérile.

Ajoutons à cela une peau très chaude, une température de 39° à 40°, un pouls de 120 à 130 pulsations, de 40 à 50 et même 60 respirations par minute. Au début, encore, et c'est là un signe très important, le petit malade a des vomissements précédés de nausées, vomissements francs, convulsifs, venant après l'ingestion de la moindre boisson, mais cessant dès le lendemain, ou, au plus tard, le surlendemain du début de la pneumonie.

L'expectoration n'apporte aucun élément au diagnostic, et cela parce que les petits enfants ne savent généralement pas cracher, mais avalent leurs crachats, à moins qu'ils soient déjà un peu grands, à moins qu'ils aient atteint l'âge de douze, treize ou quatorze ans; alors seulement ils comprennent le besoin d'expectorer.

Nous dirons encore que les malades sont en proie, soit à une grande agitation et à des troubles cérébraux, soit, le plus souvent, à une très grande prostration; ils sont comme jetés immédiatement dans une adynamie profonde. Dans le cas d'agitation, celle-ci revêt ce caractère particulier de se montrer surtout la nuit et non pas dans le jour, ce qui permet de la différencier d'avec celle que l'on observe dans la méningite.

D'ailleurs, la marche, l'évolution de la maladie, éloignent bien vite le diagnostic de méningite; car, dès le deuxième ou le troisième jour, on entend un souffle très intense dans le poumon malade, en même temps il existe une sorte d'état gastrique, la fièvre persiste, pour tomber tout à coup le neuvième jour, alors que parfois la maladie revêtait, la veille encore, une physionomie des plus alarmantes.

Je vous citerai, à ce propos, l'observation de certain petit malade pour lequel je fus appelé en consultation à l'Ecole militaire, que ses parents habitaient. Il s'agissait d'un jeune enfant en proie à des vomissements répétés, à une diarrhée excessive, en un mot, à un cortège de symptômes tels que la mort paraissait imminente. A mon arrivée, je trouvais un petit être pâle, exsangue même, froid, mais répondant néanmoins avec une parfaite lucidité d'esprit aux questions que je lui faisais, ce qui était un point de haute importance. De plus, en auscultant avec soin la poitrine, j'entendais très distinctement quelques râles crépitants un peu gros. Dès lors je n'avais plus aucun doute sur la nature de la maladie, dont cet enfant était atteint, et sur son issue promptement favorable. Il en était arrivé au déclin d'une pneumonie, et je pouvais immédiatement rassurer des parents fortement alarmés par l'état grave, en apparence seulement, de leur enfant, et leur annoncer la très prochaine cessation du mal les phénomènes que nous avions sous les yeux n'étaient autres que la crise finale.

Ainsi donc, dans la pneumonie, la fièvre tombe tout à coup, et la prostration dans laquelle se trouve plongé un petit malade, avec persistance du souffle et quelques craquements, pourrait vous faire craindre de vous trouver en face d'un commencement de tuberculose. Il n'en est heureusement rien, et vous devrez vous souvenir que, dans la pneumonie, le souffle persiste encore alors que les phénomènes fébriles ont complètement disparu.

En somme, la pneumonie franche, lobaire, est une affection très bénigne chez les petits enfants qui ont dépassé la première année, tandis qu'elle est fréquemment mortelle chez les petits êtres âgés seulement de quelques mois, ou chez les sujets déjà épuisés par une fièvre intense.

Quelques mots maintenant sur le diagnostic différentiel d'avec la broncho-pneumonie et la méningite.

La broncho-pneumonie a un début insidieux; elle est une

affection surtout dyspnéique; la percussion dénote une sonorité exagérée dans certains points, normale dans d'autres; les phénomènes stéthoscopiques s'entendent dans toute la poitrine: râles crépitants, sous-crépitants, souffle, congestion des bases, mobilité des symptômes.

Pneumonie : début brutal, moins de dyspnée, peu de toux, sonorité moindre et auscultation négative dès le premier jour, localisation du mal au sommet du poumon, persistance du souffle après la cessation de la fièvre, durée des accidents : neuf jours.

Méningite : pas de toux, agitation, convulsion, perte de l'intelligence, regard oblique, strabisme, alternatives de coloration et de pâleur de la face, persistance des troubles intellectuels.

Quant au traitement de la pneumonie : interdiction des antinervins, pas d'opium, ni d'antimoniaux, ni de vomitifs; prescription des alcooliques, boissons chaudes, teinture de digitale à la dose de 5 à 10 gouttes, ventouses sèches ou deux petits vésicatoires *volants* autour du point pneumonique, à la fin de la maladie, pour combattre la persistance de l'induration pulmonaire.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Ankylose angulaire du genou; opération de V. Robin; Guérison.

La nommée Marie B..., née à Moutiers, en Savoie, a été atteinte dans son enfance d'une arthrite aiguë du genou, liée très vraisemblablement à une scarlatine infectieuse. Cette arthrite se compliqua de fusées purulentes. Des abcès s'ouvrirent, et après une série d'accidents sur lesquels la patiente ne donne que des détails très vagues, elle fut considérée comme incurable, et on la fit entrer dans un hospice.

C'est là qu'elle fut observée par notre savant confrère, le docteur Laissus (de Salins-Moutiers). Se souvenant des résultats qu'il avait vus à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il nous envoya cette malade.

Marie B... est une forte et robuste fille dont la santé générale est excellente. Elle présente une ankylose fibreuse du genou droit. Elle marche sur le genou avec un pilon, comme les amputés de jambe au lieu d'élection.

La jambe et le pied sont atrophiés. On pourrait croire à première vue à une atrophie par paralysie infantile. Le membre malade présente un raccourcissement réel de 10 centimètres. Il y a dans la jointure quelques mouvements rudimentaires. Mais l'extension n'arrive même pas à l'angle droit. Tout autour de la jointure, on observe des cicatrices adhérentes au squelette.

En présence de cette difformité excessive, M. Mollière se décida à pratiquer l'opération de Robin. On sait qu'elle est applicable à tous les cas d'ankylose du genou. Elle consiste à produire une fracture immédiatement au-dessus des condyles fémoraux. Cette fracture est sous-périostée. Dès qu'elle a été obtenue, le membre est immédiatement immobilisé dans la position vicieuse primitive; il n'est redressé que quelques jours plus tard. On peut pratiquer ce redressement en une séance. Quand il y a ankylose à angle aigu, on le pratique en plusieurs temps et à l'aide d'appareils spéciaux que nous n'avons pas à décrire aujourd'hui.

Chez Marie B..., l'opération a été faite à l'aide de l'appareil de Robin, dont la *Gazette des hôpitaux* a déjà donné la description et le dessin. Le principe de cet appareil et de tous ceux qui en dérivent diffère essentiellement de celui des autres ostéoclastes. Ce principe, on le sait, est la fixation des os par les parties molles fortement comprimées. La cuisse de notre malade fut donc saisie dans l'ostéoclaste et comprimée fortement. Le collier de cuir de l'appareil fut appliqué dans le creux poplité. La fracture fut produite immédiatement au-dessus des condyles. Le membre fut immobilisé dans sa position vicieuse pendant douze jours. Il n'y eut aucune espèce de gonflement.

Au bout de ces douze jours, on pratiqua le redressement et le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré.

L'ostéoclasie fut pratiquée le 17 novembre. Dans les premiers jours de janvier, la malade, munie d'un soulier à semelle élevée, commença à marcher. Actuellement la claudication est extrêmement légère. La malade ne se sert même pas d'une canne.

L'opération de Robin est donc applicable, comme on le voit, non seulement aux ankyloses à angle obtus, mais aux ankyloses à angle droit. Nous l'avons plusieurs fois pratiquée avec succès dans des cas d'ankylose à angle aigu.

Cette opération a sur l'ostéotomie, mais surtout sur les résections orthopédiques une incontestable supériorité : c'est son absolue innocuité, les résultats orthopédiques étant au moins aussi précis. Les résections orthopédiques, malgré la méthode antiseptique, ont encore, même entre les mains les plus habiles, un coefficient de mortalité assez élevé. L'opération de Robin n'en a pas. Mais elle doit être pratiquée suivant toutes les règles si minutieusement indiquées par les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon et par son auteur. Autrement on retomberait dans ces ostéoclasies brutales, dont les rares succès n'ont été dus qu'au hasard ou à la force physique des chirurgiens.

DE LA VALEUR

DES GRAINES DU STRYCHNOS POTATORUM L. (TETTAN-COTTÉ) POUR LA CLARIFICATION ET LA PURIFICATION DES EAUX.

Par le docteur Viaud Grand-Marais
Professeur à l'École de plein exercice de médecine de Nantes.

S'il est un fait qui ne laisse plus de doute dans la pathogénie du choléra asiatique, c'est l'importance du rôle des eaux de boisson dans son développement et sa propagation.

Il est donc intéressant de connaître le moyen employé dans l'Inde même pour purifier les eaux destinées à être bues, d'autant plus que ces eaux, en général argileuses ou marneuses, contiennent des myriades de micro-organismes, au nombre desquels se voit le bacille-virgule ou *Komma Bacillus* de Koch.

De Ceylan au nord de l'Inde, le principal agent de purification de l'eau, est la graine d'une loganiacée, le *Strychnos potatorum L.*, graine à laquelle les Indous donnent les noms de *Tettan-cotté*, *Tétan-cottéi*, *Tettan-marun* (graine à frotter) et les Anglais celui de *Clearing-nutt*. Le kilogramme de Tettan-cotté vaut à Pondichéry environ 35 centimes.

L'emploi de cette graine est des plus simples. On en écrase deux ou trois et l'on en frotte l'intérieur d'une jarre de plusieurs litres. Au bout d'un quart d'heure, les matières terreuses, qui auraient mis plusieurs heures à se déposer, se précipitent, et l'eau est clarifiée, tout en conservant une légère teinte grise et en prenant un léger goût dû surtout à une pincée ou deux de sel, ajoutées à la fin de l'opération.

Comment agit le Tettan-cotté ? La famille végétale dont il provient fait de suite penser à la strychnine ou à la brucine, alcaloïdes se trouvant dans les graines d'une partie des strychnos, on devait donc se demander si le *Strychnos potatorum* ne tuait pas les microbes à l'aide d'un de ces poisons, se rencontrant dans ses graines en trop petite quantité pour nuire aux personnes buvant l'eau ainsi clarifiée.

Il n'en est rien : la graine à frotter n'a point d'amertume et ne renferme aucun alcaloïde vénéneux.

L'action du Tettan-cotté est tout autre. Au contact de l'eau ses cellules se gonflent considérablement. Il s'y produit des mouvements osmotiques, par lesquels leur contenu se répand à l'exté-

rieur, sous forme d'un mucilage, qui entraîne au fond du vase les substances suspendues.

Le docteur Ed. Bureau a démontré que si on laisse plusieurs jours dans un verre des graines de Tettan-cotté avec une eau quelconque, celle du service d'eau d'une grande ville par exemple, on voit s'y développer les infusoires ordinaires des macérations végétales, preuve expérimentale que les cotté ne sont pas vénéneuses pour les micro-organismes.

Restait à étudier l'action du *Strychnos potatorum* dans la patrie même du choléra indien. Un de mes amis, le père Celle, missionnaire à Ideicatour, dans le Maduré, a bien voulu s'en charger.

L'eau ayant servi à son expérience a été prise dans un étang voisin. Elle était tellement boueuse que sous l'épaisseur de trois doigts on ne pouvait rien distinguer au travers.

Un enfant frotta avec trois ou quatre graines pendant sept à huit minutes l'intérieur d'une cruche de 5 litres environ.

Le précipité commença aussitôt et en vingt minutes il était complet; le liquide conservait seulement une teinte un peu grise et un léger goût fangeux, mais dans l'Inde on n'y regarde pas de si près, et il ne faut pas être trop difficile sur ce point.

Notre excellent ami, après en avoir bu, l'examina avec une forte loupe et y vit folâtrer, non sans effroi, une multitude d'animalcules que le Strychnos n'avait pas du tout strychnisés.

Quelques jours après, il était atteint d'une fièvre intermittente des plus graves, ce qui permit aux médicastres du voisinage d'essayer sur lui, il ne sait quelles drogues, qui lui coupèrent complètement l'appétit.

L'eau ayant subi la clarification provenait d'un étang servant, pour buffles, d'abreuvoir et de lieu de baignade. Celle qui est habituellement bue dans la localité est puisée dans des trous, pratiqués sur le trajet d'un fleuve souterrain, et est beaucoup moins impure.

En résumé :

1° L'action du Tettan-cotté sur les eaux de boisson est purement mécanique et donne simplement lieu à leur clarification, d'où le nom de Clearing-nutt, que lui donnent les Anglais ;

2° Le Tettan-cotté ne détruit pas les proto-organismes, et les accidents d'impaludisme dont fut atteint l'expérimentateur en sont une preuve de plus;

3° Le sel marin ajouté à la fin de l'opération, peut au contraire avoir une certaine action nocive sur les microbes ; elle dépend de la quantité de sel employée ;

4° Mieux vaut au point de vue antimicrobique la méthode des peuples de race jaune, qui consiste à faire bouillir l'eau de boisson. Ce moyen au moins est pratiqué en cas d'invasion du mal indien ;

5° Les espérances que l'on pouvait avoir dans les vertus du Strychnos potatorum, au point de vue de la prophylaxie du choléra, sont donc vaines et il semble y avoir peu d'avantage à en propager l'usage en Europe;

6° Il peut rendre au contraire de véritables services en Cochinchine et dans nos expéditions d'Afrique pour la clarification rapide d'une eau fortement fangeuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Contagion de la fièvre typhoïde. — M. GERIN-ROZE a été surpris d'entendre nier la contagion de la fièvre typhoïde par MM. Joffroy et Labbé. Il croit qu'au moment où presque tous les médecins des hôpitaux réclament des améliorations dans leurs services au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses, il ne veut pas laisser passer une semblable opinion sans la discuter. C'est pourquoi il croit devoir opposer sa statistique à celles de ses collègues. Elle comprend 372 observations de fièvre typhoïde, dont 204 recueillies à Tenon et à Bichat et 178 à Lariboisière. Sur les 204 cas du premier groupe, il n'y a eu que 2 cas intérieurs, tandis que sur les 178 du second groupe il y en a eu 13. Les hôpitaux Tenon et Bichat possédaient donc, d'après ces chiffres, une certaine immunité quant à la contagion de la fièvre typhoïde. Ce fait trouve son explication dans les conditions hygiéniques satisfaisantes que présentent ces hôpitaux. Il n'en est pas de même à Lariboisière où les salles sont encombrées d'une façon permanente et où le personnel est insuffisant. Il en sera de même tant qu'on ne placera pas les séniles, les infirmes et les chroniques dans des asiles spéciaux. M. Gerin-Roze ajoute que sur 15 cas de contagion qu'il a observés, 7 ont atteint des infirmiers.

M. DUGUET a également relevé à Lariboisière un certain nombre de cas de contagion bien nets de fièvre typhoïde : 9 depuis trois ans sur lesquels il y a eu 2 morts. Sur ces 9 cas, chose curieuse, 3 se sont montrés chez des malades atteints de kystes hydatiques du foie ou du poumon.

M. ROBIN, bien que n'ayant pas d'opinion arrêtée sur la question, tient à déclarer que sur 307 cas de fièvre typhoïde, il a observé 4 faits de contagion bien nette.

M. DESNOS est bien certain d'avoir vu au moins 2 cas de fièvre typhoïde contractée à l'hôpital.

Pleurésie hémorrhagique. — M. R. MOUTARD-MARTIN est heureux de constater que dans sa communication (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 156). M. Dieulafoy est arrivé à des conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles qu'il a lui-même formulées dans sa thèse inaugurale. M. Dieulafoy reconnaît en effet que par des ponctions répétées on peut améliorer sensiblement l'état du malade et prolonger ses jours. Il ne croyait pas pourtant que l'épanchement pût être tari complètement à la suite de ces ponctions lorsqu'il est d'origine cancéreuse, ainsi que M. Dieulafoy dit l'avoir observé plusieurs fois.

On pourrait peut-être expliquer l'épanchement de la plèvre en admettant que l'hémorrhagie était due à des fausses membranes de nouvelle formation, mais cette hypothèse aurait besoin d'être confirmée par de nouvelles autopsies.

M. Dieulafoy reconnaît en outre que les pleurésies franchement hémorrhagiques ne suppurent jamais ; c'est un point que M. Moutard-Martin avait également bien mis en lumière.

De l'influence de l'eau sur la nutrition. — M. DEBOVE, devant les objections qui lui ont été faites, a dû soumettre à un nouveau contrôle les résultats de ses premières recherches. Dans ce but, il a répété, sur des sujets sains et bien portants, l'expérience qu'il avait instituée précédemment chez une hystérique.

Le régime auquel ont été soumis les sujets était composé de viande crue, de pain frais et d'eau. Il est nécessaire de ne faire usage que de viande crue (ou complètement bouillie), car la constitution chimique et les propriétés nutritives de la viande varient avec le mode de préparation; on doit donc pour le même motif s'attacher à ce que le pain présente chaque jour le même degré de cuisson.

M. Flumenq, interne de M. Debove, s'est soumis pendant trente-huit jours à un régime fixe et invariable (du 1er février au 10 mars). Une fois l'équilibre de poids obtenu, la quantité d'eau a été doublée, triplée, la quantité de pain et de la viande restant au contraire la même. Pendant toute la durée de cette seconde partie de l'expérience, ni le poids du corps ni le chiffre d'urée n'ont augmenté.

Deux autres sujets, chez lesquels les mêmes conditions d'expérimentation ont été observées, n'ont présenté aucune modification de poids, aucune variation dans le chiffre de l'urée. Il est donc démontré que l'ingestion d'une plus ou moins grande quantité d'eau avec les aliments n'a aucune influence sur la nutrition. M. Debove fait remarquer que cette conclusion n'est vraie toutefois qu'à la condition de ne pas trop restreindre la quantité des liquides; il est prêt à reconnaître avec M. Dujardin-Beaumetz que la privation presque absolue de liquide trouble la digestion, par conséquent peut faire maigrir. Pour démontrer qu'en diminuant la quantité

des boissons on produisait de l'amaigrissement, M. Guyot a cité une observation trop peu explicite au point de vue des autres parties du régime pour qu'on puisse la regarder comme contraire aux résultats des expériences de M. Debove. Il en est de même des faits cités par M. Labbé, qui concernaient des alcooliques avérés. M. Hayem lui avait reproché d'avoir expérimenté sur une hystérique; cette objection n'a plus de raison d'être, puisque les dernières expériences ont été faites sur des sujets sains. En réponse aux objections de M. Robin et à celle d'un docteur allemand, Genthe, qui aurait résolu la question dans un sens contraire au sien, M. Debove fait observer que cet auteur a noté dans ses expériences des différences de plus de 10 grammes dans le chiffre de l'urée, d'un jour à l'autre. Un pareil résultat suffit pour affirmer que ces expériences sont entachées de causes d'erreur, car jamais on n'observe des différences aussi grandes et aussi brusques dans le chiffre de l'urée lorsque le régime reste mathématiquement le même.

En résumé, la quantité d'eau ingérée avec nos aliments n'a aucune influence sur le poids de l'individu ni sur la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures.

M. ROBIN répondra dans une prochaine séance à M. Debove; il se borne aujourd'hui à lui faire remarquer que les conditions dans lesquelles ils se sont placés sont un peu différentes. M. Debove a expérimenté sur des sujets bien portants, tandis que M. Robin a eu en vue plus particulièrement dans ses recherches le traitement de l'obésité; or tout en ne niant pas que le régime institué par lui ait une influence sur la cure de cette maladie, M. Robin maintient qu'à cet égard la diminution des liquides dans un cas et leur augmentation dans deux autres a joué un grand rôle.

Pleurésie hémorrhagique. — **M. GOUGUENHEIM** met sous les yeux de la Société des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans son service à la suite d'une pleurésie hémorrhagique. Il avait subi deux fois la thoracentèse. Il s'agit, croit-il, d'un cancer primitif de la plèvre, car, nulle part ailleurs que dans cet organe, il n'a pu trouver un seul noyau cancéreux.

M. R. MOUTARD-MARTIN dit qu'il existe précisément dans ce cas une de ces néo-membranes auxquelles il a fait allusion dans sa communication, et il croit que c'est à elle qu'il faut attribuer l'épanchement sanguin.

M. DIEULAFOY dit que le mécanisme de l'hémorrhagie dans les cas de cancer de la plèvre ne lui paraît pas aussi simple, car il est très souvent impossible de découvrir, à l'autopsie, aucune de ces fausses membranes; il croit que dans les cancers viscéraux en général il existe une période de formation aiguë, pendant laquelle ont lieu les hémorrhagies.

M. R. MOUTARD-MARTIN ne prétend pas que l'hémorrhagie ne puisse avoir pour origine les tumeurs cancéreuses ulcérées ou les vaisseaux qui les avoisinent; il soutient que dans les cas où l'épanchement pleural a pu être tari, l'hémorrhagie devait avoir pour cause productrice une néo-membrane.

M. CADET DE GASSICOURT donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Triboulet.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 mars 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Passage du sang dans les poumons. — **M. QUINQUAUD**, en son nom et au nom de M. Gréhant, fait connaître les résultats de nombreuses expériences ayant été faites dans le but de déterminer la quantité de sang qui traverse les poumons dans un temps donné. Cette quantité est, pour un chien, de 2 litres 614 millilitres en une minute.

Détermination des phases du dégagement d'acide carbonique dans la respiration. — **M. D'ARSONVAL** a pu, par sa méthode de calorimétrie, étudier les phases du dégagement d'acide carbonique pendant la respiration, et il est arrivé à démontrer que ce dégagement d'acide carbonique, loin d'être un phénomène continu, est un phénomène discontinu qui procède par à-coups. Cette méthode permet également de déterminer les phases du dégagement de l'urée par le rein.

M. DUCLAUX signale à M. d'Arsonval certaines particularités dans le dispositif de son appareil qui ont pu l'induire en erreur pour les résultats qu'il a obtenus.

M. D'ARSONVAL répond que les conséquences de ce dispositif ne sauraient entrer en ligne de compte pour le résultat final et que cela est d'ailleurs facile à prouver.

M. GRÉHANT admet difficilement que l'acide carbonique ne soit pas exhalé d'une façon continue. Il y a selon lui dans les poumons une action particulière, qui n'est pas explicable seulement par les conditions physiques. Le poumon représente, au point de vue physiologique, une glande qui sécrète de l'acide carbonique, comme le rein sécrète de l'urée.

M. D'ARSONVAL ne croit pas que cette comparaison soit justifiée, attendu qu'il y a dans la respiration des phénomènes d'un ordre tout particulier qui n'existent pas dans la sécrétion de l'urée par le rein.

M. BROWN-SÉQUARD ajoute que l'élimination de l'acide carbonique dépend de causes variables. Les circonstances de production de l'acide carbonique variant sous l'influence de la digestion et de bien d'autres causes, la quantité d'acide carbonique éliminée dans le même temps doit également varier.

Élimination, par la respiration, de l'oxyde de carbone en nature. — **M. GRÉHANT** rappelle avoir communiqué les résultats de ses expériences sur l'élimination de l'oxyde de carbone en nature après l'empoisonnement par ce gaz. Kreis, se basant sur de nouvelles expériences, avait contredit les résultats de M. Gréhant et conclu à la non-élimination de l'oxyde de carbone en nature par la respiration, ce gaz, suivant lui, pouvant brûler dans l'organisme et se transformer en acide carbonique. C'est ainsi qu'après ses expériences, Kreis n'aurait jamais retrouvé qu'un cinquième de l'oxyde de carbone introduit dans le sang. M. Gréhant a reproduit ses expériences et est arrivé aux mêmes résultats qu'il avait primitivement obtenus. Il injecte à un chien 30 grammes de sang contenant 5 centimètres cubes d'oxyde de carbone, et il en a retrouvé 4 centimètres cubes 1/2.

M. D'ARSONVAL demande si la durée de l'élimination est en rapport avec le poids de l'animal.

M. GRÉHANT répond que l'élimination est plus rapide chez le lapin que chez le chien.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

69. M. Villejean. Recherches expérimentales sur les propriétés chimiques et physiologiques du chlorure de méthylène. — 70. M. Uribe. Des différentes formes de la dyspnée chez les brightiques. — 71. M. Gaudichier. De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis. — 72. M. Tourneur. De l'érysipèle cataménial. — 73. M. Gandon. Contribution à l'étude de la rétraction des antagonistes dans les paralysies oculaires et de son traitement chirurgical. — 74. M. Lernon. Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales. — 75. M. Bigo. Des avantages du lin de Florence ou Silk-Worgmut des Anglais comme fil de suture. — 76. M. Debrigode. Étude sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen. — 77. M. Pardo de Tavera. Contribution à l'étude de la péri-arthrite du genou (affection de la bourse séreuse de la patte d'oie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui même, lundi 29 mars 1886, à quatre heures, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Jamin, décédé. Les candidats, classés par ordre d'ancienneté, étaient : 1° M. Vulpian ; 2° M. Alph. Milne-Edwards.

Au troisième tour de scrutin, M. Vulpian a été élu par 26 voix contre 24 accordées à M. Milne-Edwards et 1 bulletin blanc, sur 51 votants.

— Par décret en date du 26 mars 1886, M. Dubar, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille.

— Par décret en date du 26 mars 1886, M. Pauchon, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de botanique à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

— Par décret en date du 26 mars 1886, M. Blondlot, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements.* — Voici, avec les noms des candidats, les dernières questions données pour la seconde épreuve préparatoire (leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) : 1° vendredi 26 mars 1886, MM. Ramonède et Étienne : De l'ophthalmie sympathique ; — 2° samedi 27 mars, MM. Marchand et Schwartz : Décollement des épiphyses.

— Un concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'ouvrira le lundi 10 mai 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, de midi à trois heures.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 21 du même mois, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé de trois mois est accordé à M. Truc, prosecteur.

— *École de médecine de Caen.* — M. Bourienne, professeur, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Marcorelles, suppléant, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Pirondi, d'un cours complémentaire de pathologie externe.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Thieulin, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin du concours qui doit s'ouvrir à l'École supérieure de pharmacie de Paris, le 1er juillet 1886.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Laulanié, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, est chargé du cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Toussaint.

M. André, chef de clinique médicale, est chargé à titre gratuit, d'un cours complémentaire d'anatomie pathologique.

M. Roule est chargé d'un cours complémentaire d'histologie.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Oeschner de Coninck, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Crespin, interne à l'hôpital Lariboisière, dans le service d'accouchements de M. le docteur Pinard, décédé aux suites d'une pneumonie, à l'âge de vingt-sept ans et demi, le 28 mars 1886. Ses obsèques auront lieu demain, mardi 30 mars, à midi très précis, en l'église de Saint-Vincent-de-Paul.

— M. Hermann Fol est nommé directeur adjoint du laboratoire de zoologie marine établi à Villefranche (3e section de l'École pratique des Hautes-Études).

— Un concours public pour une place de médecin des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) s'ouvrira, le lundi 7 juin 1886, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'Administration des hospices civils de Saint-Étienne, rue Valbenoîte, 40.

Le médecin qui sera nommé à la suite dudit concours entrera en fonctions le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1 500 francs par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

— M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne le mardi 30 mars 1886, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des scléroses de la moelle, des maladies du mésocéphale et des nerfs périphériques.

M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 30 mars 1886, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des troubles fonctionnels des grands appareils et de leur rôle pathogénique.

M. le docteur Pinard, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements, le mardi 6 avril 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la dystocie.

— M. Dareste, directeur du laboratoire de tératologie de l'École pratique des Hautes-Études, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, dans son laboratoire, situé dans les bâtiments du musée Dupuytren, le mardi 30 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Audhoui reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, le jeudi 1er avril, à dix heures, à l'amphithéâtre n° 3 de l'hôpital de la Pitié, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. in-8° raisin de 1 700 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* — Prix : 27 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Mémoires de chirurgie, par le docteur A. VERNEUIL. Tome IV : *Traumatisme et complications.* 1 vol. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Les herpès génitaux, par P. DIDAY et A. DOYON (de Lyon). 1 vol. in-8° de 367 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Nosographie des chorées, par le docteur M. LANNOIS, médecin aide-major de première classe. In-8° de 170 pages avec 12 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Essai de dynamique médicale, par le docteur J.-A. MANDON. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19300.

8

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

12

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

AU CANTHARIDATE DE SOUDE

Ce **vésicatoire** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *cystite* à redouter).

40, rue des Blavcs-Manteaux, Paris

Envoi d'éch^ons par la poste, àtitre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande. Prix : roul. de 1^m, 3^f ; boîte de 1/2^m, 1^f50.

32

GOITRES, GLANDES, SCROFULES

Diminuent dès les premières applications et guérissent par l'emploi du véritable **Sirop de Bochet Iodé** et la **Pommade Résolutive de Bertrand aîné.** Les attestations de guérison reçues sont la meilleure preuve de l'efficacité de ces deux remèdes. — Ph^ie Bertrand aîné, Hantzer successeur, 21, place Bellecour, à Lyon.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

416

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Ph^ie Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et t^tes ph.

69

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

110

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph^ies.

72

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et ph^ies.

Exiger la signature. A. Sabourdy

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : M. Margier, pharm. à Privas.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0^gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espece.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

97

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies.

77

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 c^gr. . . . *2 fr.*

Ph^ien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

N° 39. — JEUDI 1er AVRIL 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 1er AVRIL 1886. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les scrutins ont occupé une bonne partie de la séance; ils ont eu pour résultat l'élection de M. Gallard dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, où il avait sa place déjà désignée depuis longtemps, et celle de M. Heurtaux (de Nantes), au titre de correspondant dans la deuxième division (chirurgie). L'Académie a repris ensuite la discussion sur les ptomaïnes et la doctrine microbienne. Le vent souffle décidément du côté de la résistance. Retranché, comme M. Peter et comme son collègue de la section vétérinaire, M. Colin, derrière le rempart de la tradition, que l'adoption de la nouvelle doctrine, si elle venait à être adoptée dans toute sa teneur, révolutionnerait, à son avis, de fond en comble, M. Leblanc, s'étayant de sa grande expérience dans la pratique médicale des animaux, s'est proposé d'en établir et montrer les points douteux et contestables sur ce terrain. Il a pris surtout à partie les opinions si nettement arrêtées et si carrément formulées par Bouley dans son livre *Sur la nature vivante de la contagion*. Passant en revue le vaste champ des épizooties du gros et du petit bétail, il en a fait ressortir ce fait : Loin qu'il soit démontré, comme le professait son ancien collègue, que toute maladie contagieuse des bêtes, sans aucune exception, reconnaisse pour cause un germe spécial pénétrant de l'extérieur dans l'économie, c'est le contraire qui est encore l'expression de la vérité. Sauf les cinq ou six maladies dont le microbe est connu, telles que le charbon, le choléra des poules, la morve, le rouget, la plupart des autres maladies infectieuses ou contagieuses ont échappé jusqu'à présent à la recherche de leur microbe, et la pratique des inoculations est loin d'avoir réalisé toutes les promesses et les espérances qu'on avait conçues. Et il a terminé par un appel de toutes les opinions sur un terrain neutre, où partisans comme adversaires de l'étiologie microbienne pourront trouver également des enseignements et des applications utiles, celui de l'hygiène.

La séance s'est terminée par une petite passe d'armes chirurgicale, toujours à propos des microbes et de l'antiseptie, entre MM. Tillaux et Léon Le Fort. Nous renvoyons au compte rendu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Tumeurs du mésentère.

Les tumeurs du mésentère n'avaient fait l'objet d'aucun travail d'ensemble, au point de vue chirurgical, lorsque nous en fîmes la description dans le tome Ier des *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*. Jusqu'à cette époque, on ne trouvait dans la science que des observations éparses publiées surtout au point de vue du diagnostic. Quant au traitement, il était exclusivement médical. Les chirurgiens estimaient qu'en raison de la profondeur où elles sont situées et surtout des rapports importants qu'elles affectent avec les organes voisins, ces tumeurs étaient inaccessibles. Grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, il n'en est plus de même aujourd'hui. Pour notre compte nous n'avons pas hésité, il y a déjà de longues années, comme le prouvent les faits que nous avons publiés, à tenter l'ablation des tumeurs liquides et solides de cette région (kystes, lipomes, fibromes, lymphangiomes, cancers).

Nous ne parlerons pas aujourd'hui des kystes du mésentère, bien qu'ils soient beaucoup plus fréquents que les tumeurs solides, les lipomes en particulier, contrairement à l'opinion de quelques auteurs dont la pratique est trop peu étendue pour résoudre la question. En effet, sur plus de 700 gastrotomies prises dans nos statistiques personnelles, nous trouvons 10 kystes du mésentère guéris par notre seule méthode de traitement par suppuration (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 257), tandis que nous n'avons rencontré que trois tumeurs franchement lipomateuses du mésentère.

Nous voulons seulement appeler l'attention sur deux tumeurs rares : l'une d'une nature bien définie, un lipome; l'autre d'une nature plus douteuse, probablement une variété de tuberculose. Contentons-nous pour aujourd'hui de donner la description de la première. Nous parlerons prochainement de la seconde.

OBSERVATION. — La malade qui fait l'objet de cette observation s'est présentée à nous au mois de juin de l'année dernière. Elle était âgée de trente ans et avait deux enfants, l'un de cinq, l'autre de deux ans. Un an après son dernier accouchement, sans troubles menstruels, la malade vit son ventre grossir d'une façon assez appréciable pour l'engager à consulter le docteur Menu et plusieurs autres confrères qui avaient reconnu qu'il s'agissait, non pas d'une grossesse, mais bien d'une tumeur. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, en mai 1885, cette tumeur avait augmenté

considérablement de volume et déterminé un nervosisme excessif par suite des troubles fonctionnels qu'elle produisait du côté des principaux viscères du bassin, de l'abdomen et du thorax. La santé générale était déplorable; les fonctions digestives étaient presque nulles; la malade urinait peu, et depuis trois mois les règles avaient entièrement cessé. L'examen attentif de la volumineuse tumeur qu'elle portait dans l'abdomen montrait que sa consistance était autant liquide que solide, légèrement pâteuse, fluctuante par places. Il n'était pas douteux cependant qu'il s'agissait là d'une fausse fluctuation. Aussi pensâmes-nous qu'il serait plus dangereux qu'utile de la ponctionner. L'ablation seule laissait à cette malade des chances de survie; elle fut acceptée et pratiquée sans délai.

Nous commençâmes par soumettre la malade à l'anesthésie chloroformique; elle eut beaucoup de peine à la tolérer, et dès les premières inhalations elle eut une série de syncopes qui nous obligèrent à prendre les précautions usitées en pareil cas. L'incision des parois abdominales fut longue, étendue du pubis jusqu'à l'épigastre. Dès que la cavité péritonéale fut ouverte, nous reconnûmes que la tumeur était mésentérique et que le feuillet séreux viscéral qui la recouvrait était doublé de veines nombreuses extrêmement dilatées. Nous reconnûmes aussi à son aspect jaunâtre, grisâtre, transparent, qu'elle était lipomateuse. Au palper fait directement à la surface nous pûmes constater qu'elle était partout solide et qu'il n'y avait qu'une fausse fluctuation. Il n'y avait d'autres ressources que d'en pratiquer l'ablation; celle-ci fut tentée suivant les règles que nous avons précédemment posées pour l'ablation de semblables tumeurs.

Nous fîmes, à travers le feuillet mésentérique distendu, une longue incision qui intéressa successivement le péritoine et les nombreuses veines dont nous avons parlé; nous eûmes soin de prévenir tout épanchement sanguin, en pinçant successivement et rapidement chacun de ces vaisseaux. Ceci fait, nous décollâmes avec le doigt cette enveloppe séro-vasculaire, nous trouvâmes dans ce temps de l'opération une certaine résistance due à des adhérences assez lâches, qui étaient surtout nombreuses dans les points où les vaisseaux propres à la tumeur venaient se jeter dans les veines périphériques. Ces vaisseaux devenaient de plus en plus nombreux à mesure que nous nous rapprochions de la partie postérieure. De ce côté, nous en rencontrâmes quelques-unes qui avaient le volume du doigt et qu'il fallut au préalable saisir avec de longues pinces courbes avant de les sectionner. Bien que la tumeur fût très volumineuse, nous pûmes, en prenant les plus grandes précautions, l'énucléer en masse, sans avoir besoin de la morceler. Il nous fallut surtout redoubler de précautions pour la disséquer d'une part sur les côtés au niveau des anses intestinales, qui l'entouraient et qui entraient en quelque sorte dans la constitution de la tumeur; d'autre part, de la face antérieure de la colonne vertébrale à laquelle elle était reliée par un fort pédicule fibreux, résistant, qui était traversé par de volumineux vaisseaux artériels et veineux, comme s'il s'agissait d'un gros pédicule nourricier. Il ne nous fallut rien moins qu'appliquer vingt pinces temporaires en ce point. Nous les remplaçâmes aussitôt par un nombre égal de ligatures au catgut qui furent réduites. Quant à la vaste poche séreuse, cellulaire et vasculaire, qui enveloppait la tumeur, elle se rétracta dès que celle-ci fut enlevée. Nous en rapprochâmes aussitôt les surfaces saignantes de façon à faire une sorte de pédicule qui fut saisi au-dessous des pinces par deux ligatures latérales et une médiane, et réduit ensuite après avoir été réséqué en dehors des ligatures. L'opération dura une heure et put être terminée sans perte de sang. Aussi la toilette du péritoine fut des plus faciles. Au cours de l'opération, nous fûmes frappé du volume insolite de l'utérus et nous n'hésitâmes pas à admettre que la malade était enceinte de deux à trois mois, ainsi que l'aménorrhée avait permis de le supposer. La plaie abdominale fut fermée avec soin; nous nous contentâmes de laisser pendant quelques heures à la partie inférieure un tube à drainage destiné à nous montrer s'il n'y aurait pas quelque hémorrhagie interne à la suite de cette grave opération. Le pansement ouaté, compressif et antiseptique, fut fait comme à l'ordinaire.

Les suites de l'opération furent des plus simples; il n'y eut ni fièvre, ni insomnie, ni agitation, ni troubles digestifs, et la malade put retourner chez elle guérie, le dix-huitième jour. Ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que la grossesse put continuer régulièrement son cours et arriver à son terme normal. La malade accoucha sans difficulté d'une fille bien constituée, et les suites de couches elles-mêmes avaient été des plus satisfaisantes et avaient permis l'allaitement, lorsqu'au bout de trois semaines il se fit dans la fosse iliaque droite un petit abcès qui s'ouvrit spontanément sans troubler en rien la santé.

Cette opération est importante, attendu que les observations de lipomes du mésentère publiées par les auteurs sont rares; nous en avons publié deux observations tirées de notre pratique, dont l'une avait été suivie de succès. Malheureusement la malade ne put en profiter par suite d'une imprudence grave commise en mon absence, alors qu'elle était en pleine convalescence.

Dans un travail que notre confrère Terrillon vient de faire paraître, quelques cas de ce genre ont été cités et montrent que presque toutes les malades qui ont été opérées de tumeurs semblables n'ont pas tardé à succomber. C'est à peine s'il a pu citer une ou deux terminaisons heureuses. A ce point de vue il était donc intéressant de publier notre observation avec quelques détails, pour montrer qu'il ne faut pas trop tôt désespérer de sauver les malades atteintes de tumeurs graisseuses du mésentère lorsqu'elles sont très volumineuses (celle-ci pesait 25 kilogrammes) et qu'elles sont incompatibles avec l'existence; même enfin lorsqu'elles sont compliquées de grossesse.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis (1).

IV

1. *Syphilis transmise à la femme par le mari, neuf ans et demi après l'accident primitif.* — Le hasard de la clientèle me fit observer, il y a quelques jours, un cas de contagion syphilitique dans le mariage qui m'a vivement frappé, car il m'a prouvé que la contagion de la syphilis pouvait persister *neuf ans et demi après l'accident primitif*. Voici ce fait. Un jeune homme, alors âgé de dix-neuf ans, entra le 22 décembre 1876 dans mon service, salle 7, nº 4. Il avait eu récemment un chancre induré et présentait alors les premières manifestations consécutives, c'est-à-dire une éruption roséolique et des plaques muqueuses. Il eut plus tard d'autres accidents secondaires de même ordre et même un peu plus graves, tels que des onyxis aux mains et aux pieds. Il était très soucieux de sa santé et venait souvent se faire examiner par moi. Puis, étant soldat, il se fit soigner par le médecin de son régiment. Sa syphilis était peu grave comme lésions, mais elle se montrait fort rebelle. A la fin de 1884 et au commencement de 1885, il me consulta plusieurs fois pour me demander s'il était en état de se marier. Je lui en donnai l'autorisation, car je ne découvris chez lui rien de suspect.

Il épousa, le 3 mai 1885, *neuf ans et six mois* après l'accident primitif, une jeune fille de la campagne, sur la moralité de laquelle il n'y avait aucun soupçon à élever. En août, quatre mois après son mariage, cette personne, dont la santé avait été excellente jusque-là, commença à éprouver des maux de tête, des douleurs vagues partout; et, bientôt après, elle aperçut quelques taches sur sa peau. Cette situation alarma son mari; il soupçonna

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 282.

tout de suite la syphilis et me conduisit sa femme. Le 20 septembre 1885, je constatai chez elle l'existence d'un gros chancre induré, en partie cicatrisé, sur la grande lèvre gauche. Elle avait en outre une roséole confluente, des croûtes dans les cheveux, etc.

Le mari, désolé, me raconta qu'il lui était survenu, quelques semaines après son mariage, une petite lésion au bout de la langue, que la croyant inoffensive, il avait eu des rapports *ab ore* avec sa femme et que c'était ainsi qu'il avait dû la contagionner. L'idée qu'elle l'eût été par un autre lui paraissait absolument inadmissible, attendu que, sans compter les garanties morales qu'elle présentait, il l'avait épousée vierge et ne l'avait pas quittée depuis son mariage. Il existait encore à la langue de cet homme, quand je l'examinai, une petite fissure médiane entourée d'un cercle de desquamation épithéliale. Quelques autres cercles semblables, mais sans fissure, étaient disséminés sur la face supérieure de cet organe. Je ne découvris aucune autre lésion ni sur les parties génitales ni ailleurs.

Tel est ce cas. Si je le relate ici, c'est que, après une enquête sévère et minutieuse, je crois qu'il fournit un exemple de syphilis possédant encore ses propriétés contagieuses après neuf ans et demi d'existence.

On objectera peut-être que le mari avait dû contracter récemment une deuxième syphilis. Je l'ai interrogé très soigneusement à cet égard, et je n'ai rien découvert de semblable. Il était si soigneux de sa personne et si timoré qu'il n'aurait pas manqué de constater un retour des mêmes accidents que ceux de la première syphilis, s'ils s'étaient produits. Du reste, je ne crois guère aux réinfections syphilitiques; je n'en ai pas vu jusqu'ici un seul cas bien authentique.

Une autre objection, c'est celle qui vise la moralité de la femme. On peut l'élever dans tous les cas semblables. Il est difficile de lui opposer des preuves matérielles et irréfutables. Je me contenterai de dire : Oui, tout bien considéré, je crois fermement que cette femme n'a été contagionnée que par son mari. M. Ricord et son école n'auraient pas manqué de rire d'une pareille naïveté. C'est en riant ainsi qu'ils ont commis et perpétué, par leurs facéties, pendant trente ans, l'une des plus monstrueuses et des plus funestes erreurs de leur doctrine : celle de la non-contagiosité des accidents secondaires.

Syphilis transmise à la femme par le mari, quatre ans et demi après le chancre infectant. — Tout récemment encore, j'ai observé un cas de contagion syphilitique très tardive, dans le mariage. Le mari, âgé de cinquante-six ans, avait eu, en janvier 1881, un chancre infectant constaté par moi. Je l'ai ensuite soigné pendant plusieurs années pour des accidents consécutifs peu graves. Il y avait plus de dix-huit mois qu'il n'en avait eu aucun. Aussi je fus fort étonné lorsqu'il vint, le 7 octobre 1885, me dire qu'il avait donné la syphilis à sa femme. Il avait repris ses rapports avec elle depuis dix-huit mois et n'avait eu, dans ces derniers temps, aucune lésion ni à la verge, ni à la bouche, ni ailleurs, sa femme non plus du reste. — J'examinai cette dame, âgée d'une cinquantaine d'années, et je trouvai chez elle une syphilide papuleuse récente, du psoriasis corné dans les mains, des croûtes dans les cheveux, des plaques confluentes aux grandes lèvres et à l'anus, etc. Elle ne se doutait point de ce qu'elle avait et ne se plaignait pas d'avoir eu antérieurement quoi que ce soit aux parties génitales.

Là encore il y avait du côté de cette dame toutes les garanties morales qui peuvent permettre à un médecin de dire : la femme est innocente; c'est le mari qui l'a infectée. — Comment l'avait-il infectée, dans le cas actuel? je l'ignore. Le mariage offre des faits de contagion entre mari et femme, qui sont très mystérieux et souvent sans lésions contagieuses manifestes. Toujours est-il que voilà encore un mari qui, bien traité, pendant plus de trois ans, d'une syphilis bénigne, l'a communiquée à sa femme [*quatre ans et demi* après l'apparition de son chancre.

Il est à remarquer que, quand l'infection s'effectue à une période très avancée de la syphilis, à sa cinquième, sixième année et plus tard, on ne constate point, chez le sujet infectant, de lésion tertiaire qu'on puisse accuser d'être l'agent direct de la contagion. Ou bien on ne découvre aucune lésion, ou bien celles qui existent sont, anatomiquement parlant, des accidents secondaires, presque toujours des plaques muqueuses très tardives; car les plaques muqueuses peuvent être beaucoup plus tardives que je ne l'avais dit autrefois.

Dans un grand nombre de cas, j'ai vu la syphilis rester contagieuse et se transmettre du mari à la femme ou réciproquement avant la fin de la deuxième année et au commencement de la troisième. Par contre, j'ai observé d'autres cas où, le mariage ayant eu lieu malgré ma défense expresse, quelques maris, syphilitiques depuis moins d'une année, ont eu la chance de ne rien communiquer à leur femme et de procréer des enfants très sains.

Cette incertitude sur les limites précises de la virulence et de la non-virulence fournit un argument dont on ne peut nier la valeur, contre la division du processus syphilitique reposant sur cette base. Mais quelle est celle qui est inattaquable?

S'il était possible d'apporter à l'appui de la clinique des preuves expérimentales, il n'est pas douteux que nous arriverions à être fixés sur ces limites. Mais l'expérimentation sur l'homme n'est licite dans aucun cas, et l'expérimentation sur les animaux n'a donné jusqu'à présent que des résultats négatifs ou équivoques.

Trouverons-nous dans l'examen des déterminations de la syphilis, dans l'analyse de ses produits morbides des preuves de sa virulence ou de sa non-virulence? Ici encore nous sommes obligés de rester très souvent dans le doute. Toutefois certaines lésions sont décisives dans le premier sens. Ainsi l'existence de plaques muqueuses est un signe infaillible de virulence. Mais les caractères de la plaque sont-ils toujours absolus? Combien de fois n'est-on pas embarrassé sur ce point délicat de diagnostic? Entre la vraie plaque virulente et des lésions non virulentes, qui offrent avec elle la plus grande analogie morphologique, la transition se fait maintes fois d'une manière insensible. Les glossopathies superficielles et interminables de certains syphilitiques nous en offrent des exemples trop fréquents.

Quand il survient, pendant la phase secondaire ou virulente, des lésions qui, anatomiquement parlant, sont d'ordre tertiaire, faut-il les regarder comme non contagieuses? Ici, je réponds d'une manière catégorique par la négative. Qu'il s'agisse de tubercules, de néoplasies sous-cutanées, de gommes, du moment qu'elles se montrent dans les premières années de l'évolution, il faut les tenir pour suspectes, car j'estime qu'elles sont imprégnées de virus au même titre que les lésions superficielles papuleuses ou érythémateuses. Croit-on, par exemple, qu'un sujet atteint de syphilis maligne n'offrirait aucun danger comme agent de contagion et comme générateur, parce que chez lui toutes les déterminations s'effectuent sous le mode tertiaire? Qui oserait soutenir un pareil paradoxe?

Je suis fermement convaincu que le criterium de la virulence et de la transmissibilité héréditaire ne doit pas être cherché et ne se trouve pas dans la forme, dans le processus, dans la constitution histologique, non plus que dans le siège des lésions spécifiques. Sans doute il faut en tenir grand compte; mais avant tout on doit calculer l'âge de la maladie et déterminer d'une manière exacte sa durée depuis son début jusqu'au moment où on est appelé à décider de sa virulence et de sa non-virulence. C'est une affaire de temps.

Nous sommes ainsi ramenés à la chronologie, mais en la subordonnant à une considération d'ordre supérienr, puisqu'elle repose tout à la fois sur la clinique et sur la physiologie pathologique. Donc il faut toujours avoir en vue la question de la virulence ou de la non-virulence et ne négliger aucun des moyens qui peuvent permettre de la résoudre, même approximativement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars 1886. — Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une note de M. Coze, sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane ;

2° Le rapport de M. Ollivier au Conseil d'hygiène, sur la tuberculose et sa prophylaxie ;

3° Un pli cacheté déposé par MM. Duguet et Héricourt.

RAPPORT

Accommodation de l'œil aux distances. — M. GIRAUD-TEULON, en son nom et au nom de M. Mathias Duval, fait un rapport sur un travail de M. le docteur Zimmermann, médecin-major, relatif à une théorie nouvelle de l'accommodation de l'œil aux distances. M. Zimmermann l'attribue à la seule action des muscles droits. Cette théorie, condamnée depuis longtemps, est en absolu désaccord avec l'observation journalière des faits. Elle est également en opposition avec le fait de l'accroissement graduel de la courbure des surfaces du cristallin, lors du passage de la vue de loin à celle de près.

M. le rapporteur conclut en proposant d'adresser une lettre de remerciement à l'auteur. (Adopté.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Gallard; en deuxième, M. Ollivier; en troisième, M. Motet; en quatrième, M. Napias; en cinquième M. Magnan et en sixième M. Laugier.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39,

M. Gallard obtient	47	suffrages.
M. Ollivier	23	—
M. Magnan	3	—
M. Motet	3	—

En conséquence, M. Gallard est proclamé élu.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre correspondant dans la division de chirurgie. La Commission propose : en première ligne, MM. Heurtaux (de Nantes) et Paulet (de Lyon); en deuxième ligne, M. Louis Thomas (de Tours); en troisième ligne, M. Surmay (de Ham); en quatrième ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en cinquième ligne, M. Demons (de Bordeaux).

M. Heurtaux obtient	42	suffrages.
M. Paulet	25	—
M. Thomas	5	—
M. Dezanneau	3	—
M. Surmay	2	—
M. Demons	1	—

En conséquence, M. Heurtaux est élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET LA DOCTRINE MICROBIENNE.

M. LEBLANC. La discussion a soulevé peut-être prématurément la question des doctrines microbiennes ; nous manquons pour le moment des éléments nécessaires pour la résoudre. Cependant il n'est pas inutile de bien établir les points contestés et de montrer quelle révolution radicale l'adoption de cette doctrine aurait pour résultat d'apporter dans toute la médecine, aussi bien celle de l'homme que celle des animaux. Dans la pensée qu'on doit envisager l'ensemble plutôt que les détails de la question, M. Leblanc se propose d'exposer au point de vue vétérinaire les résultats acquis par la doctrine des germes.

Il apporte tout d'abord des faits pratiques à l'appui des dangers que présentent les ptomaïnes et les leucomaïnes. Depuis longtemps on a publié de nombreuses observations d'empoisonnement chez l'homme par le fait d'alimentation avec des viandes d'animaux malades.

Passant ensuite à la question des microbes, M. Leblanc, rappelant les opinions exprimées par Bouley dans son dernier ouvrage, les apprécie en ces termes :

D'après Bouley et ses adeptes, dit-il, on devrait renier toutes les anciennes idées médicales et admettre sans aucune exception que toute maladie contagieuse est causée par un germe spécial pénétrant de l'extérieur dans l'économie. Je ne le pense pas, et dans l'état actuel de nos connaissances rien ne me paraît moins prouvé.

Toute maladie contagieuse est-elle causée par un microbe? Sur ce point où est la preuve scientifique, et est-on d'accord sur la nature de ce germe? Si on a trouvé l'élément vivant des deux formes du charbon, soit bactérien, soit bactéridien, du choléra des poules, de la morve, de la tuberculose ou du rouget, il est d'autres maladies dont jamais on n'a pu découvrir le microbe. Sans parler de la rage, dont le virus est atténué ou exaspéré par des procédés où cette culture fait absolument défaut, on n'a pu, depuis trente ans qu'on s'occupe d'inoculer la péripneumonie contagieuse du gros bétail, en découvrir le germe vivant et le cultiver.

Je ne sache pas qu'on ait été plus heureux dans la recherche des éléments vivants du cowpox, de la clavelée, de la gourme, de l'affection typhoïde du cheval, de la maladie des chiens, de la peste bovine, etc.

Pour détruire la valeur des nombreuses observations qui sont contraires à la doctrine microbienne, on invoque la prédisposition s'étendant de l'individu à la race et la durée illimitée de l'incubation des maladies contagieuses. La médecine ancienne a toujours admis la prédisposition, mais aujourd'hui on en abuse.

Pas plus en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine, on ne prouvera qu'une pneumonie *a frigore* est due à la présence d'un germe vivant.

Examinant un à un les divers groupes des maladies épizootiques, M. Leblanc en arrive à affirmer que leur origine est spontanée, tout en acceptant sans doute comme possible qu'elles soient contagieuses. Devant les faits nombreux publiés à l'appui de cette opinion on répond uniquement par une négation. Il ne peut accepter ce jugement extra-scientifique.

En résumé, dit M. Leblanc en terminant, d'après la doctrine nouvelle vous pouvez posséder en vous-même tous les germes de toutes les maladies spécifiques sans prendre aucun souci de leur présence, pourvu que vous évitiez toute cause occasionnelle. Dès lors toute la médecine se réduit à une question d'hygiène; malheureusement il est bien des circonstances où bêtes et gens sont forcés de violer ces règles, aussi bien que celles de la police sanitaire. Pour le moment, la doctrine nouvelle a pour résultat fâcheux de persuader aux propriétaires d'animaux que l'inoculation suffit pour garantir ceux-ci des maladies contagieuses, et qu'il est inutile de se préoccuper désormais du régime, des soins et du mode d'emploi.

Nous ne voudrions pas être accusé de nier, d'une façon aussi absolue que nos adversaires le font à l'égard des principes médicaux anciens, la valeur des inoculations du virus atténué à l'aide des cultures, le grand progrès réalisé et confirmé. Mais alors qu'on ne croyait pas uniquement à l'existence de l'élément vivant de la contagion, n'a-t-on pas vu la vaccine nous préserver de la variole? Et a-t-il été nécessaire à M. Pasteur de connaître le

microbe de la rage pour en atténuer le virus et pour arriver à ce merveilleux résultat d'arrêter le cours de cette terrible affection dans la période d'incubation?

Enfin, à côté des succès ne faut-il pas tenir compte des revers? Pour la pleuro-pneumonie contagieuse, l'inoculation du virus pratiquée depuis trente ans ne donne-t-elle pas tous les jours la preuve de son impuissance? Pour d'autres affections contagieuses les résultats de l'inoculation sont incertains.

J'ai, au début, démontré combien les doctrines nouvelles étaient absolument contraires à la médecine traditionnelle. Aujourd'hui on veut nous prouver que rien dans les applications de la bactériologie à la pathologie n'est en contradiction avec l'ancienne médecine. Dans toute maladie contagieuse, nous dit-on, n'est-il pas plus logique d'admettre qu'il y a un agent déterminant spécifique, de nature animée. Sans contredit la théorie est séduisante, mais la question est de savoir si elle est basée sur les faits.

Pour le moment ce fait ne nous paraît pas acquis.

En résumé, il est un terrain neutre où peuvent se rencontrer ceux qui admettent l'innocuité du microbe, quand manque soit la cause occasionnelle, soit la prédisposition, et ceux qui croient trouver en dehors du germe vivant l'origine de certaines maladies infectieuses dans des modifications de l'organisme; ce terrain, c'est l'hygiène publique dont cette discussion aura eu au moins pour résultat de faire ressortir l'importance considérable et sans cesse grandissante.

M. TILLAUX, en prenant la parole dans cette discussion, n'a pour but que de répondre à M. Le Fort dont il ne partage pas les idées sur certains points; il restera uniquement sur le terrain clinique. M. Le Fort n'est pas partisan de la méthode antiseptique et prétend que les chirurgiens se font illusion quand ils lui attribuent leurs succès dans leurs services hospitaliers. A l'appui de cette opinion, il présente des chiffres statistiques et, prenant pour exemple les amputations de cuisse, il démontre qu'elles donnent encore 42 p. 100 de mortalité. M. Tillaux ne conteste pas ces chiffres; mais la statistique, dit-il, est comme la langue qui souvent dit bien, mais souvent aussi dit trop ou dit mal. Or l'exemple des amputations de cuisse pris par M. Le Fort est un très mauvais exemple, en ce sens qu'on y fait entrer les amputations dites traumatiques, tous ces cas dans lesquels il s'agit d'écrasés de chemins de fer qui meurent, non pas parce qu'ils ont été amputés, mais bien quoiqu'ayant subi l'amputation. La méthode antiseptique n'a rien à voir dans ces cas. Pour juger une méthode de traitement, il ne faudrait prendre que les statistiques d'amputations dites pathologiques. Pour bien montrer les différences qui séparent ces deux variétés de faits, M. Tillaux rappelle avoir publié la statistique intégrale des opérations pratiquées par lui, en 1883, à l'hôpital Beaujon : or il avait pratiqué 8 amputations de cuisse, dont 6 pathologiques et 2 traumatiques; ces deux dernières ont été suivies de mort, les 6 autres ont parfaitement guéri. Tous les chirurgiens qui emploient rigoureusement la méthode antiseptique obtiennent les mêmes résultats.

M. Le Fort aurait pu prendre comme exemple beaucoup d'autres opérations que les amputations : les ablations de tumeurs, par exemple; or M. Notta racontait récemment à M. Tillaux qu'étant interne de Blandin il avait vu, dans la même année, 13 opérations de tumeurs du sein; toutes ces 13 opérations avaient été suivies de mort; or, en 1883, M. Tillaux a pratiqué 21 amputations du sein sur lesquelles il a obtenu 20 guérisons. La malade qui a succombé portait un énorme champignon cancéreux qu'il n'a opéré que par humanité. Tous nos collègues, ajoute M. Tillaux, sont dans les mêmes conditions; il en est de même des fractures compliquées, des résections et des opérations sur les os.

M. Le Fort est contagionniste; mais contrairement à ses collègues, il admet que les germes infectieux proviennent du malade lui-même et non de l'extérieur; il en donne pour preuve qu'il a pratiqué deux amputations, l'une de cuisse, l'autre de jambe, qu'il les a laissées exposées à l'air libre et qu'elles ont bien guéri; il en conclut que ce n'est pas dans l'air que réside le microbe de l'infection purulente. Cet exemple ne satisfait pas M. Tillaux; il prouve simplement qu'il n'y avait pas de germes de l'infection purulente dans la salle au moment où M. Le Fort a amputé ces deux malades.

Le dernier cas d'infection purulente qu'a constaté M. Tillaux dans son service date de 1881; à cette époque, il n'était pas si rigoureusement antiseptique que maintenant. Ce qui prouve bien que les germes de l'infection purulente proviennent du dehors, c'est ce qui est arrivé à M. Alphonse Guérin qui, en 1870, perdant tous ses amputés d'infection purulente, imagina le pansement ouaté, et qui, du jour au lendemain, sans qu'aucune autre condition fut changée, guérit tous ses amputés. C'est bien là une démonstration brutale que c'est de l'air que viennent les poisons qui causent les accidents des plaies.

S'il n'y avait là qu'une question de théorie, M. Tillaux n'aurait pas pris part à cette discussion; mais il y a là, selon lui, un intérêt majeur pour le traitement des opérés. Or l'opinion de M. Le Fort est une négation absolue de la méthode antiseptique. Nous ne faisons plus dès lors que de la besogne inutile en prenant toutes les précautions que cette méthode exige. Que disait-on autrefois? Qu'il valait mieux être opéré au fond des campagnes par le plus maladroit des médecins de village qu'à Paris, dans le service du plus grand chirurgien. Aujourd'hui nous n'avons plus rien à envier aux médecins de campagne; nous obtenons aussi bien qu'eux la réunion immédiate des plaies et nous ne voyons presque plus jamais de suppuration. C'est ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu M. Tillaux a fait en six semaines 3 ovariotomies et 1 hystérectomie, et que les quatre malades sont maintenant guéries. C'est refuser d'ouvrir les yeux à la lumière que de nier les bienfaits de la méthode antiseptique.

Voici, dit en terminant M. Tillaux, mon *Credo* chirurgical : Les accidents des plaies sont produits par des germes animés venant du dehors. Nous sommes en possession de moyens propres à garantir les plaies contre ces accidents, et quand ils se produisent, cela vient d'une faute commise par le chirurgien.

M. LE FORT n'a pas nié les avantages de la méthode antiseptique; il s'est borné à comparer les chiffres de la mortalité dans les hôpitaux en 1868 et 1869 avec ceux des années 1882 et 1883, et il a eu bien soin de distinguer les amputations pathologiques des amputations traumatiques. Les résultats obtenus par l'antiseptie sont indéniables et ces chiffres mêmes le prouvent, puisque cette mortalité, qui était en 1868 de 61 p. 100, est descendue en 1882 à 42 p. 100, ce qui fait une différence de 19 p. 100. M. Le Fort n'a donc jamais pensé à nier le progrès accompli.

Reste l'interprétation, sur laquelle il n'est plus d'accord avec M. Tillaux; M. Le Fort reproduit une partie des arguments de son dernier discours. Il rappelle avoir été contagionniste avant les autres chirurgiens et avoir toujours insisté sur la contamination, sur l'infection purulente puerpérale ou autre communiquée directement par des éponges, le toucher ou les instruments.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Douches stomacales. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** présente, au nom du docteur A. Ruault, un appareil dit à douches stomacales, destiné au curage, au lavage et à la médication topique de l'estomac.

Cet appareil, construit par M. Galante sur les indications du docteur Ruault, se compose d'une sonde gastrique en caoutchouc rouge, dont le bout stomacal (fig. 1) est terminé par une soupape *x z* qui s'ouvre largement lorsqu'on aspire le contenu de l'estomac, et se ferme au contraire lorsqu'on y injecte le liquide. Celui-ci passe alors par de petites fentes *r, r, r* disposées sur une longueur de quelques centimètres tout autour du bout stomacal de la sonde, de façon à constituer une véritable douche en cercle excentrique. Le bout extérieur de la sonde S (fig. 2) est bifurqué en Y.

Chacune des branches de bifurcation *t, t'* se rend à un bouchon *b, b'*, de moyen calibre, pouvant s'adapter à une bouteille ordinaire, disposition analogue à celle que M. Potain a donnée à son aspirateur. Deux poires en caoutchouc, — l'une foulante P, l'autre

aspirante P', — reliées à chacun des bouchons tubulés, complètent l'appareil.

La manœuvre est fort simple (fig. 2). La sonde étant introduite dans l'estomac, on fait d'abord jouer la poire foulante, qui produit la douche; lorsque la quantité de liquide ainsi introduite est suffisante, on retire le liquide par aspiration, et l'on continue ainsi à doucher l'estomac et à en retirer le liquide qui a servi, jusqu'à ce que celui-ci ressorte aussi propre qu'il est entré. On évite, dans les deux cas, que le liquide reflue dans la deuxième branche de bifurcation de la sonde, en obturant cette branche par compression avec les doigts d'une main, tandis que l'autre main fait jouer la poire du côté opposé.

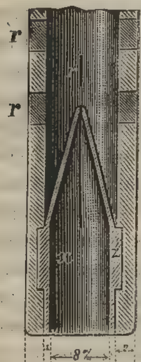


Fig. 1.

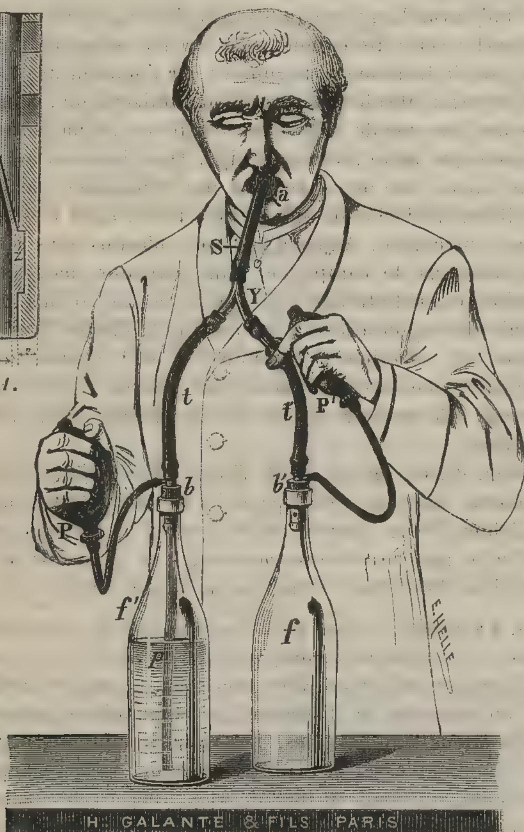


Fig. 2.

Les avantages de cet appareil sont les suivants : 1° Il évite la distension mécanique de l'estomac, qui se produit fatalement avec les autres appareils (tube-siphon, sonde à double courant) actuellement usités. En effet, on est obligé, avec ces appareils, d'emplir entièrement l'estomac de liquide pour baigner toute l'étendue de ses parois, tandis qu'avec celui-ci on peut arroser toute leur surface en n'introduisant à la fois dans l'estomac qu'une quantité de liquide insignifiante ; 2° il détache mécaniquement les mucosités adhérentes aux parois de l'organe, résultat impossible à obtenir avec les appareils usités actuellement, ainsi que l'ont prouvé de nombreux essais faits tant sur le vivant que sur des estomacs récemment enlevés à des cadavres.

La muqueuse stomacale, ainsi débarrassée des mucosités qui la recouvrent dans beaucoup de cas, pourra donc toujours être mise en rapport direct avec les liquides employés pour le lavage, et peut-être bénéficier ainsi de la médication topique, qui rend de si grands services dans le traitement des affections des autres muqueuses (intestin, utérus, vessie, fosses nasales, etc.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 mars 1886, ont été nommés dans la réserve de l'armée active :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe, Mancy, Reymond, Mazurier, Ravaux, Rebuffet, Renard, Aubert, Charrasse, Sevin et Husson.

— Par arrêtés ministériels en date du 30 mars 1886, des concours s'ouvriront à l'École de médecine de Besançon, savoir : 1° le 3 novembre 1886, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques; 2° le 8 novembre 1886, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques.

— Par arrêtés ministériels en date du 30 mars 1886, des concours pour des emplois de suppléants à l'École de médecine de Besançon s'ouvriront : 1° devant la Faculté de médecine de Nancy, le 3 novembre 1886, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales; le 15 novembre 1886, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale; le 15 mars 1887, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie; — 2° devant l'École supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Les récompenses suivantes viennent d'être décernées aux médecins et élèves en médecine et pharmacie qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Gard. — Une médaille d'argent de première classe à M. Grousset, médecin à Aubais; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Milhaud et Molines, internes des hospices de Nîmes.

Hérault. — Une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Bordone, adjoint au maire de Frontignan.

Var. — Une médaille d'or de deuxième classe à M. Guérin, pharmacien en chef des hospices de Toulon; une médaille d'argent de première classe à M. Bounic, pharmacien-interne à l'hôpital Bon-Rencontre; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Duchon-Doris, Lapervenche, Lesage et Guillet, internes des hôpitaux de Paris; Boulouys et Hauric, internes des hospices de Toulon; mentions honorables à MM. les étudiants Moussoir, Maïsse, Luc, Marqueyrolle, Guillon, Oroncé, Pélissier, Erhart.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Astaix, professeur de chimie, est nommé professeur honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Clare Saint-Allais, externe à l'hôpital de la Pitié, victime de son zèle et de son dévouement dans l'exercice de ses fonctions. Il a succombé à une pneumonie contractée dans le service, où cette maladie règne en ce moment épidémiquement. Sept personnes, dont un infirmier et ce jeune externe l'ont contractée dans la même salle.

— M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 4 avril 1886, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

La première leçon sera consacrée à une revue clinique et médico-légale de l'année 1885.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des tumeurs adénoïdes du pharynx, par le docteur Chatellier. Grand in-8° de 95 pages avec 5 photographies et 2 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'action révélatrice et bienfaisante des Eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre, par le docteur C. Robert, médecin en chef de la Maternité de Pau. Brochure in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19311.

N° 40. — SAMEDI 3 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 3 AVRIL 1886. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des paralysies toxiques.

Tel est le titre et le sujet de la thèse de concours pour l'agrégation, de M. E. Brissaud, à qui est échue, comme on le sait, de par le jugement du jury, la première place.

M. Brissaud a borné son étude aux paralysies vraies par résolution musculaire et non par spasme ou contracture et à celles, d'entre elles, qui sont produites par les substances toxiques solubles ou dissoutes.

Ainsi restreinte, la question restait encore assez complexe pour nécessiter des distinctions préalables avant d'en embrasser la généralité. L'une des premières distinctions est celle du degré de la paralysie, l'impotence musculaire pouvant être réduite à sa plus simple expression, à une parésie, ou bien aller jusqu'à la résolution complète; puis vient celle de sa distribution, sa limitation à un groupe musculaire déterminé ou même à un seul muscle, ou bien son extension au système musculaire tout entier; celle du type paraplégique ou hémiplégique; de leur durée, fugace, éphémère ou plus ou moins persistante; enfin de leur isolement ou de leur combinaison avec d'autres symptômes.

Le principal élément clinique de différenciation étant le fait de leur isolement ou de leur combinaison, c'est sur ce fait que M. Brissaud a fondé sa division des paralysies toxiques en deux grands groupes : les paralysies dans les myélo-encéphalopathies toxiques, où la paralysie n'a qu'un rôle et une importance secondaires, et les paralysies par névrites périphériques, lésions spéciales, constantes et caractéristiques.

Dans le groupe des paralysies combinées, M. Brissaud nous montre les poisons agissant de deux façons sur les cordons nerveux : en produisant des altérations conjonctives ou vasculaires de nature irritante (lésions athéromateuses) qui entraînent à leur suite des ramollissements cérébraux, des hémorrhagies; ou bien en exerçant une influence directe sur les éléments nobles (cellules motrices ou sensitives) qu'ils paralysent ou surexcitent suivant les cas.

Étant connue, d'autre part, l'action produite sur les centres nerveux par certaines substances minérales, végétales ou animales (sels de potasse, sels de plomb, strychnine, curare, etc), on saura que les désordres médullaires ou encéphaliques qui leur sont imputables sont en général transitoires, de courte durée, celle-ci étant subordonnée à l'élimination progressive du poison par les émonctoires naturels ou à sa destruction dans l'organisme.

Les paralysies combinées, dans ces cas d'encéphalopathie ou de myélopathie, avec les accidents convulsifs ou délirants, occupent rarement les deux membres supérieurs; leur type le plus commun est l'hémiplégie ou la paraplégie. Elles sont le plus ordinairement compliquées d'un certain degré de contracture spasmodique et accompagnées d'anesthésie.

Dans tous les cas de cette catégorie, les troubles cérébro-spinaux relèguent en quelque sorte les phénomènes paralytiques au second plan et au rang de symptômes accessoires.

Après les myélo-encéphalopathies, telles que celles de l'alcoolisme, du saturnisme ou du lathyrisme, se manifestant par des phénomènes complexes au milieu desquels prennent place des paralysies diverses, différant de celles que l'on appelle dans le langage courant « paralysies toxiques », M. Brissaud passe à d'autres paralysies reconnaissant pour cause l'action des poisons de fabrication animale, en d'autres termes, des auto-intoxications, auxquelles les mêmes considérations sont applicables; telles sont les paralysies procédant de l'ictère, du diabète ou de l'urémie. Ces paralysies, généralement fugitives, comme celles qui précèdent, se montrent aussi comme elles, toujours associées à des accidents plus ou moins complexes d'encéphalopathie et ne se rattachent que d'une façon indirecte au processus morbide primitif.

Le sujet principal de ce travail est l'exposé schématique des paralysies toxiques d'origine périphérique ou par névrites. C'est moins l'histoire particulière de chacune d'elles, que renferme ce second chapitre, que leur histoire générale ou la recherche de leurs caractères communs.

En vertu de quelle prédisposition individuelle ou de quelle susceptibilité organique les substances toxiques produisent-elles des lésions périphériques plutôt que des lésions centrales? C'est ce qu'on ignore encore. On ne peut que constater, sans les expliquer, les relations de cause à effet.

Les paralysies toxiques périphériques ont chacune leur localisation propre, quels qu'aient été le mode et le lieu de pénétration du poison. Dans les cas de moyenne intensité,

ces paralysies se limitent à quelques groupes de muscles et toujours à des muscles des membres. Elles sont le plus souvent bilatérales, mais l'un des côtés (le côté droit d'habitude), est plus frappé que l'autre. En général, l'impuissance motrice se limite d'abord pendant un certain temps dans les muscles extenseurs. Cette localisation constitue même le premier et le plus constant caractère de ces paralysies. Leur début est brusque ou progressif. Elles ont une durée minimum de deux à trois semaines; quand elles la dépassent, l'atrophie s'ajoute à la perte de la contractilité.

Elles se généralisent quelquefois. Tantôt la généralisation est lente et s'effectue peu à peu, d'un groupe musculaire à un autre; tantôt, au contraire, l'envahissement de tous les muscles se fait presque en même temps ou dans une très courte période.

C'est dans les formes localisées des paralysies toxiques que l'analyse méthodique de la contractilité électrique des muscles a fourni les indications les plus utiles.

Des troubles variés de la sensibilité précèdent souvent l'apparition des paralysies (perversions sensitives et même sensorielles, hyperesthésie puis anesthésie, perversions intellectuelles et morales, etc.).

Enfin des lésions trophiques en sont assez souvent la conséquence.

Quant aux lésions nerveuses, elles sont caractérisées par des foyers de névrite disséminés, tantôt sur les branches intra-musculaires, tantôt sur les dernières ramifications cutanées; parfois par de véritables foyers de ramollissement ou de sclérose des gros troncs nerveux.

Tels sont en raccourci les caractères généraux communs des paralysies toxiques périphériques. Cette histoire synthétique est complétée par l'histoire de quelques cas particuliers, tels que ceux des paralysies alcooliques, arsénicales, saturnines, etc., dont l'analyse nous conduirait trop loin.

Un mot, pour terminer, sur l'un des points les plus intéressants de cette étude, celui qui est relatif à la pathogénie.

Pourquoi les substances toxiques exercent-elles dans certains cas leur influence nocive sur les nerfs périphériques plutôt que sur les centres? Quel est le mécanisme intime de cette action?

Voilà les deux grands problèmes pathogéniques qui se présentaient. Aucun d'eux n'est encore résolu. Un seul point paraît établi, c'est l'identité presque absolue de l'irritation produite par les substances toxiques et par les agents infectieux sur le tube nerveux. Les lésions microscopiques des névrites infectieuses résulteraient, suivant M. Brissaud, d'une action mécanique exercée par les microbes. Il en avait déjà fourni la preuve en exposant les principaux caractères de la maladie pyocyanique, il en trouve une nouvelle confirmation dans l'histoire du béribéri, cette endémie japonaise dont Scheube a démontré la nature microbienne et qui se présente avec les allures d'une paraplégie essentielle analogue à celle de la paralysie alcoolique.

De cette identité des deux processus, M. Brissaud déduit la vraisemblance que les névrites multiples subaiguës de l'alcoolisme, du saturnisme, etc., reconnaissent pour cause une sorte d'action traumatique exercée par le poison sur les éléments nerveux, et analogue à l'action mécanique des microbes du béribéri.

La pathogénie des symptômes est intéressante en ce qu'elle établit les relations des paralysies en question avec le processus de la névrite périaxile.

M. Brissaud considère comme probable que la diminution ou l'abolition de la motilité sont proportionnelles à la compression du cylindre-axe par le bourgeonnement des noyaux dans la gaine de myéline, — phénomène analogue à celui que produit la ligature temporaire d'un nerf. Le retour de la motilité s'expliquerait, dans ce cas, par la décroissance des phénomènes irritatifs et la décompression du cylindre-axe.

La paralysie est-elle plus grave et se complique-t-elle d'atrophie musculaire, cela tient à ce que l'irritation périaxile a retenti sur le cylindre-axe lui-même et a entraîné sa dégénérescence. Mais il suffit qu'un petit nombre de tubes ait échappé à cette dégénération pour voir s'effectuer le retour de la motilité.

Les troubles de la sensibilité sont encore plus faciles à expliquer par la névrite périphérique que les troubles moteurs. Ils sont la conséquence de l'interruption du courant dans les nerfs centripètes, par suite de l'irritation de leur cylindre-axe.

En résumé, la théorie de la névrite paraît à M. Brissaud plus satisfaisante que la théorie spinale; elle a au moins, à ses yeux, l'avantage d'être étayée sur des données anatomiques incontestables.

Le chapitre relatif au traitement se résume en trois points ou trois indications générales : 1° la prophylaxie par la suppression, autant que cela est possible, des causes d'empoisonnement; 2° l'élimination du poison par les stimulants de la circulation et des sécrétions cutanée et urinaire; 3° la médication proprement dite, qui se réduit à peu près à l'emploi empirique de l'iodure de potassium et à l'application de l'électrisation, par les courants induits ou par les courants continus, et du massage par la méthode de Metzger. La chirurgie peut intervenir utilement par les sections tendineuses, dans les cas de pieds-bots paralytiques de l'alcoolisme ou de l'arsenicisme, menaçant de passer à l'état de difformités permanentes sous l'influence de la rétraction musculaire ou de la formation d'adhérences dans les gaines tendineuses.

Urémie : accidents dyspnéiques de l'urémie à forme broncho-pulmonaire.

On a donné le nom de forme broncho-pulmonaire aux accidents dyspnéiques de l'urémie, non pas que les organes thoraciques soient directement affectés chez les urémiques, mais à cause de la prédominance et de l'intensité qu'acquiert dans certains cas cette dyspnée.

Cette dyspnée, généralement très pénible pour les malades, se présente sous trois variétés d'aspect; elle est simple, paroxystique ou spasmodique.

La première variété est caractérisée par l'accélération et les variations d'étendue du mouvement respiratoire, l'essoufflement à l'occasion du moindre effort et souvent aussi par une respiration à type diaphragmatique.

La seconde variété est constituée par une oppression violente accompagnée de plaintes, qui se produit de temps à autre, c'est la dyspnée désignée sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes, consistant, comme on le sait, dans une succession régulière et périodique d'une phase d'apnée ou de pause, et d'une phase de dyspnée dans laquelle les respirations augmentent graduellement, deviennent de plus en plus profondes jusqu'au plus haut degré de la respiration supérieure bruyante, puis décroissent progressivement

jusqu'à une nouvelle pause. Ce cycle, d'une durée de quelques minutes, est accompagné de désordres circulatoires oculo-pupillaires et cérébraux.

Ces phénomènes, qui ont été alternativement mis sur le compte, tantôt d'une stéatose ou de toute autre affection cardiaque, tantôt de diverses affections cérébrales, dépendent, plus souvent peut-être qu'on ne le pense, d'après M. Lancereaux, d'une affection des reins.

Les lésions rénales qui donnent généralement naissance à ces phénomènes seraient, suivant lui, celles qui portent plus spécialement sur le système artériel du rein. Il les a vus se produire quelquefois dans le cours même de la néphrite épithéliale. Il voit, d'ailleurs, la preuve de leur origine urémique dans ce fait qu'assez ordinairement ils cèdent à l'administration d'un ou deux purgatifs énergiques.

La dyspnée spasmodique, qui a beaucoup de ressemblance avec un accès d'asthme, au point qu'on l'a décrite sous le nom d'asthme urémique, bien que plus rare que les deux autres variétés d'accidents dyspnéiques, se présente néanmoins dans quelques cas. Elle survient brusquement, en effet, comme un accès d'asthme nerveux; mais elle en diffère en ce que l'expiration n'est pas sifflante et qu'on n'entend dans la poitrine ni râles sibilants ni râles ronflants à l'auscultation, et que l'accès n'est généralement pas suivi d'expectoration, comme dans l'asthme vrai. Enfin elle s'en distingue encore par la pâleur de la face, la décoloration des lèvres, la dureté du pouls, la saillie des yeux, et souvent par des vomissements qui surviennent soit avant, soit après la crise. M. Lancereaux dit avoir observé plusieurs fois ce genre d'accidents, notamment chez une femme âgée de soixante et onze ans chez laquelle, à la suite de fluxions de goutte aiguë, on vit survenir de la polyurie, de l'albuminurie et tous les signes d'une néphrite interstitielle. A chacune des deux crises dont il fut témoin et qui furent toutes deux suivies de vomissements, il fut conduit par cette circonstance à administrer un purgatif énergique et les accidents cessèrent.

Bien que ces sortes d'accès dyspnéiques, qui n'ont, en somme, pour point de départ ni une altération des poumons, ni une lésion du cœur, puissent se montrer dans d'autres circonstances, M. Lancereaux n'en est pas moins d'avis qu'ils doivent toujours tenir l'esprit du médecin en éveil sur la possibilité d'une lésion rénale et l'engager à examiner avec attention les urines, le résultat de cet examen pouvant lui donner immédiatement la clef du diagnostic.

Tic douloureux de la face chez un sujet cérébro-gastrique guéri par les lavages répétés de l'estomac.

M. Debu, interne à l'hôpital Rothschild, nous communique l'observation suivante qu'il a recueillie dans le service de M. le docteur Leven, médecin en chef de cet hôpital, et qui nous a paru présenter un double intérêt au point de vue du diagnostic comme au point de vue du traitement.

L. A..., âgé de soixante-trois ans, marchand ambulant, entre à l'hôpital, le 22 mars 1885, pour un tic douloureux de la face.

Il n'accuse aucune maladie antérieure; bien que sa vie ait été assez agitée, qu'il ait subi de grandes fatigues et commis de nombreux écarts de régime, sa santé est restée excellente jusqu'en 1870. A cette époque, il commence à ressentir des courbatures généralisées, des douleurs vagues dans la continuité des membres, des maux de tête occupant la région frontale, revenant trois à quatre fois par mois, et des troubles digestifs caractérisés par des pesanteurs d'estomac, des gaz, des selles irrégulières, etc.

Au mois de septembre 1884, à la suite d'une série de vives contrariétés, il est pris brusquement d'une violente douleur dans le côté droit de la face et du cou, avec rougeur, gonflement et hypersécrétion sudorale de la région.

La douleur est sourde, continue, mais elle a des exacerbations qui éclatent par accès, durant quelques secondes à peine, et donnant au malade la sensation d'un éclair qui lui traverserait la figure. Ces accès, au nombre de 50 à 60 par jour, s'accompagnent de mouvements involontaires convulsifs qui font grimacer le malade et qui sont caractérisés par le plissement du front, le clignement de la paupière, l'ascension de la joue et de l'aile du nez du côté droit. La souffrance est intolérable et le malade est d'autant plus affecté qu'il a perdu le sommeil et l'appétit.

Les médecins consultés essaient toutes sortes de traitement. L'opium, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, les mouches, la teinture d'iode, sont employés sans produire le moindre effet.

On recherche les dents qui pourraient être cariées; on en arrache quatre, mais leur ablation n'amène aucune amélioration.

C'est alors que le malade désespéré vient se présenter à l'hôpital réclamant non la guérison, mais un peu de soulagement à ses souffrances.

A son entrée, le 22 mars, on constate une névralgie de la cinquième paire, avec tic douloureux de la face.

L'exploration des foyers douloureux montre que la branche ophthalmique, les nerfs maxillaires supérieur et inférieur sont affectés. Le lieu d'émergence des nerfs du plexus cervical superficiel est très sensible à la pression.

La douleur est intense, exaspérée par le moindre mouvement, le moindre changement de température. L'action de rire, de parler, de tousser, un mouvement brusque, une légère émotion suffisent à provoquer le retour des mouvements convulsifs.

La langue est sale et saburrale; la soif est vive.

L'appétit est nul, les digestions sont mauvaises. Les repas sont suivis de gaz, d'oppression, de pyrosis. Tous les points du plexus sont douloureux.

On met le malade au repos, on lui pratique un lavage d'estomac, et la première semaine se passe sans grand changement dans son état.

Dès le second lavage pratiqué huit jours après le premier, l'amélioration est manifeste, les crises sont moins fréquentes; de 60 par jour elles sont tombées à 30. Le malade peut marcher, mais à la condition de le faire sans brusquerie.

Le 4 avril il apparaît un eczéma sur le trajet des nerfs occipitaux du côté droit.

Le même traitement est continué. Après un séjour de six semaines pendant lequel on fit six lavages d'estomac, le tic a disparu, le malade se trouve bien, ne souffre plus de la tête et demande à rentrer chez lui.

Il sort de l'hôpital le 8 mai 1885. Une fois dehors il reprend son commerce, se permet quelques écarts de régime et se fatigue outre mesure. Quelques douleurs accompagnées de mouvements convulsifs ne tardent pas à reparaître au cou et à la joue droite.

Le malade vient à trois fois différentes demander un lavage d'estomac. Mais cette médication intermittente ne peut enrayer la marche ascendante des symptômes, et le malade est obligé de se faire admettre de nouveau le 27 octobre suivant.

Les symptômes observés sont les mêmes que lors de la première entrée, mais un peu moins intenses. Les accès sont moins douloureux et moins nombreux; ils s'élèvent à 30 ou 40 par jour.

On institue le même traitement que la première fois, et quatre semaines après, c'est-à-dire après quatre lavages d'estomac, le tic n'apparaît plus, et il ne reste de tous les symptômes antérieurs qu'une légère douleur, sans mouvements convulsifs, siégeant à la partie latérale du cou et ne se réveillant qu'à l'occasion des mouvements brusques.

Le malade peut marcher sans prendre de précautions ; son appétit est revenu, ses nuits sont bonnes, et il sort le 23 décembre complètement guéri.

A l'heure actuelle aucun symptôme n'a reparu; néanmoins de temps en temps le malade vient de lui-même réclamer un lavage, qu'on lui accorde avec ménagement et qu'on ne pratique qu'une fois par mois environ.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de l'histoire de certains tics douloureux, de leur étiologie et de leur traitement.

On ne pouvait, dans ce cas, pour établir le diagnostic, invoquer aucune cause périphérique. Ni traumatisme antérieur, ni lésion d'os, ni otite, ni engorgement ganglionnaire ne pouvaient être incriminés. On avait soupçonné la carie dentaire d'être cause de tout le mal, mais l'avulsion des quatre dents cariées n'a pas produit le résultat qu'on en attendait. Aucune diathèse n'entachait la famille du malade, ni goutte, ni rhumatisme, ni arthritisme. Lui-même n'a jamais eu ni syphilis, ni fièvre intermittente, et l'iodure de potassium ainsi que le sulfate de quinine ont eu le plus complet insuccès.

Par contre, ce malade était un nerveux et présentait sous tous les rapports un type de ce que M. Leven appelle des cérébro-gastriques ; aussi M. Leven, qui a constaté, par de nombreuses observations, combien le lavage d'estomac était un adjuvant utile pour calmer le système nerveux irrité, se plaçant à ce point de vue, a-t-il eu l'idée de recourir dans ce cas à ce moyen, en y joignant toutefois le repos complet, et l'éloignement de tout ce qui aurait pu surexciter le malade, comme lectures et visites, etc.

Le résultat n'a pas trompé son attente ; peu à peu le sommeil revint, les accès douloureux diminuèrent d'abord de nombre et d'intensité, puis disparurent tout à fait jusqu'au moment où le malade sortit, un peu prématurément peut-être, de l'hôpital.

Livré de nouveau à lui-même et aux mêmes préoccupations de la vie extérieure et ayant repris ses habitudes d'autrefois, ses accès ne tardèrent pas à reparaître.

La même médication triompha la seconde fois comme elle avait triomphé la première, et le malade sortit de nouveau guéri ; mais rendu sage par l'expérience, il suit maintenant un régime qui maintient le *statu quo*, et tout porte à croire que s'il persiste dans ses bonnes résolutions, s'il continue à s'observer et à tenir quelque temps encore une bonne hygiène du cerveau et de l'estomac, la guérison restera définitive.

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants.

Par M. le docteur Achenne.

Un travail tout récent a nettement tranché la question de l'origine véritable du rachitisme en la rapportant uniquement à l'alimentation défectueuse.

Cette étiologie est enseignée unanimement par tous les maîtres, notamment par Jules Guérin et par M. le professeur Bouchard.

M. le docteur Comby résume son jugement dans cette question du rachitisme, par la proposition suivante : « Quand on voit des familles nombreuses, comptant six, huit et dix enfants allaités diversement suivant les vicissitudes heureuses ou malheureuses auxquelles sont soumis les ouvriers, payer au rachitisme un tribut proportionné aux fautes hygiéniques commises, on ne peut se défendre de croire que toute l'étiologie du rachitisme est dans l'hygiène alimentaire. » M. le professeur Bouchard appuie cette opinion et la justifie par des considérations scientifiques empruntées à ses travaux sur la nutrition.

S'il en est ainsi, si des fautes de régime et d'alimentation sont les causes premières d'une des plus graves affections de l'enfance, il est d'une importance souveraine de rechercher les moyens de corriger l'alimentation grossière et prématurée donnée aux enfants.

La solution de ce problème peut se résumer dans les conditions suivantes : donner à l'enfant les aliments dans un état de division extrême, pour parer à l'absence des dents, et assez substantiels, sous un petit volume, pour ne pas obliger l'estomac à se distendre à l'excès.

Il faut encore que l'aliment dont on fait usage chaque jour contienne tous les principes qui sont nécessaires à la production de la chaleur animale et à la formation de tous les tissus, notamment de celui des os. Et tout cela ne suffit pas ; il faut encore et surtout que ces principes si divers s'y trouvent réunis dans le rapport que l'expérience et la physiologie enseignent être indispensables pour une nutrition normale.

C'est aux céréales qu'il faut évidemment demander un aliment quotidien : la viande et les œufs ne doivent entrer dans le régime alimentaire des enfants qu'assez tard, avec précaution et graduellement.

Des céréales capables de fournir un aliment simple, une seule réalise, mais à la perfection, toutes les conditions énumérées ci-dessus ; c'est l'avoine cultivée. C'est pourquoi la farine d'avoine a été introduite dans l'alimentation des enfants en bas-âge. Comme cette farine ne se rencontre pas dans le commerce ordinaire, n'étant pas l'objet d'une consommation industrielle, il a fallu que ce produit devînt l'objet d'une fabrication spéciale et pour ainsi dire pharmaceutique. Il faut savoir gré aux initiateurs qui, en la présentant au public médical sous le nom de farine Morton, se sont voués à la vulgarisation de cet aliment.

La farine d'avoine s'est trouvée mise ainsi à l'abri de sophistications trop fréquentes dans les denrées alimentaires d'usage courant.

Une analyse récente, faite à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Brissonnet, a montré que la farine Morton réalisait les conditions d'un aliment modèle. Les substances protéiques et les matériaux hydrocarbonés y sont dans le rapport que l'expérience clinique et la physiologie exigent d'un aliment parfait.

Ainsi, la farine Morton se présente avec toutes les garanties de pureté, de fabrication consciencieuse, que nous avons le devoir d'exiger d'un produit à recommander pour l'alimentation des enfants en bas-âge. Elle est, pour ainsi dire, une préparation officinale qui comporte pour nous, médecins, la sécurité d'un produit pharmaceutique.

C'est à ce titre qu'elle a été expérimentée à Paris dans les hôpitaux d'enfants, et hautement recommandée par M. le docteur Bouchut. C'est une arme sûre avec laquelle nous pouvons effica-

cement combattre cette affection humiliante pour l'espèce humaine et pour la médecine, le rachitisme.

On la prescrit utilement soit comme complément de l'allaitement, quand l'enfant atteint l'âge où le lait de la mère ou de la nourrice devient insuffisant, soit pour parer à cette insuffisance quand elle se manifeste de bonne heure, par le fait de la nourrice.

D'après M. Bouchut, on commencera par un potage par jour, puis deux potages, et l'on donnera au besoin du lait bouilli dans l'intervalle.

Pour préparer ces potages, on fait cuire la farine avec du lait, en ajoutant un peu de sel et suffisamment de sucre. Quand les enfants sont plus âgés, il sera bon d'y ajouter un jaune d'œuf. Par ces moyens, on sera assuré de procurer à l'enfant un aliment riche, très digestible, de peu de volume. On évitera avec certitude les gastro-entérites si fréquentes, prélude accoutumé du rachitisme et des autres affections si graves qui ont leur point de départ dans une alimentation défectueuse. Le sevrage sera facile et la transition de la nourriture spéciale à la nourriture commune s'opérera par une gradation toute naturelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Tuberculose osseuse. — M. NICAISE présente un jeune homme de vingt-cinq ans qui, depuis l'âge de quinze ans, a toujours eu des ostéites ou des ostéo-arthrites tuberculeuses. A seize ans, il avait une ostéite du maxillaire inférieur; à dix-sept ans, une ostéo-arthrite du tarse; à dix-neuf ans, une ostéo-arthrite du poignet droit. Toutes ces ostéites se sont terminées par des abcès et des fistules. Ce jeune homme entra, en 1883, dans le service de M. Nicaise, à Laënnec; il était alors dans un état déplorable, sans forces, sans appétit, mourant. Il avait des suppurations très abondantes; il n'avait pas de lésions viscérales. Ses abcès furent ouverts, drainés, curés, nettoyés; puis il subit l'amputation de la jambe droite. Cette opération fut suivie d'une guérison rapide et l'état général commença déjà à s'améliorer. Cet hiver, M. Routier, qui remplaçait M. Nicaise, dut pratiquer l'amputation de l'avant-bras droit. Le malade guérit également très vite après cette amputation; depuis, son état a toujours été en s'améliorant et aujourd'hui son état de santé ne laisse rien à désirer.

Cette observation montre l'action de la chirurgie sur ces tuberculoses osseuses multiples. Ce n'est pas le premier exemple de ce genre qu'observe M. Nicaise. Mais il faut, pour que la chirurgie obtienne d'aussi bons résultats, qu'il n'y ait pas de lésions viscérales.

M. RECLUS a vu à Bicêtre un homme âgé de cinquante-six ans, qui a été amputé par M. Bouilly. Cet homme avait eu, très jeune, des accidents tuberculeux, des hémoptysies répétées; aujourd'hui, à cinquante-six ans, il ne présente plus aucun accident du côté de la poitrine; mais dans cet espace de temps, il a successivement subi l'amputation d'un métatarsien, l'amputation tibio-tarsienne, l'amputation de la jambe du même côté, puis l'amputation de la main, de l'avant-bras, du moignon de cette dernière amputation, tout cela pour des accidents de tuberculose osseuse; il eut en outre une série d'abcès froids que M. Reclus traita selon les méthodes modernes. Cet homme a quitté Bicêtre dans un état de santé assez satisfaisant.

Tumeur de l'orbite. — M. LE FORT présente un enfant de treize ans et demi qui, depuis quatre ans, était atteint d'une saillie de l'œil du côté gauche; il y a quelques semaines, il rendit un peu de matière séro-purulente par le nez. Dans ces derniers temps, la tumeur prit des proportions assez considérables; enfin depuis huit jours l'œil est déjeté en bas, il est survenu de la rougeur palpébrale. On sent une tumeur molle, non fluctuante, située à la partie antérieure de l'orbite; on constate également un développement en épaisseur du frontal. Il n'y a pas de battements, ni de bruits de souffle. Il n'y a aucune altération du côté de la vue; la tumeur est douloureuse au toucher; la pression détermine même de légers accidents cérébraux (somnolence, douleur de tête, etc.). S'agit-il ici d'un sarcome, d'une tumeur vasculaire?

M. TRÉLAT pense qu'il s'agit d'un abcès froid sous-périosté.

M. VERNEUIL croit à un kyste enflammé; son avis est qu'il faut ouvrir largement et disséquer la poche. Mais le pronostic opératoire n'est pas sans gravité. Dans un cas analogue, où il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique, le malade, opéré par M. Verneuil, eut un phlegmon profond de l'orbite auquel il succomba.

M. MARC SÉE croit qu'il s'agit d'un abcès par congestion, c'est-à-dire dépendant d'une lésion osseuse.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Gillette et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXX

7 juin 1859. — Par un temps lourd, ciel nuageux, très électrique, vers six heures du soir, irruption d'une grêle épouvantable; les grêlons, blancs et compacts, avaient parfois le volume d'une grosse noix; le froment, qui avait belle apparence, fut anéanti, de même la vigne et la végétation des jardins. Le sinistre, qui fut précédé de ce bruit particulier que les paysans nomment *moulende*, fut accompagé de plusieurs coups effrayants de tonnerre et d'une pluie excessive; des arbres furent renversés et déracinés.

15 août. — Étant au Congrès de la Société botanique de France dont j'avais été nommé président, j'appris ma promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Le 29 septembre, mon vieil ami, le général baron Durrieu, délégué par la chancellerie de la Légion d'honneur, me remit la rosette, en présence de plusieurs amis légionnaires, réunis dans son salon.

17-18 novembre. — Remise de la grand'croix de la Légion d'honneur au général baron Durrieu, par le maréchal Pélissier, duc de Malakoff.

Un événement qui concernait la première illustration militaire de nos contrées, le Nestor des généraux français, le général baron Durrieu, ancien pair de France et député, vint émotionner pendant deux jours notre paisible cité. Le grand chancelier de la Légion d'honneur, maréchal Pélissier, avait depuis plusieurs jours informé notre général dont il avait été l'aide de camp en Morée, qu'il viendrait à Saint-Sever pour lui remettre le grand cordon de la Légion d'honneur, conféré par décret impérial. Le 17, à cinq heures du soir, le duc de Malakoff arriva en chaise de poste, accompagné d'un aide de camp; il embrassa itérativement et avec une véritable effusion son ancien général; on procéda immédiatement aux préparatifs de la solennité. Le général était en grande tenue, au milieu des légionnaires et des notables convoqués pour la cérémonie et le dîner; le maréchal, revêtu de son brillant uniforme et chamarré de ses nombreux insignes, arriva au salon et, après avoir lu le protocole usité et reçu le serment exigé, il prononça d'une voix ferme une allocution pleine de sentiment et d'esprit, dans laquelle il sut rappeler avec toute la finesse de l'éloge tous les beaux titres du général à la haute distinction décernée par l'empereur : titres militaires mérités aux armées des Pyrénées, d'Italie, d'Égypte, de Russie, de France, de Morée, services civils comme pair de France, député; il frappa de son bâton velouté de

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 285.

maréchal l'une et l'autre épaule de notre vieux guerrier qui était très ému; il termina la cérémonie par une accolade bien serrée et réitérée. Au banquet de gala, tous les visages étaient radieux. Le maréchal tint le haut bout de la conversation; entre les deux illustres capitaines, il y eut assaut de compliments réciproques qu'ils se renvoyaient avec une convenance et une courtoisie dont toute l'assistance fut touchée. Le duc de Malakoff, qui manie la parole aussi bien que l'épée, eut le talent de demeurer maître du champ de ces politesses; je reproduis textuellement les paroles suivantes : « Mon brave général, si votre aide de camp est devenu général, duc de Malakoff, maréchal de France, grand chancelier de la Légion d'honneur, c'est à vous qu'il doit tout cela; c'est en me rappelant vos vertus militaires, la noblesse de votre caractère, que je suis parvenu à ces hautes dignités; je vous le répète, mon cher général, je vous dois tout ce que je suis, je ne cesserai pas de le penser et de le dire. » Les musiciens de la ville donnèrent une sérénade dans la cour de la maison et le maréchal s'approcha d'eux pour les remercier. Le lendemain je déjeunai à la table des deux généraux avec notre député François Marrast. Le maréchal reçut au salon les autorités de la ville, le tribunal, le clergé, le collège; il fut moins heureux que la veille dans ses allocutions, un peu brusque et raboteux. Deux mots de conclusion sur cette illustration militaire. Pélissier, natif de Rouen, soixante-quatre ans, taille un peu au-dessous de l'ordinaire, teint brun, cheveux gris, nez proéminent, yeux vifs, physionomie rude, voix rauque, tournure non distinguée mais beaucoup d'esprit, de cœur, de bravoure, de dévouement sous cette dure écorce de soldat; parole facile, abondante, peu accessible à l'interlocution, racontant volontiers ses anecdotes personnelles, appréciant peu favorablement ses pairs en grade. En petit comité, il nous dit avec une sincérité peu diplomatique que, lors de son ambassade à Londres, il avait recherché et vu avec le plus vif plaisir le duc d'Aumale, sous les ordres duquel il avait servi en Algérie, et le comte de Paris.

7 décembre. — Mon fils, médecin-major de deuxième classe, part de Toulon pour l'expédition de Chine; depuis son retour aux hôpitaux de la division de Constantine, il avait fait un service trimestriel comme médecin en chef à l'hôpital thermal d'Hammam Meskhoutin, près Guelma. Promu médecin-major au 3e régiment de spahis à Constantine, il assurait en même temps le service du bureau arabe. Il était sur le point d'exécuter, avec l'autorisation du général commandant la province, une excursion scientifique vers Tuggurth, le poste le plus méridional de nos possessions algériennes; sa caravane était bien organisée en escorte, guides indigènes, chevaux, bêtes de somme, provisions, cantines d'ambulance. Dans sa dernière lettre il avait pris congé de moi et devait m'écrire le plus souvent possible de ses étapes successives; il mettait le pied à l'étrier lorsqu'inopinément et par dépêche électrique, l'ordre ministériel arrive à son colonel de le faire acheminer sans délai vers Philippeville, Marseille et Toulon, pour faire partie du corps expéditionnaire envoyé en Chine. Le surlendemain de cet ordre qui transformait son projet d'excursion en un grand voyage vers l'extrême Orient, il prit la route de Philippeville; là, il rencontra deux collègues de l'hôpital de Bougie, qui avaient reçu la même destination. La traversée de Philippeville à Marseille, qui d'ordinaire s'accomplit en deux jours, se prolongea de par les rafales de novembre, pendant douze jours; le paquebot *le Sahel* fut obligé de relâcher à Port-Mahon et à Port-Vendres. Ce contre-temps nous priva de la visite de ce cher fils qui rejoignit Toulon d'où il nous transmit ses regrets et ses adieux. Un changement si brusque de destination, la perspective de cette lointaine et aventureuse expédition frappèrent au cœur toute la famille. Il fallut de part et d'autre se résoudre au sacrifice. Toutefois nous eûmes une compensation inespérée : notre ami L.-J. L..., revenant d'Espagne par Perpignan, fut instruit du débarquement très prochain de mon fils à Marseille; il s'y rendit et attendit pendant dix jours l'arrivée du *Sahel*; il accompagna mon fils jusqu'à Toulon, jusqu'au transport *le Calvados* et fut auprès de lui le représentant dévoué de la famille. Le 7, il nous adressa son dernier adieu; on leva l'ancre le 8 pour le détroit de Gibraltar, cap de Bonne-Espérance, etc.

1860.

5 mars. — Membre honoraire étranger de la Société entomologique de Londres.

15 août. — Titulaire de la Société Linnéenne de Lyon.

De fin juillet au 26 août, voyage à Grenoble, pour assister au Congrès de la Société botanique de France (voir ma relation imprimée sous le titre : « Impressions de voyage aux Alpes du Dauphiné », dans les *Actes* de la Société linnéenne de Bordeaux, tome XXIII, 4e livraison).

10 octobre. — Reçu de Batavia une caisse d'objets d'histoire naturelle envoyée par mon fils en route pour la Chine.

1861.

20 janvier. — Le secrétaire de la Société entomologique de France me donne avis de ma nomination, à l'unanimité des votants, comme président honoraire de la Société, place devenue vacante par la mort de mon ancien ami Duméril.

30 janvier. Milne-Edwards m'annonce que l'Académie des sciences a décerné le prix Cuvier à mon travail « Anatomie, physiologie et histoire naturelle des Galéodes » (imprimé dans le tome XVII des *Mémoires présentés par divers savants à l'Académie des sciences*). Je suis le premier naturaliste français honoré de ce prix; Owen en Angleterre, Muller en Autriche, Agassiz aux États-Unis, l'ont obtenu dans les années précédentes.

24 février. — Mon beau-frère, général de L'Abadie d'Aydrein, est nommé au commandement supérieur de l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Du 22 juin au 15 juillet, j'exécute une excursion au Canigou (Pyrénées-Orientales). Je réserve sa relation pour le chapitre des voyages aux Pyrénées.

6 novembre. — Mariage de mon fils Albert avec Mlle Manuela Planté, fille de l'ancien député d'Orthez (Basses-Pyrénées). Mon fils Gustave, revenu depuis trois mois de son odyssée chino-cochinchinoise, a pu assister à cette fête qui resserre les liens entre deux familles unies d'amitié de longue date.

12 décembre. — Les journaux annoncent la mort du professeur Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, dont j'avais connu particulièrement le père à Paris et à Madrid. Isidore avait à peine cinquante-six ans, taille au-dessous de la moyenne, teint frais, figure spirituelle, continuateur brillant des théories philosophiques d'Étienne-Geoffroy Saint-Hilaire sur l'histoire naturelle, et fondateur de la Société d'acclimatation, qui a son siège au Bois de Boulogne. Cette mort prématurée laisse un grand vide dans l'administration du Jardin des Plantes et à l'Académie des sciences.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements). — Les questions données depuis notre dernier numéro pour la seconde épreuve préparatoire (épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) ont été :

1° Lundi 29 mars, MM. Ménard et Barette : Hernie ombilicale chez l'adulte; — 2° Mardi 30 mars, MM. Rémy et Auvard : Des hémorrhagies de l'appareil génital après la délivrance; — 3° Mercredi 31 mars, MM. Stapfer et Maygrier : De la contraction utérine; — 4° Jeudi 1er avril, MM. Bar et Gerbaud : Des troubles et accidents occasionnés par le cordon pendant l'accouchement.

M. le docteur Routier s'est retiré du concours.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Gillette, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, décédé avant-hier mercredi. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui vendredi 2 avril, à midi, en l'église Notre-Dame-de-Lorette.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19323.

N° 41. — MARDI 6 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. MARDI 6 AVRIL 1886. — N° 41

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Prolapsus utérin.

Leçon recueillie par M. GUILLET, interne du service.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'une maladie de l'utérus, qu'il importe que vous connaissiez, car elle présente certaines difficultés de diagnostic et de traitement.

La malade qui fait l'objet de cette clinique est une femme de trente-deux ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Réglée à l'âge de treize ans, elle a eu depuis cette époque une menstruation régulière.

Il y a trois ans et demi, elle eut un accouchement normal ; mais cédant au préjugé si répandu, qui veut qu'après neuf jours tout repos soit inutile, cette femme reprit au bout de ce temps ses occupations fatigantes de ménagère.

On ne saurait trop s'élever contre cette funeste habitude, point de départ d'un grand nombre de maladies de l'utérus.

Trois mois, en effet, après cet accouchement, cette femme s'aperçut qu'à la vulve se présentait une petite tumeur. Cette tumeur a augmenté peu à peu et a fini par constituer une masse assez volumineuse pour acquérir le volume du poing. Elle sort à travers la vulve, quand la malade marche pendant un certain temps, et s'accompagne de douleurs dans le bas-ventre, de troubles de la miction, et d'une leucorrhée assez abondante, due aux excoriations qui se sont produites sur le col.

En somme, cette femme est dans un état tel qu'elle ne peut plus travailler ; aussi est-elle venue réclamer les secours de la chirurgie.

Quand on examine la tumeur, on s'aperçoit rapidement qu'on se trouve en présence de ce que l'on appelle *chute de l'utérus, procidence utérine, prolapsus utérin.*

Je me propose d'étudier cette maladie avec vous.

Et tout d'abord *quels rapports et quelle disposition* présentent les organes du petit bassin chez une femme atteinte de chute de l'utérus.

Pour ce qui est des *parois vaginales*, leur disposition est facile à comprendre. L'utérus descend, il attire avec lui d'abord la paroi antérieure, puis la paroi postérieure du vagin. Cette descente continuant à s'effectuer, les parois se retournent à la manière d'un doigt de gant, de sorte que, au moment où la matrice est arrivée à la fin de sa course, le vagin forme un véritable sac dans lequel est contenu l'utérus.

Mais que devient la *vessie* ? La face postérieure de cet organe est si intimement unie à la paroi antérieure du vagin et à l'utérus, qu'elle ne peut s'en dissocier sous l'influence d'une traction ; il en résulte que la paroi vaginale, entraînée par l'utérus, entraîne à son tour la vessie. Celle-ci se trouve donc en dehors de la vulve ; elle est retournée comme le vagin, le sommet dirigé en bas, et elle fait partie de la paroi antérieure de la tumeur.

Quant à l'*urèthre*, il a suivi la vessie dans son déplacement ; sa direction, de verticale descendante, est devenue verticale ascendante ; le méat urinaire, au lieu de regarder en bas, regarde en haut ; il en résulte que, au moment de la miction, l'urine est projetée en haut vers la partie supérieure des cuisses et le bas-ventre, d'où l'excoriation de ces parties.

Dans le prolapsus utérin, il y a donc : 1° retournement des parois vaginales ; 2° procidence de la vessie qui fait saillie à la vulve en avant de la matrice.

Mais que se passe-t-il en arrière de l'utérus ?

Que devient le *cul-de-sac péritonéal postérieur* ? Le péritoine, comme vous le savez, adhère intimement à la face postérieure de l'utérus et se prolonge sur le tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin ; aussi est-il attiré au dehors avec le col et les parois vaginales. Ce cul-de-sac peut contenir des anses de l'intestin grêle, et on sent alors ces anses en arrière de l'utérus.

La *cloison recto-vaginale*, au contraire, se dédouble assez facilement ; aussi le plus souvent le rectum reste-t-il en place. Mais dans certains cas, lorsque cette cloison a perdu sa souplesse, la paroi antérieure du rectum est attirée en avant et en bas par la paroi vaginale, et l'on voit se former une rectocèle, qui généralement n'atteint pas un grand développement.

En résumé, dans le prolapsus utérin, la tumeur qui fait saillie à la vulve, contient, en allant d'avant en arrière, la vessie, l'utérus, le cul-de-sac péritonéal postérieur et quelquefois une petite portion du rectum.

Sous quelle influence se produit le prolapsus utérin ? Ce prolapsus est dû au relâchement des ligaments de l'utérus, à l'augmentation du volume de cet organe, à la dilatation du conduit vulvo-vaginal, toutes altérations qui se trouvent réunies après l'accouchement. Joignez à ces modifications

de l'appareil génital, les fatigues, et vous aurez les causes de la chute de l'utérus.

Marion Sims a démontré que la procidence débute toujours par la cloison vésico-vaginale; il y a tout d'abord cystocèle; cette cystocèle augmente peu à peu; la vessie exerce des tractions sur l'utérus, qui finit par se déplacer, entraînant avec lui la paroi postérieure du vagin. Ce déplacement se fait lentement, progressivement; quelquefois cependant il a lieu brusquement à la suite d'un effort : il y a dans ce cas une véritable *luxation de l'utérus*. Dans ces conditions, la réduction de la tumeur peut présenter de grandes difficultés.

Avec quelles tumeurs peut-on confondre l'utérus en procidence? Il suffit de constater autour de la tumeur l'orifice du col, pour qu'immédiatement tous les doutes soient levés. Un polype utérin ne présente pas d'orifice; de plus, en ce cas, les culs-de-sac du vagin sont conservés. Dans le prolapsus utérin, au contraire, ils ont disparu. La constatation de ce seul signe, la disparition des culs-de-sac du vagin, doit faire admettre que la tumeur est formée par l'utérus.

Le diagnostic de procidence de l'utérus est donc facile à faire; mais il est une question plus délicate à résoudre.

Lorsque j'ai introduit l'hystéromètre dans la cavité utérine de notre malade, j'ai trouvé qu'elle mesurait 13 centimètres; si à cette longueur vous ajoutez l'épaisseur de la paroi qui est égale à 1 centimètre environ, vous voyez que l'utérus de notre malade mesurait 14 centimètres. Or la cavité utérine d'une multipare mesure, à l'état normal, de 7 à 8 centimètres tout au plus. L'utérus de notre malade avait donc 6 centimètres de plus qu'il n'aurait dû avoir. Aussi nous sommes-nous demandé si nous étions en présence d'un prolapsus utérin ordinaire ou bien si nous n'avions point affaire à l'affection décrite par Huguier, à l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. Cette question était d'autant plus importante à résoudre, que nous devions nous comporter différemment suivant que nous avions affaire à l'une ou l'autre de ces deux maladies.

Qu'est-ce donc que l'allongement hypertrophique du col? Il y a des cas dans lesquels le col de l'utérus dépasse l'orifice vulvaire, sans que le fond de l'organe soit descendu; il existe alors un allongement hypertrophique du col. Cet allongement peut porter sur la portion sus-vaginale ou intra-vaginale. On a même décrit une disposition intermédiaire, l'allongement portant en arrière sur la portion intra-vaginale et en avant sur la portion sus-vaginale; on comprend, en effet, qu'une hypertrophie siégeant audessous des insertions du vagin sur la face postérieure du col, puisse être intra-vaginale en arrière, tandis qu'en avant elle est au même niveau sus-vaginale, le vagin s'insérant plus haut sur le col en arrière qu'en avant. Mais cette troisième variété d'allongement hypertrophique du col n'a pas grand intérêt, aussi la laisserons-nous de côté.

Or il existe deux maladies de l'utérus (la chute de l'utérus et l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col) qui se présentent en clinique sous les mêmes apparences : tumeur saillante à la vulve formée par l'utérus, disparition des culs-de-sac du vagin. On conçoit aisément, en effet, qu'un allongement de la portion sus-vaginale du col puisse repousser en bas le col et avec lui les parois vaginales. Cette disposition n'existe pas, au contraire, si l'allongement porte sur la portion intra-vaginale. Les culs-de-sac sont alors conservés, et au toucher on trouve, faisant saillie dans le vagin, une tumeur qu'il est facile de reconnaître et qu'on pourrait tout au plus confondre avec un polype.

La question est donc de savoir si nous nous trouvons en présence d'une chute de l'utérus ou d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. Cette question, je le répète, a de l'intérêt, car si nous nous trouvons en présence d'un allongement hypertrophique, nous devons faire l'opération de Huguier, c'est-à-dire pratiquer l'excision conoïde du col en cheminant sous la vessie en avant et sous le cul-de-sac péritonéal en arrière. Cette opération est délicate; on risque d'ouvrir le péritoine, accident qu'il faut toujours redouter.

L'opération devient, au contraire, inutile s'il n'y a pas d'allongement de la portion sus-vaginale du col. Il est donc important de préciser le diagnostic. Et ne croyez pas que ce soit chose facile, puisqu'en 1859, au moment de la célèbre discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine entre Depaul et Huguier au sujet de la découverte de ce dernier, j'ai pu fournir une pièce anatomique qui a été interprétée par les deux adversaires d'une façon différente en faveur de leurs théories.

La mensuration de la cavité utérine donne des renseignements insuffisants; elle ne permet pas de reconnaître sur quelle partie de l'utérus porte l'allongement. Ne pouvons-nous pas en effet admettre que chez notre malade, qui depuis trois ans a une chute de la matrice, il se soit produit de la métrite avec hypertrophie portant sur la totalité de l'utérus? Ce qui plaide en faveur de cette opinion, c'est que cette femme n'a jamais souffert de l'utérus avant ses couches; depuis cette époque seulement elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur à la vulve.

Le seul moyen d'arriver à un diagnostic exact, c'est de voir si la réduction de la tumeur est facile ou si elle est impossible. Supposons qu'il y ait allongement de la portion sus-vaginale du col. L'utérus est en place, ses moyens de fixité sont intacts, seul le col est allongé; pressez sur ce dernier. Qu'arrivera-t-il? Vous refoulerez l'utérus et avec lui tous ses ligaments, mais comme l'organe est dans sa position normale, et que ses ligaments n'ont point perdu de leur résistance, vous n'obtiendrez aucune réduction, vous ferez souffrir la malade, qui n'aura de soulagement qu'autant que vous aurez cessé vos manœuvres et que le col sera revenu à sa place première.

Chez notre malade, il n'existe rien de cela. Quand elle est couchée, l'utérus reste en place, il ne s'abaisse que si elle marche pendant plusieurs heures. La réduction est facile, presque spontanée, et lorsqu'elle est faite, la malade ne souffre pas, elle est au contraire soulagée.

En résumé, le diagnostic différentiel ne se fait pas à l'aide de l'hystéromètre; il se fait en cherchant à réduire la tumeur. Si cette réduction est facile, il s'agit d'une simple procidence de l'utérus; si au contraire, elle est impossible, il s'agit d'une hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Nous sommes donc ici en présence d'une procidence utérine avec hypertrophie de la totalité de l'utérus, et nous pouvons nous rendre un compte exact de ce qui s'est passé. Notre malade accouche il y a trois ans; cet accouchement s'accompagne d'une rupture incomplète du périnée. Elle se lève au bout de neuf jours; l'utérus n'a pas le temps de se réparer, il reste gros et finit, trois mois après, par distendre la vulve, qui n'offre plus de résistance. Donc : augmentation du poids de l'utérus d'une part, diminution de la résistance

du plancher périnéal d'autre part, telles sont les deux causes qui ont présidé au développement du prolapsus.

Que devons-nous faire en pareil cas? Les indications découlent de ce que nous venons de dire. Nous devons combattre les causes du déplacement, c'est-à-dire :

1° Diminuer le volume de l'utérus;

2° Augmenter ses moyens de soutien.

La première indication serait insuffisante; l'utérus a en quelque sorte perdu droit de domicile dans le petit bassin.

La deuxième indication, au contraire, est précise; mais les appareils de soutènement, les pessaires ne tiendraient pas, il faut une opération. M. Le Fort a proposé en pareil cas de cloisonner le vagin, de façon à en faire un double conduit, analogue aux deux canons juxtaposés d'un fusil double; on peut aussi pratiquer la vulvorraphie qui a pour but de remettre la vulve en état, d'en diminuer les dimensions et de lui rendre sa résistance primitive. Cette dernière opération est celle que je ferai; elle remplit l'indication et est d'une exécution facile, ainsi que j'ai pu m'en assurer souvent. Elle permet en outre à la femme de porter plus tard une pelote périnéale et au besoin un pessaire, qui, grâce au rétrécissement de la vulve, trouvera un soutien suffisant et pourra maintenir facilement l'utérus en place.

Je vais donc pratiquer l'opération suivante :

Faire une incision longue de 3 centimètres de chaque côté de la commissure postérieure de la vulve, détacher la muqueuse sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, en ayant soin de ne pas blesser le bulbe du vagin, la disséquer de haut en bas de chaque côté et relever le lambeau de muqueuse, qui formera alors un véritable tablier. J'exciserai ce dernier bien que certains auteurs, entre autres Dolbeau, aient eu l'idée de le conserver et de le relever au-dessus de la surface avivée. Cette manière de faire n'a en effet aucun avantage; le résultat n'est pas meilleur, et cette muqueuse peut se sphacéler, ainsi que je l'ai vu une fois. Ceci fait, je réunirai avec l'aiguille d'Emmet les surfaces saignantes. J'appliquerai sur la plaie un pansement antiseptique et j'aurai soin de faire rapprocher les genoux de la malade, de façon à éviter toute espèce de tiraillement. Je prescrirai enfin un repos absolu pendant un mois, ce qui, je l'espère, aura le double résultat de rendre aux ligaments de l'utérus leur résistance et de guérir la métrite, c'est-à-dire de diminuer le volume et le poids de l'organe.

Six jours après l'opération, les points de suture ont été enlevés; la réunion était complète, et le périnée restauré, sans que la malade ait eu le moindre mouvement fébrile. Elle est actuellement soumise au repos, et tout fait prévoir qu'elle sortira de l'hôpital guérie ou tout au moins très soulagée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

La fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'appareil vasculaire et cardiaque.

Je voudrais aujourd'hui vous entretenir d'un fait de pratique courante, de la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'appareil cardiaque et vasculaire.

Au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine est entrée vendredi dernier une jeune femme originaire du Jura. Arrivée récemment à Paris, elle a été prise, il y a quinze jours, sans cause appréciable, de malaises et courbature. Néanmoins elle a pu continuer à travailler jusqu'au moment où, ces malaises persistant et s'accompagnant d'une fatigue générale, d'insomnie, d'inappétence, elle a été forcée de rester dans sa chambre pendant huit jours environ au bout desquels elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

C'est ainsi qu'elle est arrivée, et que le lendemain, à la visite du matin, nous l'avons trouvée avec de la céphalalgie, de la fièvre (température 39°,4 et pouls 116), de l'anorexie sans diarrhée ni vomissements, les pommettes rouges, le ventre météorisé et présentant un certain nombre de taches rosées, la gorge rouge, la poitrine avec des râles sibilants. Enfin elle était couchée sur le dos, dans un état de résolution complète.

En somme le diagnostic ne pouvait laisser aucun doute, il s'agissait d'une fièvre typhoïde.

Quant au pronostic, tout en cherchant dans l'ensemble des symptômes quel il pouvait être, nous nous trouvions empêchés de nous prononcer parce que nous ignorions dès le premier jour la forme que revêtirait la maladie, et que la fièvre était bien forte, en réalité, pour un premier septenaire. En effet nous savons que lorsque le pouls dépasse 110, la maladie est généralement grave, qu'elle est très grave lorsqu'il atteint 120 et qu'elle se termine très souvent par la mort s'il dépasse 120. C'est pourquoi je disais aux personnes qui m'entouraient que nous devions faire attention, surveiller le pouls, lequel me paraissait trop élevé surtout chez une fille plantureuse mais apathique comme notre malade, et que cette agitation du cœur semblait indiquer certaine tendance de la fièvre typhoïde à faire quelque détermination sur l'organe cardiaque.

Dimanche matin cette femme était moins bien que la veille, la respiration était plus difficile, le facies était modifié avec tendance à un peu de cyanose dans la partie supérieure, le nombre des pulsations était le même, mais le pouls était intermittent, irrégulier et, toutes les 11 ou 12 pulsations, faisait un faux pas. C'est là un phénomène sérieux, grave même, parce qu'il est l'indice d'une altération organique du cœur menaçant les malades de dangers tels que le collapsus cardiaque, la mort subite, etc.

Hier lundi et ce matin, ces intermittences ont disparu, mais le pouls reste élevé, la malade a une dyspnée que l'état des poumons n'explique pas, le nombre des respirations par minute est de 32, les joues sont un peu violacées tandis que le bas de la figure est d'un blanc mat.

Nos réserves sur le pronostic restent donc les mêmes, vu surtout l'état du pouls et la dyspnée. Aussi, si l'on recommande toujours et avec raison de consulter matin et soir la température des malades, j'ajoute que cet examen ne suffit pas et que celui du pouls est tout aussi important matin et soir, et que l'on commet une faute grave en ne le faisant pas aussi régulièrement, car la température prouve seulement les ravages du mal sur l'économie sans nous rien dire quant à l'état du système vasculaire central, état sur lequel, au contraire, le pouls nous donne des renseignements précieux. Enfin j'ajoute qu'il faut y joindre encore l'examen direct du cœur. Celui-ci, en effet, nous indique non seulement les complications survenues de son côté mais aussi des complications du côté d'autres viscères. En effet, si par suite d'un affaiblissement du cœur, le sang envoyé dans le torrent circulatoire est insuffisant, l'irrigation du système nerveux central sera mal faite, incomplète, de même que celle de l'appareil pulmonaire, etc. Le cœur lui-même en

éprouvera une nouvelle cause d'affaiblissement. Un cœur qui faiblit, c'est une hématose incomplète, une oxygénation insuffisante, choses fort graves surtout chez un sujet déjà infecté par la fièvre typhoïde; c'est une tension artérielle en défaut. Par suite la fonction urinaire se trouve lésée à son tour, les urines sont plus rares, plus denses, de là la tendance au coma.

Dans ces conditions les malades n'urinent pas ou urinent peu, non pas seulement par suite d'une localisation infectieuse sur le rein, mais aussi parce que la poussée hydraulique sur cet organe est insuffisante en raison même de l'insuffisance cardiaque. C'est ainsi que l'on peut dire : tant vaut le cœur, tant vaut l'irrigation cérébrale, la circulation pulmonaire, l'innervation du cœur lui-même, la poussée hydraulique sur le rein, etc.

Il n'est pas de typhique qui n'ait plus ou moins de détermination de son mal sur le rein; aussi cet organe a-t-il plus besoin que jamais, en pareil cas, d'une irrigation plus abondante. D'où il suit que si le cœur faiblit, s'il est insuffisant, le rein est davantage encore mis à mal. C'est pourquoi je m'inquiète toujours de faire boire le plus possible mes typhoïdiques, afin de faciliter davantage l'élimination des principes infectieux, des produits d'oxydation, des cendres et des déchets de la combustion, car c'est par l'organe rénal que cette élimination se fait.

On parle souvent de la sudation; celle-ci ne saurait remplacer la miction, parce que, en réalité, elle ne spolie que peu ou rien. Le malade a donc, par suite, d'autant plus de chances de s'infecter qu'il urine moins et qu'il transpire davantage.

Examiner le pouls et le cœur est donc de la plus haute importance, puisque de l'intégrité de l'organe cardiaque dépend celle de l'organe rénal. Et, si j'y insiste tant, c'est que de là découlent des indications thérapeutiques de premier ordre. En effet, en présence de cette insuffisance du cœur, vous prescrirez la digitaline et le café afin de combattre cet affaiblissement de l'organe central de la circulation et par suite de faciliter la dépuration.

Vous devrez aussi vous méfier de la diarrhée abondante chez les typhiques, parce qu'elle a pour effet de soustraire une quantité d'eau plus ou moins considérable au filtre rénal.

J'aborde maintenant la question de l'influence de la fièvre typhoïde sur le cœur au point de vue de l'avenir. Ces intermittences et ces irrégularités du pouls, ces troubles organiques fonctionnels du cœur sont encore très importants à diagnostiquer pendant le cours de cette maladie au point de vue des *séquelles* — selon le vieux mot — de cette affection. Bien souvent, en effet, on surprend à la suite de la fièvre typhoïde des affections du cœur dont elle a été le point de départ, c'est là encore un point sur lequel je veux insister parce que, même dans nos livres de pathologie les mieux faits, cela n'a pas été dit ou ne l'a été que très succinctement.

C'est ainsi que souvent des malades viennent nous consulter pour une affection du cœur dont vous cherchez en vain le début et pour laquelle, remontant dans les antécédents, vous trouvez pour toute étiologie une fièvre typhoïde datant d'un temps plus ou moins éloigné.

Je suis loin de dire que cela soit toujours, mais je pourrais vous citer un certain nombre de faits où la fièvre typhoïde a fait de certains malades des cardiopathes, des myocardiques, tels qu'à un moment donné la fibre cardiaque est devenue insuffisante, laissant ainsi de son passage une tare véritable.

Sur dix-sept fièvres typhoïdes que j'ai soignées en ville depuis neuf ans, un seul malade est mort d'accidents hypothermiques à caractère cérébro-spinal, et sur les seize autres dont l'âge varie entre quatre et quarante-huit ans, il en est trois qui sont aux prises aujourd'hui avec une hypertrophie du cœur (ils sont âgés de quarante et un ans, de vingt-neuf ans et de dix-sept ans). Tous trois, je les connaissais dès avant leur fièvre typhoïde, et chez eux le cœur ne présentait alors aucune altération. Aucun d'eux n'était rhumatisant, syphilitique, alcoolique ou saturnin. Mais tous trois présentèrent, pendant le cours de la fièvre typhoïde, des complications cardiaques; le malade de vingt-neuf ans fut atteint de collapsus cardiaque et me donna les plus grandes inquiétudes; celui de quarante et un ans présenta des intermittences et des irrégularités du pouls, un souffle cardiaque prononcé et à deux reprises différentes eut des syncopes, des lipothimies; enfin le troisième, celui de dix-neuf ans, en outre de ces intermittences et de ces irrégularités, resta vingt-quatre heures sans uriner. Tous trois ont conservé de la fièvre typhoïde une tare cardiaque qui n'est pas sans me donner des inquiétudes pour un avenir plus ou moins rapproché ou plus ou moins lointain.

D'ailleurs, sachez-le bien, le cardiopathe sans cause n'existe pas, et rappelez-vous qu'en dehors des traumatismes on reconnaît aujourd'hui de moins en moins de maladies locales en médecine.

Et à se bien persuader de ce fait, il y a un grand intérêt, car si nous ne pouvons rien ou presque rien contre la maladie locale, nous pouvons au contraire contre les maladies générales, nous pouvons et nous devons nous efforcer surtout à les prévenir, à les empêcher de se déclarer.

La honte de la civilisation actuelle, c'est la fièvre typhoïde que nous pourrions empêcher avec un peu de bon vouloir, et par suite les nombreuses maladies (cardiopathie, cérébrite, néphrite, hépatite, etc.), qui ne sont que ses *séquelles*.

L'hygiène, si l'on voulait, l'hygiène de ces grands hygiénistes qui ont nom Lycurgue, Mahomet, Moïse, etc., pourrait en avoir fini avec la fièvre typhoïde; l'on supprimerait ainsi les véritables infirmes qu'elle laisse à sa suite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 avril 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Cautérisation de la substance cérébrale. — **M. Dupuy** rappelle que M. Brown-Séquard, il y a une dizaine d'années, a mis le cerveau d'un chien à nu, l'a cautérisé au fer rouge, et que ce chien a eu de la paraplégie. M. Féré a fait récemment la même expérience sur un singe et a produit de l'hémiplégie avec une sclérose de la moelle. M. Dupuy a répété plusieurs fois cette expérience sur le chien et il a constaté que ces cautérisations amènent un ramollissement de la moelle, mais seulement dans une région assez éloignée du cerveau et séparée des parties cérécérébrales lésées par une certaine portion de substance cérébrale restée saine.

M. Dejerine demande si l'examen histologique a été fait dans ce cas.

M. Dupuy répond que la moelle était manifestement à l'état diffluent.

Sensation de poids. — **M. D'ARSONVAL** présente et analyse un travail de M. Charpentier (de Nancy) sur les différences de la sensibilité dans l'évaluation des poids. On sait que si l'on prend deux boules de même poids mais de volume différent, c'est toujours la plus grande qui paraît la plus lourde. M. Charpentier explique ce fait ainsi : C'est, dit-il, le plus grand nombre de papilles nerveuses impressionnées qui fait que la boule de plus grand volume paraît la plus lourde.

M DUCLAUX dit que ce fait est connu depuis longtemps et que cette expérience se fait tous les jours dans les foires.

M. D'ARSONVAL répond que M. Charpentier ne donne pas le fait comme nouveau mais bien l'explication qu'il en propose.

M. POUCHET croit que dans ces différences de la sensibilité dans l'évaluation des poids, il faut tenir compte aussi de l'habitude qui fait que des corps plus volumineux semblent devoir être plus lourds.

M. D'ARSONVAL fait observer que M. Charpentier a bien su se mettre à l'abri de cette objection, puisque ses expériences ont été faites les yeux fermés.

Suture des nerfs à distance. — **M. ASSAKI** présente sa thèse inaugurale sur ce sujet. Voici ses conclusions :

La suture des nerfs à distance peut rendre de réels services dans les plaies des nerfs avec perte de substance.

Les expériences sur les animaux montrent qu'elle a pour effet de hâter la régénération des nerfs.

La suture à distance met en jeu l'élasticité des nerfs ; elle diminue l'intervalle qui sépare les deux bouts du nerf divisé.

La cicatrice nerveuse développée le long des fils de suture est plus riche en fibres nerveuses de nouvelle formation que lorsqu'on abandonne la guérison aux seuls efforts de la nature.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous demander d'ouvrir vos colonnes, toujours hospitalières quand il s'agit d'une bonne œuvre, à la communication que je viens vous faire, en qualité de rapporteur, d'un projet d'assurance mutuelle en cas de maladie entre les médecins de la Seine.

Ce projet est dû à l'initiative généreuse du docteur Lagoguey. Déjà un premier projet de statuts, accompagné d'un rapport sommaire, a été approuvé à l'unanimité par la Société médicale du Xe arrondissement. Depuis, les statuts ont été remaniés et la Commission a rédigé un nouveau rapport. Ces documents seront publiés bientôt et nous espérons qu'ils nous vaudront le concours si précieux de tous nos collègues désireux de favoriser la création d'une œuvre éminemment philanthropique.

Notre projet peut se résumer ainsi :

1° On n'admet que les docteurs exerçant exclusivement leur profession et domiciliés dans le département de la Seine ;

2° La limite d'âge pour l'admission est fixée à cinquante ans;

3° La cotisation est de 10 francs par mois;

4° L'indemnité est fixée à 10 francs par jour de maladie temporaire ou chronique ;

5° L'indemnité n'est due que pour une maladie excédant une durée de huit jours;

6° Différents articles des statuts règlent les conditions d'admission, de déchéance, l'administration, etc.

Des sociétés analogues prospèrent. Pourquoi la nôtre ne réussirait-elle pas?

M. Lagoguey a établi des calculs sérieux qui sont encourageants. Les documents officiels publiés par le ministre de l'intérieur donnent une moyenne maximum de six journées de maladie par sociétaire et par an pour toutes les sociétés de secours mutuels. Adoptant ce chiffre, nous démontrons que notre Société, avec un minimum de 150 membres, est assurée d'un plein succès, même en supposant qu'elle ait à sa charge annuellement deux malades chroniques.

Le chiffre maximum de six journées de maladie par sociétaire et par an ne sera pas atteint, car tandis que dans les autres sociétés similaires on accorde l'indemnité pour une maladie d'une durée minimum de trois à quatre jours, nous ne l'accordons, nous, que pour une maladie excédant huit jours. De ce chef des bénéfices seront réalisés, qui n'ont pas été prévus dans les évaluations de notre confrère.

Notez que nous n'avons point à notre charge les frais qu obèrent les autres sociétés, tels que frais médicaux et pharmaceutiques, etc. De plus, chez nous il n'y aura à craindre ni supercherie, ni simulation de maladie.

Les dons et les legs de confrères généreux et reconnaissants viendront accroître nos ressources et nous permettront sans doute de secourir même les veuves et les orphelins.

Telle est l'économie de ce projet.

Cette combinaison rendra inutile la création d'une caisse de retraite, puisque l'on touchera 10 francs par jour en cas de maladie, soit 3650 francs par an, représentant l'intérêt d'un capital de 100000 francs.

En présence de ces avantages, la cotisation de 10 francs par mois ne doit point paraître trop élevée.

Notre Société venant après l'Association de prévoyance des médecins de la Seine ne constitue pas une superfétation. Sans doute, cette grande Association fait beaucoup de bien; mais elle ne secourt que ceux qui sont dans la misère ; il faut faire une demande de secours; une enquête a lieu, toujours fort pénible, quel que soit le tact qu'on y apporte. Ce secours ne peut être très important; il est arbitraire; il adoucit quelquefois l'infortune, il ne la supprime point.

Notre association, au contraire, constitue un syndicat véritablement efficace contre le malheur : elle donne une indemnité élevée et fixe; elle substitue le droit à l'arbitraire, et c'est à elle qu'on peut appliquer très exactement cette phrase d'une circulaire du comte de Montalivet, ministre de l'intérieur, 31 octobre 1812 : « Le fonds de la Société est une épargne commune où l'associé peut puiser sans rougir parce qu'il ne perd rien de sa dignité. »

En consultant les documents dont nous parlons plus haut, nos confrères seront comme nous convaincus que l'assurance mutuelle des médecins de la Seine est une institution très utile, nécessaire et assurée d'un brillant avenir.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le Rapporteur,
Dr A. DE COURS,
147, bd Magenta.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Henry Bouchut, décédé dans sa vingt-quatrième année. Cette mort sera vivement ressentie par tous les amis de l'éminent médecin honoraire des Enfants-Malades. Henry Bouchut, par la distinction de son esprit et son ardeur au travail, s'annonçait le digne héritier d'un nom qui appartient à l'histoire scientifique de notre temps. Le fils qui reste à notre malheureux ami et qui se prépare à être des nôtres continuera certainement à soutenir l'honneur du nom paternel et adoucira ainsi, dans la mesure du possible, l'immense douleur qui vient de le frapper.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* — A la suite de la seconde épreuve préparatoire, ont seuls été admis à subir la première épreuve définitive (leçon orale d'une

heure après vingt-quatre heures de préparation) les vingt candidats dont les noms suivent, que nous classons d'après l'ordre (tiré au sort) dans lequel ils devront subir cette première épreuve : 1° M. Schwartz; 2° M. de Lapersonne; 3° M. Picqué; 4° M. Étienne; 5° M. Barette; 6° M. Jalaguier; 7° M. Augagneur; 8° M. Pousson; 9° M. Gangolphe; 10° M. Brun; 11° M. Nélaton; 12° M. Forgue; 13° M. Denucé; 14° M. Truc; et 15° M. Vautrin, pour l'agrégation de chirurgie; — 16° M. Auvard; 17° M. Rémy; 18° M. Bar; 19° M. Maygrier; et 20° M. Gerbaud, pour l'agrégation d'accouchements.

La première séance aura lieu ce soir lundi 5 avril 1886, à cinq heures.

Les sujets de thèses ont été donnés aussi samedi soir aux mêmes candidats par tirage au sort :

1° M. Schwartz, Tumeurs du larynx; 2° M. de Lapersonne, Des arthrites infectieuses, non tuberculeuses; 3° M. Picqué, Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil; 4° M. Étienne, Des tumeurs de la paroi abdominale, les hernies exceptées; 5° M. Barette, Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical; 6° M. Jalaguier, De l'arthrotomie; 7° M. Augagneur, Tumeurs du mésentère; 8° M. Pousson, De l'ostéoclasie; 9° M. Gangolphe, Kystes hydatiques des os : 10° M. Brun, Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques; 11° M. Nélaton, Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques; 12° M. Forgue, Des septicémies gangréneuses; 13° M. Denucé, Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire; 14° M. Truc, Traitement chirurgical de la péritonite; et 15° M. Vautrin, Traitement chirurgical des myomes utérins, pour l'agrégation de chirurgie; — 16° M. Auvard, De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia; 17° M. Rémy, De la grossesse compliquée de kyste ovarique; 18° M. Bar, Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement; 19° M. Maygrier, Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine; et 20° M. Gerbaud, De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, pour l'agrégation d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du prosectorat a commencé lundi soir; les candidats n'étaient plus qu'au nombre de onze, M. Assaki s'étant désisté. Les questions données pour la composition écrite ont été : 1° Anatomie et physiologie : l'appareil lacrymal; — 2° Pathologie : fistule lacrymale. Les séances ont lieu les mercredi, jeudi et vendredi de chaque semaine.

— M. Pinet (Camille), préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, est nommé chef dudit laboratoire, en remplacement de M. Bochefontaine, décédé.

M. Bonnot (Philippe-Nicole), docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, en remplacement de M. Pinel, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Vincent, agrégé, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire d'accouchements à ladite Faculté.

— *Muséum.* — M. Franchet, botaniste attaché aux herbiers du Muséum d'histoire naturelle, est nommé répétiteur au laboratoire de botanique (classification des familles naturelles), dirigé par M. Bureau à l'École pratique des Hautes-Études (3e section).

— *École pratique des Hautes-Études.* — Il est créé à l'École normale supérieure un laboratoire de physique attaché à l'École pratique des Hautes-Études (2e section).

M. Violle, maître de conférences de physique à l'École normale supérieure, est nommé directeur de ce laboratoire.

— L'Association française pour l'avancement des sciences vient de voter, à titre d'encouragement pour leurs travaux, à un certain nombre de savants les subventions suivantes :

M. Delage, pour aider à la reproduction héliographique des particularités intéressantes de l'anatomie d'une baleine échouée à Langrune, 1200 francs. — M. Viallanes, pour contribuer à des recherches sur la photographie microscopique, 600 francs. — M. G. Pouchet, pour la construction d'un thermomètre enregistreur sous-marin, 400 francs. — M. Sabatier, pour la continuation de ses recherches sur la sexualité, 500 francs. — M. Marey (de l'Institut), pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches de physiologie, 2000 francs. — M. Topinard, pour aider à l'établissement d'une carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux, 1500 francs. — M. Andouard, pour la continuation de ses recherches sur les laits (subvention Brunet), 1000 francs. — M. Magnin, pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux, 300 francs. — M. Daleau, pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques, 250 francs. — M. Nicolas, pour aider à la continuation de ses recherches anthropologiques, 300 francs. — M. Dehérain, pour l'achat d'une étuve destinée à des recherches de physiologie végétale, 600 francs. — Société d'anthropologie de Lyon, pour contribuer aux fouilles des tumulus de la région de Bourgoin, 500 francs. — Laboratoire de Wimereux, pour contribuer à l'achat d'une collection des animaux marins de la Méditerranée, 500 francs. — MM. Testut et Dufourcet, pour les fouilles des tumulus sous-pyrénéens, 500 fr. — Académie d'Hippone, pour contribuer à la publication de ses travaux, 300 francs. — Souscription au fonds d'encouragement, pour l'étude de la tuberculose, 200 francs. — M. Proromans, pour contribuer à des recherches de chimie organique, 500 francs. — Bourses de sessions, 500 francs.

— La Société nationale de médecine de Marseille décernera, à la fin de l'année 1886, le prix Rampal, de la valeur de 500 francs, au meilleur mémoire manuscrit sur le sujet suivant : « Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite des opérations ayant nécessité l'ouverture du péritoine. »

Les mémoires doivent être adressés dans les formes académiques à M. le docteur Mireur, secrétaire général, 1, rue de la République, à Marseille, avant le 15 novembre 1886.

— Le jeudi 13 mai 1886, à midi précis, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris. Le registre d'inscription sera ouvert à partir du lundi 12 avril de onze heures à trois heures, et sera clos le mercredi 28 avril, à trois heures.

— *Muséum.* — M. le professeur Des Cloizeaux commencera le cours de minéralogie, mercredi prochain 7 avril 1886, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres.

Des conférences auront lieu le jeudi dans la galerie ou dans l'amphithéâtre. Une affiche spéciale indiquera l'heure et la date auxquelles elles auront lieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), formera un beau volume in-4°, avec 24 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 90 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune d'environ trois feuilles et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La onzième livraison vient de paraître et la douzième et dernière est sous presse. — Il est tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des vertiges, par le docteur E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté. Grand in-8° de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19341.

25

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Les stigmates de maïs ont été expérimentés depuis 1878 avec le plus grand succès dans les maladies de la vessie.

Ils ont produit des résultats remarquables dans un grand nombre de cas où les divers moyens habituellement employés avaient échoué. Ils peuvent, d'ailleurs, être employés alternativement ou concurremment avec ceux-ci : goudron, térébenthine, eaux minérales, etc.

Les stigmates de maïs en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais ce dernier, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours identique, et, sous un même volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement. On doit le prendre à jeun de préférence, et dans une tasse ou un verre d'eau froide ou chaude, ou bien de tisane.

Dans tous les cas, on obtient une boisson théiforme très agréable à boire et dont on ne se fatigue point.

3 fr. le flacon dans les principales pharmacies.

THÉ DU DOCTEUR DUFAU

AUX STIGMATES DE MAIS.

1 fr. 50 la boîte.

NOTA. — Les stigmates de maïs donnant un rendement très variable en principes actifs, on a réservé pour ce thé les stigmates dont le titre n'est pas inférieur à 25 pour 100.

Dépôt général : Pharmacie LAGNOUX, 19, rue des Missions, à Paris.

109

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

12

FRANÇOIS-JOSEPH EAU MINÉRALE PURGATIVE

Sulfate de magnésie, par litre. . . . . 215,6 ⎫ Analyse d'Eug. Boutmy,
Sulfate de soude, par litre. 205,2 ⎭ Paris, 16 mai 78.

En vente partout. — La Direction à Budapest

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

24

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

8

ON DEMANDE UN DOCTEUR

EN MÉDECINE pour une commune de la Seine-Inférieure (1200 habitants). On assurerait un fixe.

Écrire à Mme LEPEL COINTET, 3, rue de Vienne, Paris.

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

9

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

84

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

22

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(*PEPSINE VÉGÉTALE* tirée du Carica-Papaya)

EST LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

(*Voir les travaux de MM. Wurtz et Bouchut.*)

Le SIROP ou l'ÉLIXIR de PAPAÏNE TROUETTE-PERRET rend les plus grands services et guérit rapidement les *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Vomissements, Diarrhées lientériques*, et est le meilleur médicament dans tous les cas où la Pepsine ou la Diastase peuvent être ordonnées.

Les doses habituelles sont : Un verre à liqueur de *Sirop* ou d'*Élixir* ou DEUX CACHETS à prendre immédiatement après chacun des principaux repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

65

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

120

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

30

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

32

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina**.

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50*. Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.

Exiger la signature ci-contre. *A. Roy*

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 1 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

Dose : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L'ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la **Pommade** et les **Suppositoires** de ROYER (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon fo à MM. les médecins.

Phie A. DUPUY, sucr de ROYER, 225, r. St-Martin.

74

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires*.

Le flacon, 3 fr. 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

N° 42. — JEUDI 8 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 8 AVRIL 1886. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance presque tout entière a été consacrée à la suite de la discussion sur les ptomaïnes, les leucomaïnes et la doctrine microbienne. Dans un long et très savant discours en quatre points, et dont le premier point seulement a pu être traité, M. Béchamp s'est proposé, à propos de la discussion, d'exposer sa théorie générale de la nutrition et du rôle des ferments en général. Le temps ne lui a permis de traiter que le point relatif aux substances albuminoïdes et à leur transformation. On trouvera un résumé analytique de cette première partie dans le compte rendu. Nous attendrons que M. Béchamp ait terminé sa communication pour en apprécier l'ensemble.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Un cas de syphilome ano-rectal, de forme gommeuse superficielle.

Au n° 8 de la salle des hommes, nous avons un malade atteint d'une affection relativement rare. Cet homme a vingt-neuf ans et jouit d'une santé générale bonne. Il est entré dans notre service pour une affection de l'anus et du rectum.

Si nous en croyons son récit, ses antécédents morbides seraient les suivants : à dix-neuf ans, il eut un chancre au prépuce, suivi à quelque temps de là de maux de gorge, puis tous les mois d'une poussée de rougeurs avec cuisson au prépuce. Traité par des onctions mercurielles, il aurait très bien guéri.

Au mois d'avril de l'année dernière, dans une de ces poussées, il aurait eu des bubons dans la région inguinale; l'un d'eux se serait ouvert spontanément; l'autre aurait été ouvert par M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, qui aurait constaté en même temps l'existence sur le ventre de taches assez analogues à celles que l'on observe dans la fièvre typhoïde, mais qu'il aurait attribuées à une syphilis chancreuse récente. Enfin, au même moment, notre malade aurait eu, dit-il, quelque chose dans la gorge.

Or, si les faits de 1884 sont exacts, ceux de 1875 perdent quelque peu de leur valeur.

Quoi qu'il en soit, au mois de mai dernier, cet homme commença à s'apercevoir de petites excroissances à l'anus qui le gênaient pour aller à la selle, saignaient facilement pendant la défécation. Je dois ajouter qu'il avait une constipation telle qu'il n'allait à la garde-robe que tous les cinq, six ou huit jours seulement. Il n'y a guère que les femmes nerveuses, ceci soit dit en passant, qui puissent avoir une pareille constipation habituelle sans en être autrement incommodées. A dater de ce moment, l'anus est devenu douloureux. Enfin, notre homme se plaint d'avoir perdu beaucoup de ses forces depuis un an, d'être constamment fatigué.

Si maintenant nous l'examinons, voici ce que nous trouvons : tout d'abord, la cicatrice des deux bubons dont nous avons déjà parlé; mais, du côté du prépuce, il n'y a pas de cicatrice bien évidente. Sur le côté droit de l'anus, on aperçoit une sorte de bourrelet qui, à première vue, ressemble à un bourrelet hémorrhoïdal; cependant il présente avec ce dernier certaines différences très tranchées. Ainsi, il est solide et *non réductible* à la pression des doigts, il est indolent et se divise en deux masses, au-dessus desquelles on voit comme une sorte de petit grelot, du volume d'une groseille, pédiculé, qui sort de l'anus. Ces petites tumeurs rosées ne sont pas des tumeurs hémorrhoïdales, des marisques. D'autre part, on constate par le toucher rectal que le sphincter est ferme, résistant, et, au-dessus de lui, on découvre une série de petits mamelons, occupant tout le pourtour de l'intestin sur une hauteur de cinq centimètres environ, arrondis ou allongés en colonnes, non déchiquetés, d'un volume variable depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une groseille. Au-dessus de ces petites tumeurs l'intestin est sain. De plus, si en même temps que l'on pratique le toucher rectal on exerce une certaine pression sur la fosse ischio-rectale, on ne constate aucun épaississement au niveau de ces lésions. Enfin, le toucher ne détermine ni écoulement sanguin ni de grandes souffrances, mais seulement de petites douleurs qui cessent avec lui.

En résumé, les tumeurs que l'on observe à l'orifice anal se continuent avec celles qui constituent cet anneau intestinal de cinq centimètres de hauteur, avec des vides et des reliefs entre elles, de volume variable. J'ajoute que la santé

générale ne paraît pas bien affectée de cette maladie, et que tous les viscères sont sains.

Au premier moment, rejetant de notre diagnostic l'idée des diverses tumeurs que l'on observe ordinairement dans la région ano-rectale, j'avais pensé à quelque contagion virulente directement portée sur les parties malades : mais, d'autre part, si le sphincter est un peu moins vigoureux qu'on le trouve d'habitude, cependant il n'est en rien ulcéré, comme cela serait arrivé s'il était usuellement malmené.

Mais quelles sont ces tumeurs les plus ordinaires de la région qui nous occupe? Des hémorrhoïdes? elles sont fréquentes. Des tumeurs vénériennes? elles n'y sont pas rares. Des tumeurs tuberculeuses? elles sont d'une rareté plus grande. Ici le diagnostic nous paraît très évident : ce ne sont pas des hémorrhoïdes, car elles ne sont pas mollasses, elles ne sont pas réductibles et ne s'effacent pas par la pression, enfin elles ne sont pas ulcérées. Il ne s'agit pas non plus de cancer; en effet, cet homme est bien portant, il a bon aspect, se nourrit bien, il n'a pas d'hémorrhagies ni de glaires intestinales, pas de ténesme. Le toucher d'ailleurs nous permet d'exclure l'idée de toute tumeur cancéreuse, de toute masse de néoformation, pas d'ulcération, pas d'épaississement, pas de ganglion.

Enfin, nous ne sommes pas en présence non plus de tuberculose du rectum, affection rare d'ailleurs, comme je viens de vous le dire, et que l'on peut confondre quelquefois avec un épithélioma. Ceci me rappelle le fait d'un malade, dont l'histoire remonte à huit ans environ, et chez lequel je crus tout d'abord à l'existence d'une tumeur épithéliale, mais chez qui les accidents ultérieurs et l'autopsie nous démontrèrent qu'il s'agissait bien d'une affection tuberculeuse de l'anus.

Mais s'il ne s'agit d'aucune de ces affections, s'il ne s'agit pas non plus de quelque altération mécanique directe, à quoi donc avons-nous affaire? Si nous nous en rapportons aux commémoratifs, c'est-à-dire aux accidents éprouvés par notre malade, d'abord il y a dix ans, puis l'année dernière, nous nous trouvons portés à diagnostiquer un syphilome ano-rectal. Cependant, le syphilome ano-rectal est une tumeur épaisse, facile en général à reconnaître et ne présentant pas les caractères que nous observons ici. C'est dans ces conditions que j'ai prié M. Fournier de venir voir mon malade. Ses connaissances spéciales ont tranché la question.

Nous sommes bien en présence d'un syphilome ano-rectal, mais d'une variété spéciale décrite par M. Fournier. Jusqu'à présent, je ne rangeais dans cet ordre d'affections que les formes fibreuses, dures, épaisses. Or mon collègue de la Faculté admet une autre forme, une forme gommeuse superficielle de syphilome ano-rectal, forme dont la guérison n'est peut-être pas possible, mais qui est susceptible d'une amélioration notable, plus grande que la forme fibreuse.

Or comme notre malade, en somme, n'a pas de crises très graves, que son état général est bon, je l'ai soumis à un traitement pharmaceutique exclusif. J'ai commencé la médication il y a douze jours en lui prescrivant une cuillerée de sirop de Gibert et 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Et si le traitement est bien supporté, j'irai peut-être, comme limite tolérable, jusqu'à deux cuillerées de sirop de Gibert et 6 grammes d'iodure de potassium.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Tuberculose du poumon, du pharynx et du larynx.

Parmi les malades entrées dans le service, il en est une surtout dont le cas est intéressant.

Cette malade — une femme — est couchée dans la salle Sainte-Adélaïde ; elle est venue pour un mal de gorge assez douloureux avec enrouement prononcé. Quelques mots sur son passé nous feront connaître l'origine de sa maladie.

Cette femme est arrivée à Paris, pour la première fois, il y a cinq ans. A cette époque elle était grasse, grosse, bien portante. Elle entre comme employée à la manufacture des tabacs. Bientôt la menstruation se trouve modifiée, les règles diminuent, tant au point de vue de leur durée que de la quantité du sang perdu. Il y a deux ans cette diminution s'accentue davantage et il semble même que les règles veulent s'arrêter presque tout à fait. En même temps cette jeune femme éprouvait des malaises généraux.

Enfin, il y a six mois, elle a commencé à maigrir, puis l'amaigrissement a pris une marche rapide bien que la malade ait conservé un bon appétit et ait continué à avoir une alimentation abondante. Mais elle toussait un peu, crachait et se plaignait de la gorge. Enfin l'appétit lui-même a fini par se perdre.

C'est dans ces conditions de dépérissement continu qu'elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Lorsque nous l'avons examinée ce matin, nous avons trouvé la muqueuse du voile du palais, du pharynx, de la gorge, rouge et tuméfiée. De plus nous avons constaté une petite ulcération, à bords blanchâtres et taillés à pic, sur le côté droit du pharynx, ainsi qu'une seconde, plus large, mesurant près d'un centimètre, de forme ovalaire, située du côté gauche. Par contre, les amygdales ne présentent rien de particulier, et nous ne trouvons aucun ganglion engorgé ou tuméfié.

La malade est enrouée, et le larynx est douloureux à la pression. L'examen du thorax par la percussion et par l'auscultation nous a révélé les signes suivants : la sonorité de la poitrine, en arrière, est diminuée, surtout dans la fosse sous-épineuse du côté droit. L'expiration dans la même région est plus prolongée, le retentissement vocal est exagéré et on constate un peu de bronchophonie. En avant nous ne trouvons presque rien ou du moins très peu de chose, aucun râle.

Le cœur ne présente rien de particulier, aucun bruit anormal, aucune modification des bruits normaux.

Il n'y a pas de diarrhée; le tube digestif fonctionne convenablement, si ce n'est que la malade n'a plus d'appétit.

Tel est l'ensemble des phénomènes morbides que cette femme nous présente. Mais à quel diagnostic nous conduisent-ils? à une angine simple? à une angine ulcéreuse de nature syphilitique ou tuberculeuse?

Sur la peau nous n'apercevons aucune cicatrice, aucune coloration particulière ; rien non plus du côté des os, rien du côté du système ganglionnaire, aucune tuméfaction de ganglions, en somme aucun indice de syphilis.

Mais ce que je redoute bien plutôt c'est la tuberculose, malgré des signes encore peu marqués, c'est-à-dire une légère différence seulement dans l'intensité de la sonorité et un peu de bronchophonie. De sorte que nous en arrivons à considérer notre malade comme très probablement at-

teinte de tuberculose pulmonaire compliquée d'ulcérations buccales, très probablement aussi de nature tuberculeuse, et de laryngite.

En somme cette femme peut être phthisique avec une laryngite simple, ou phthisique avec une laryngite tuberculeuse. Dans le premier cas, la maladie du larynx peut guérir et par suite la gravité de son état général se trouvera d'autant notablement amoindrie, car il s'agirait alors simplement d'un état congestif accompagnant le développement des granulations tuberculeuses du poumon.

Mais chez cette femme ce n'est pas tout, et nous avons encore d'autres accidents à signaler, des accidents nerveux. En effet, depuis deux ans elle a de temps à autre des pertes de connaissance subites, absolues, au point de tomber à terre. Ce pourrait être de l'épilepsie en raison de la soudaineté du phénomène et de la chute qui l'accompagne. Cependant l'épilepsie a de ces accidents prémonitoires tels que l'aura qui permettent aussi de prévenir la chute. Quant aux hystériques, il est rare qu'elles ne puissent pas éviter de tomber et apporter quelque retard aux attaques, de sorte que si les accès peuvent leur être de quelque utilité, elles les laissent venir, tandis que si elles le veulent bien véritablement, elles peuvent assez souvent les arrêter.

Les malades atteints d'épilepsie ne peuvent guère, au contraire, faire venir à volonté une attaque, si ce n'est par exemple lorsqu'elles savent qu'un accès de colère un peu violent peut le déterminer et les soulager ; alors ces malades cherchent querelle au premier venu afin d'amener une crise.

Chez notre malade les accès sont assez subits ; elle pâlit, elle s'en aperçoit et se sent défaillir, ayant parfaitement conscience de sa défaillance, contrairement à ce qui se passe chez les épileptiques. De plus, chez elle, la langue n'est pas mordue pendant l'attaque, la perte de connaissance n'est pas aussi absolue qu'elle le prétend. Aussi, en résumé, songerions-nous bien plutôt chez elle à des phénomènes hystériques.

Quoi qu'il en soit, les causes de sa maladie sont complexes. Venue bien portante à Paris, elle est entrée, comme je vous le disais en commençant, à la manufacture des tabacs où elle a été immédiatement employée à l'empaquetage du tabac à fumer. Serait-ce là, comme certains médecins l'ont prétendu, un travail dangereux pour la santé, ou tout au moins nuisible par les émanations continues du tabac auxquelles ces ouvrières sont constamment soumises? Il est vrai qu'un certain nombre d'autres médecins ont nié l'influence nuisible du tabac dans ces circonstances, tandis que les premiers le considéraient comme ayant une action fâcheuse sur la menstruation, la diminuant d'abord pendant un certain temps pour l'arrêter ensuite.

Je ne dois pas omettre de dire que notre malade est sujette aussi à des vertiges, à des étourdissements, des éblouissements que le nicotisme peut parfaitement produire, en dehors de tout état nerveux.

En résumé cette femme me paraît avoir subi une intoxication nicotique, laquelle a pu contribuer au développement de l'hystérie. Quant à la tuberculose, je ne crois pas que les ouvriers employés dans les manufactures de tabac soient plus que d'autres enclins à se tuberculiser ; mais ce que nous devons retenir, c'est que ces ouvriers travaillent dans des endroits clos, qu'ils font peu d'exercice, et que généralement ils se nourrissent mal, toutes choses qui peuvent influencer la tuberculose.

Enfin au point de vue de l'hérédité, nos renseignements sur elle ne sont pas empreints d'une bien grande certitude.

Donc : femme nerveuse, hystérique, en proie aux influences mauvaises de l'intoxication nicotique, atteinte, de plus, d'une affection des voies respiratoires supérieures et profondes, d'un commencement de tuberculose pulmonaire, d'une tuberculose plus avancée du pharynx et probablement aussi de tuberculose laryngée.

Quant au pronostic, nous n'avons guère lieu d'espérer que le mal puisse s'arrêter comme chez certains individus chez lesquels la poitrine seule est prise ; donc, état grave.

INFLUENCES HÉRÉDITAIRES ET DIATHÉSIQUES

SUR LE BÉGAIEMENT.

Par M. le docteur PONS SIMON.

Le bégaiement est une névrose caractérisée par une arythmie respiratoire et un spasme intermittent des muscles concourant à l'émission de la parole articulée.

La question de l'hérédité dans le bégaiement n'a jamais été sérieusement approfondie ni élucidée ; et cependant on trouverait, dans les transformations successives de ce que j'appellerais la *diathèse nerveuse*, des preuves concluantes pour expliquer la nature essentiellement cérébrale du bégaiement.

Quelques auteurs rapportent bien des cas d'hérédité : Graves, entre autres, cite une famille dont tous les enfants mâles furent bègues pendant trois générations ; mais il ne s'est pas livré à une enquête généalogique sérieuse. Colombat ne mentionne même pas l'hérédité dans son *Orthophonie du bégaiement*. Dans ma thèse : *Essai sur le bégaiement*, Montpellier, 1884, je ne consacre que quatre lignes à ce sujet, signalant le cas de deux frères bègues, desquels je n'ai pu obtenir des renseignements précis. L'exemple que je viens d'observer à Ille (Pyrénées-Orientales) m'a paru curieux et digne d'être rapporté.

Simon S..., tempérament nerveux, âgé de trente ans, exerçant la profession de musicien, est bègue de naissance. Son bégaiement est intermittent ; il prononce certaines phrases couramment, puis est subitement frappé de mutisme et ne reprend le mot ou la phrase qu'après plusieurs inspirations forcées qui amènent une rougeur de la face et des contorsions parfois pénibles. Il bégaie principalement sur les consonnes *b, m, p, t, v*; l'émission des voyelles est relativement facile. L'influence des pressions barométriques est manifeste chez lui. Le temps humide, orageux, un vent très fort (marin, sud-ouest) redoublent son infirmité. Son caractère subit le contre-coup de son incessante attention à bien parler, c'est-à-dire est impressionnable, vif, irritable.

La sœur de Simon S..., Mlle Rosine S..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux et quelque peu lymphatique, est bègue de naissance. Son bégaiement ressemble à celui de son frère, avec cette différence que l'intermittence bien que plus fréquente est moins longue ; le temps d'arrêt pour reprendre la suite du mot ou de la phrase est plus court, nécessite moins d'efforts, moins de contorsions. Le bégaiement porte aussi sur les consonnes *b, p, t, v*. Elle est douée d'un caractère vif, emporté.

Le père, François S..., était bègue. Il a succombé à une affection cardiaque, qui peut être imputée à l'alcoolisme.

Son bégaiement était plus accentué que celui de ses deux enfants; l'émission du premier son était précédée d'un sifflement pénible. Les inspirations forcées amenaient un gonflement considérable du cou et des mouvements contracturés des membres supérieurs et inférieurs.

Le grand-père parlait très couramment, mais a succombé, paraît-il, à une affection cardiaque.

Le bisaïeul, J. S..., était bègue, et d'après le dire de ses arrière-petits-enfants, plus bègue qu'eux. Lorsqu'il émettait un mot difficile à prononcer, il devait associer l'émission du son à des gestes et mouvements désordonnés très pénibles.

Le grand-père de Simon S... avait eu deux frères, tous les deux parlant sans difficulté, et huit fils, dont un seul bègue. Les sept autres ont succombé à des affections diverses, maladies de cœur, hémorrhagie cérébrale, maladies aiguës de poitrine. Tous les enfants de ces derniers sont exempts de bégaiement.

Il est à remarquer que le bègue était le plus jeune de tous, et que des quatre enfants que ce dernier a eus, deux sont bègues, les deux plus jeunes, un de chaque sexe. Les deux autres enfants jouissent même d'une facilité d'élocution surprenante : ils sont aussi très nerveux.

Cette observation, que nous avons pu prendre exactement est intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous montre d'abord l'influence indéniable de l'hérédité et la transmission du tempérament nerveux, de la *diathèse nerveuse*. Si tous les enfants n'ont pas été affectés de bégaiement, nous les voyons tous *névropathes ;* nous voyons plusieurs d'entre eux succomber à des affections cardiaques ou cérébrales. D'autre part, à en juger par cette observation, le bégaiement a épargné une génération. L'hérédité n'est donc pas fatalement directe dans le bégaiement. Il semblerait, en outre, en descendant la série, dans une famille, que l'on trouve plus de membres affectés de bégaiement. En revanche, si le nombre de bègues augmente, l'intensité du bégaiement semble diminuer. Ainsi, Rose S... est moins bègue que son frère plus âgé qu'elle ; ce dernier est moins bègue que son père, et le bisaïeul était affecté, paraît-il, d'un bégaiement choréique épouvantable.

Graves cite le cas d'une famille dont tous les enfants mâles furent bègues pendant trois générations. Les femmes ne sont pas exemptes de cette infirmité. Dans notre observation, sur quatre enfants, dont deux de chaque sexe, nous voyons une fille et un garçon hériter du bégaiement de leur père.

Il m'est donné d'observer en ce moment un fait d'influence diathésique fort curieux. Une vieille femme, Françoise R..., âgée de soixante-cinq ans, entre à l'hôpital d'Ille (Pyrénées-Orientales), le 15 février 1886, présentant tous les symptômes de la chorée. Les troubles de la motilité sont complets ; la face devient grimaçante ; il y a des contorsions incessantes du tronc et de la tête ; les membres sont projetés en divers sens. Il y a vraie folie musculaire. Tout le temps que durent ces accès, la malade est bègue, balbutie, ne peut achever sa phrase, hésite, répète surtout les consonnes *q*, *r*, *t*, et traîne même sur les voyelles. Ce bégaiement passager disparaît avec l'accès. M'étant informé de ses parents, j'ai appris que le grand-père était bègue, mais qu'il n'y avait eu depuis aucun bègue dans la famille.

Ainsi, la diathèse nerveuse s'est transmise, mais ici transformée en chorée, et, particularité étonnante, un bégaiement passager vient compliquer la névrose. Tout bègue est plus ou moins choréique ; mais tout choréique n'est pas bègue. Dans le cas qui nous occupe, ce bégaiement passager s'expliquerait par l'hérédité.

Il est vrai d'ajouter qu'en dehors de toute hérédité, il existe un bégaiement passager dans certaines affections nerveuses, l'hystérie, par exemple. Pour ma part, j'ai assisté à une succession de crises épouvantables d'hystérie, pendant lesquelles la malade, une jeune femme, restait quasi muette ou ne prononçait que des syllabes indéfiniment répétées avec une hésitation qui simulait le bégaiement. Ici il y a mutisme avec bégaiement ou balbutiement.

Charcot (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 34), cite plusieurs cas de crises de mutisme chez les hystériques et rapporte notamment le cas fort curieux d'une fille déjà choréique qui, à la suite d'une violente émotion, devenue subitement muette, sans pouvoir émettre le moindre son, resta muette pendant quinze jours et après quoi devint bègue.

Le bègue est un *névropathe* et souvent un *névropathe héréditaire.*

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du Salicylate de soude.

Par le docteur CHALENDRAY.

De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée en pratique : c'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme il y a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà les avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au Salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique, et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre ; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on observe généralement : 1° la cessation rapide des douleurs ; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur ; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants ; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse, les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus on voit disparaître en deux ou trois jours les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le Salicylate de Soude, on devra s'assurer de la pureté du produit et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition comme la Solution Clin, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les bons effets. Cette Solution contient très exactement 2 grammes de Salicylate de Soude pur par cuillerée à bouche et 50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy a fourni des indications précieuses pour l'emploi du Salicylate de Soude :

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abréger la maladie le plus possible afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps ; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, — je veux parler du Salicylate de soude. J'ai toujours obtenu par son emploi une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L'effet est survenu quelquefois vingt-quatre heures après l'administration de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours

au plus. Grâce au Salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie qui ne peut ainsi durer que trois, quatre ou huit jours seulement au lieu de six semaines autrefois.

« Je commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le Salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent. »

En résumé, le Salicylate de Soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales aiguës et chroniques, et la Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gallard dans la section d'hygiène publique.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Gallard prend place parmi ses collègues.

— M. Marty, pharmacien principal, se porte candidat dans la section de pharmacie; — M. Heurtaux remercie l'Académie de l'avoir nommé membre correspondant national; — M. Andouard (de Nantes) adresse une note sur un cas de momification spontanée; — M. Beaume adresse une note sur le diabète et son traitement.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET LA DOCTRINE MICROBIENNE.

M. Béchamp fait, moitié de vive voix et d'abondance, moitié en lisant, une communication sur la théorie générale de la nutrition et sur l'origine des ferments en général, à propos de la discussion sur les ptomaïnes et leur rôle en pathologie.

Le sujet qu'il va traiter, dit-il, très complexe, touche aux questions les plus hautes de la chimie, de l'histologie, de la physiologie et de la pathologie. De plus, il se complique de questions de priorité, qui pourraient aisément soulever des questions personnelles. Il les évitera autant que possible. Enfin, comme par la nature même de son sujet il va être obligé de parler de ses propres travaux, en le faisant il déclare qu'il ne sera mû par aucun autre intérêt que celui d'une théorie dont il estime la connaissance désormais indispensablement nécessaire et à la physiologie et à la médecine..... Ce ne sera pas sa faute s'il arrive à cette conclusion dernière que les doctrines microbiennes, sans sa théorie, aboutissent à l'empirisme le plus absolu. Or l'histoire en main, il prouvera que ces doctrines, dans ce qu'elles ont de vrai, procèdent de la théorie qu'il défend.

M. Béchamp divise sa communication en quatre parties :

La première contiendra une étude sur les matières albuminoïdes et sur leurs transformations;

La deuxième aura pour objet une étude sur l'origine des vibrioniens en général, considérés dans leurs rapports avec la physiologie;

La troisième, la nutrition selon la théorie du microzyma;

La quatrième, l'application de la théorie à la pathologie, ou les leucomaïnes, les microzymas et la pathologie.

1° *Les substances albuminoïdes et leur transformation.* — M. Béchamp, dans cette première partie, se propose de répondre à une assertion de M. Gautier touchant la putréfaction et la vie, et à une critique de M. Cornil concernant la naissance des bactéries à même les tissus. La théorie générale de la nutrition que soutient M. Béchamp découle de ses recherches sur les fermentations et sur les microzymas.

Avant d'en développer les principes, il expose d'abord quel était l'état de nos connaissances sur les matières albuminoïdes à l'époque déjà éloignée (1856) où il en a commencé l'étude. Il rappelle qu'à une époque très rapprochée de la nôtre, Hustley considérait l'albumine comme étant un protoplasma ou la nutrition vivante elle-même; tandis que M. Naquet, refusant de considérer les matières albuminoïdes comme des principes chimiques, voulait en renvoyer l'étude à la zoologie, les regardant comme des débris d'organes.

Enfin parmi les chimistes ceux qui voulaient bien les regarder comme étant des principes immédiats, des acides, n'y voyaient qu'une substance unique, plus ou moins modifiée ou combinée avec des matières minérales diverses. Il résulte cependant de ses observations que le rôle de la matière albuminoïde est immense en biologie.

Mais indépendamment de ces incertitudes ou de ces ignorances, M. Béchamp rappelle qu'à cette même date de 1856 on ne savait rien sur la transformation de ces matières dans l'organisme pendant la vie ni sur l'origine des principes immédiats azotés qui se forment dans l'intimité de nos tissus. C'est ainsi qu'on ne savait pas même comment se formait l'urée que nous éliminons si abondamment par les urines. Dumas et Prévost avaient bien fait voir que l'urée se trouvait dans le sang après l'ablation des reins, démontrant ainsi que ces organes ne servaient qu'à l'élimination, mais on ne savait pas comment elle s'y produisait. C'est à Strasbourg, en 1856, que M. Béchamp entreprit cette recherche dont il fit l'objet de sa thèse inaugurale. Dans ce travail, il démontrait que par oxydation dans un milieu alcalin, les matières albuminoïdes produisent de l'urée.

Cette thèse fut présentée avec éloges par Dumas à l'Académie des sciences, ajoutant qu'il avait vérifié l'exactitude de ce que M. Béchamp y avait établi d'une manière si brillante.

Cette théorie, continue M. Béchamp, contient en outre les résumés de toutes les recherches dont les matières albuminoïdes avaient été l'objet à cette époque, et il en déduit la conséquence que ce sont des composés amides fort complexes, formés par la réunion de molécules nombreuses, amides ou autres, et, enfin, que loin d'être formés par une substance unique, le nombre de leurs espèces peut être fort grand.

Les conclusions de ce travail et de cette théorie ont été confirmées, en somme, par le travail de M. Gautier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes; c'est ce que M. Béchamp s'était proposé d'établir avant de rechercher par quel mécanisme se forment des alcaloïdes animaux dans l'organisme, ainsi qu'une foule d'autres composés qui sont les termes nécessaires de la démonstration.

Cette exposition faite, M. Béchamp fait voir que si l'on tient les doctrines microbiennes pour vraies, il en résulte que la transformation des albuminoïdes dans l'organisme sont des effets sans cause ou les résultats de qualités ou de causes occultes.

L'heure étant avancée, et M. Béchamp voyant qu'il n'aurait pas le temps de terminer sa communication dans cette séance, en reste là et demande à M. le président de vouloir bien lui réserver la parole dans la prochaine séance pour résumer les autres parties de son travail.

La parole lui sera réservée.

M. Verneuil, en réponse à M. Le Fort, fera prochainement une communication sur ce qu'il entend par le parasitisme microbique latent.

LECTURE

M. Vuillet (de Genève) lit un travail sur une nouvelle méthode de dilatation du col utérin. (Comm. : MM. Tillaux, Cusco, Charpentier.)

La séance est levée après cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des fêtes de Pâques, et conformément à l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, la Faculté de médecine sera fermée du dimanche 18 avril au lundi 3 mai 1886.

— *Concours de l'agrégation* (*section de chirurgie et accouchements*). — Comme nous l'avions annoncé dans notre dernier numéro, la première épreuve définitive (leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) a commencé lundi dernier, 5 avril 1886, à cinq heures du soir. Les questions, tirées au sort, ont été traitées ainsi qu'il suit : Lundi 5, M. Schwartz : Des abcès chauds de la cavité pelvienne; M. de Lapersonne : Tumeurs des muscles striés. — Mardi 6, M. Picqué : Accidents primitifs et tardifs de la trachéotomie; M. Étienne : Hémorrhagies traumatiques secondaires. — Mercredi 7, M. Barette : Étiologie et pathogénie de l'infection purulente; M. Jalaguier : Des indications fournies par la température en chirurgie.

— Par décret, en date du 3 avril 1886, ont été nommés dans la réserve de l'armée active :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs en médecine Petitjean, Peschaud, Dausse, Pettremieux, Casanova, Vazeille, Buhot, Cornet, Hugounenq et Bernard.

— Par décret, en date du 3 avril 1886, M. Paumès, docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans la réserve de l'armée active.

— Par décret, en date du 3 avril 1886, ont été nommés ou promus dans le corps de santé de l'armée territoriale :

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. de Paoli, médecin aide-major de première classe.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* MM. les médecins-majors de deuxième classe Maréchal et Locquin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe Durand, Dezautière, Verneuil et Belle.

Au grade de médecin aide-major de première classe : M. Réthoret, médecin aide-major de deuxième classe.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Papon et Dupont.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Cottin, médecin aide-major de première classe.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* MM. les médecins-majors de deuxième classe Le Borgne et Neis.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Louboutin et Nicolas.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : M. Freyssinge, pharmacien aide-major de première classe.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Jourdanne et Féray.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. les médecins aides-majors de première classe Stagienski de Holub, Thomas et Reignier.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. les médecins aides-majors de première classe Montano, Miran et Rontin.

— Par décret, en date du 3 avril 1886, ont été nommés dans le corps de santé de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Charriaux, Heydenreich, Cazaux, Frémont et Régi.

— Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission s'ouvrira le lundi 24 mai 1886, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 avril 1886 et sera clos définitivement le mercredi 5 mai, à trois heures.

— *Faculté des sciences de Paris.* — A partir du 27 avril 1886, les leçons de géologie de M. le professeur Hébert auront lieu le mercredi et le vendredi à trois heures un quart.

Le mardi 13 avril 1886, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Faculté, M. Cloez soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : « Recherches sur les dérivés chlorés de l'acétone. »

— *Muséum.* — M. le professeur Ed. Becquerel ouvrira son cours de physique appliquée aux sciences naturelles le lundi 12 avril 1886, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera de la lumière dans ses rapports avec ses phénomènes physiques et naturels, et s'occupera notamment de la phosphorescence, ainsi que des actions chimiques et physiologiques de la lumière.

— La *Revue des traditions populaires* vient de publier son nº 2; en voici le sommaire :

Dictons sur les mois (P.-S.); — le Chamelier et le tigre, conte de l'Inde (Louis Rousselet); — la Chanson de Renaud (Julien Tersot); — la Mort de l'avare, conte russe (Léon Sichler); — Prières populaires de l'Ain (Charles Guillon); — le Vaisseau merveilleux, conte de marin (Paul Sébillot); — Sérénade corse (Frédéric Orsoli); — Superstitions de l'Orléanais (P.-S.); — le Pèlerinage de Saint-Mathurin (Paul Yves); — la Malédiction des grenouilles, légende angevine (Lionel Bonnemère); — Proverbes bretons sur les femmes (G. Milin); — le Personnel d'une ferme en Languedoc (Alexandre Langlade); — Devinettes picardes (H.-E. Carnoy); — Coutumes et superstitions du Maine (Mme Destriché); — le Cerf-volant de Pipiri, légende de Tahiti (Charles Hercouet); — Bibliographie; — Periodiques et journaux; — Notes et enquêtes.

Les abonnements (12 francs par an pour la France) sont reçus chez MM. Maisonneuve et Leclerc, quai Voltaire 25, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Coxotuberculose; leçons faites à la Faculté de médecine, par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau; recueillies par le docteur Ménard, chef de clinique de la Faculté. 1 vol. in-8° avec 35 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, par le docteur J. Dejerine, médecin des hôpitaux, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 308 pages avec 70 tableaux généalogiques, dont 5 hors texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

La pratique des maladies vénériennes, par P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon. 1 vol. in-8° de 560 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des pyrexies abortives, par le docteur Maurice Letulle, médecin des hôpitaux. Grand in-8° de 210 pages, avec 18 tracés. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des crises dans les maladies, par le docteur A. Chauffard, médecin des hôpitaux, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 130 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19358.

N° 43. — SAMEDI 10 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 10 AVRIL 1886. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'hérédité dans les maladies du système nerveux.

De ce beau sujet échu à M. Dejerine pour le concours d'agrégation, est issu un volume de près de 300 pages. C'est dire que nous n'avons pas la prétention d'en présenter ici une analyse détaillée. Nous devrons nous borner seulement à y rechercher et à indiquer l'esprit général qui a présidé au classement des problèmes complexes de psychologie et de physiologie morbide que comprend cette vaste question, à la coordination des faits innombrables que l'observation mettait à sa disposition et à l'exécution du plan qu'il s'est tracé.

Nous venons de parler des faits observés qui constituent le fond de richesse accumulé et la base fondamentale de notre science. Il suffirait de jeter un coup d'œil sur l'index bibliographique placé à la fin de la thèse, pour juger du nombre des auteurs qui ont apporté sur ce seul sujet, les maladies du système nerveux, le produit de leurs observations — encore s'en faut-il que la liste soit complète — et de la quantité des matériaux qu'il y avait à mettre en œuvre. Mais l'observation directe des faits, si loin qu'elle soit poussée, quelles que soient la précision, l'exactitude et la sagacité qui y ont présidé, ne suffirait pas à elle seule pour constituer la connaissance complète d'un groupe ou d'un ordre quelconque de maladies. Ses résultats, comme le dit très justement M. Dejerine, ne seraient que d'une valeur relative, s'ils n'étaient reliés entre eux par les lois générales qui régissent et gouvernent les manifestations vitales, à l'état normal comme à l'état pathologique. Si cela est vrai pour quelque groupe de maladies que ce soit, à plus forte raison ce l'est-il pour les maladies nerveuses. Aussi la recherche des causes qui les engendrent, l'étude des relations qu'elles peuvent affecter entre elles, l'analyse des modifications qu'elles exercent les unes sur les autres, l'étude du terrain sur lequel elles évoluent et celle du milieu dans lequel vit le sujet malade, devaient-elles entrer et sont-elles entrées effectivement dans le programme de l'auteur.

Ce programme, le voici en peu de mots : Étant donnée, de par l'observation, l'importance de l'influence héréditaire, importance qui semble s'accroître à mesure que l'attention des observateurs est davantage attirée de ce côté et que la recherche des antécédents est faite avec plus de soin, montrer le rôle immense que joue l'hérédité dans les différentes maladies du système nerveux, rechercher si la plupart ne dérivent point d'une souche commune et ne sont point des variantes d'un même type d'origine ancestrale.

En conséquence, après un aperçu préliminaire indispensable sur l'hérédité considérée en général, hérédité de structure, hérédité des fonctions du système nerveux à l'état physiologique, aperçu dans lequel il expose et analyse avec un judicieux esprit critique les diverses théories qui ont été formulées en vue d'expliquer le fait, la théorie de la « pangenèse » de Darwin, celle de la « périgenèse » de Haeckel, celle de la « continuité du plasma germinatif » de Weismann, ainsi que les études faites sur le même sujet, parmi nous, par Lucas, De Candolle, Ribot, etc., M. Dejerine aborde l'objet spécial de son étude. Dans une série de chapitres distincts, il fait successivement la part de l'hérédité : dans les maladies du système nerveux sans lésions anatomiques actuellement appréciables (psychoses et névroses) ; dans les affections du système nerveux avec lésions anatomiques (paralysie générale, ataxie locomotrice progressive, les différentes scléroses, le tabès dorsalis, les diverses variétés de myélites, les myopathies atrophiques, etc.) ; dans les délires fébriles et les lésions permanentes de l'encéphale et de la moelle épinière qui surviennent au cours des maladies infectieuses et des intoxications ; dans les affections du système nerveux en relation avec certaines maladies générales, goutte, arthritisme, rhumatisme, asthme, angine de poitrine, traumatisme, etc. Il termine par un chapitre ayant pour titre : « L'hérédité est-elle indispensable au développement des maladies nerveuses ? »

C'est par une rapide analyse de ce dernier chapitre et ses conclusions générales, que nous allons essayer de donner à nos lecteurs une idée de ce grand travail.

Le rôle important, immense, comme le dit M. Dejerine, que joue l'hérédité dans la pathogénie d'un grand nombre d'affections du système nerveux, n'est pas tel, cependant, qu'il n'y ait pas lieu de se préoccuper, à côté de cette influence si générale, des diverses causes qui, en dehors d'elle et sans son concours, peuvent donner et donnent lieu réel-

lement à un certain nombre d'états nerveux ou de maladies nerveuses.

La neurasthénie, par exemple, qui semble être comme le point d'origine et le lien commun qui rattache entre elles la plupart des vésanies et des grandes névroses, par ce facteur commun, l'hérédité, n'est-elle pas assez souvent elle-même le produit de causes manifestes qui ont eu pour premier résultat l'épuisement nerveux, telles que toutes les conditions du surmenage en général et plus particulièrement du surmenage intellectuel? M. Dejerine rappelle par des exemples bien choisis, que ce que fait l'épuisement nerveux, bon nombre d'intoxications peuvent le faire, telles que le saturnisme, l'alcoolisme, soit à l'état aigu, existant à l'époque de la fécondation, soit lentement développé. Il en est de même de toutes les maladies ou de toutes les circonstances qui peuvent entraîner un état défectueux de la nutrition, des émotions violentes, de grandes passions ou des dépressions psychiques.

Aux observations déjà faites par Esquirol, Morel, Lucas et quelques autres, sur l'influence de l'état d'ivresse au moment de la conception, M. Dejerine ajoute celles qu'ont faites plus récemment MM. Demeaux, Dehaut et Vougier sur le même sujet, et qui ont montré que l'enfant engendré dans ces conditions, presque toujours débile, peut devenir aliéné, idiot ou épileptique.

Le siège de Paris a appris que l'insuffisance ou les mauvaises qualités d'alimentation, jointes aux émotions vives ou répétées, chez les femmes enceintes, avaient eu pour résultat la naissance d'enfants chétifs, malingres, dont un grand nombre ont été atteints, par la suite, d'affections convulsives ou mentales.

Les mauvaises conditions de la grossesse ne sont pas les seules causes de troubles névropathiques chez les enfants. On les a observés également comme conséquences de traumatismes survenus dans les mêmes conditions.

Ce sont là, avec quelques autres que nous omettons, tout autant de circonstances, qui, sans exclure l'influence de l'hérédité, montrent qu'elle n'est pas toujours nécessaire.

Voici maintenant les conclusions formulées par M. Dejerine.

A ces questions : Existe-t-il un lien commun entre les maladies du système nerveux? Dérivent-elles toutes d'une souche unique, dont les branches, de par le fait de l'hérédité plus ou moins convergente, et de l'état de dégénérescence qu'elle entraîne forcément avec elle, formeraient les diverses variétés qui ont été l'objet de cette étude? M. Dejerine répond que la chose est plus que probable, qu'elle est même certaine, mais que la filiation n'est point encore absolument démontrée.

« Depuis Morel, dit-il, bien des tentatives ont été faites dans ce sens, sans aboutir toutefois à un résultat véritablement précis. Les facteurs de cette étude sont trop complexes, trop divers, trop sujets à des causes d'erreur, et surtout trop incomplets encore, pour nous permettre d'établir une classification des maladies nerveuses du fait de l'hérédité. J'ai montré, au cours de ce travail, que toutes les affections nerveuses faisaient partie d'une même famille, que l'hérédité sous ses différentes formes permettait de les grouper ensemble, sous le nom générique de famille neuro-pathologique. Aller plus loin aujourd'hui dans la voie de l'induction me paraîtrait téméraire.

« Nous ignorons encore le *comment* de la transformation des différentes affections nerveuses les unes dans les autres, nous ignorons encore le *pourquoi* de cette transformation. Mais si nous ne connaissons point les causes de ces mutations diverses, — connaissant l'influence désastreuse de l'hérédité convergente, — nous pouvons nous demander si les affections du système nerveux n'ont point une souche ancestrale commune, d'où elles dérivent toutes, les psychoses comme les névroses, les affections *sine materia*, comme les affections avec substratum anatomique.

« La tendance actuelle est de voir dans la plus commune, la plus banale des névroses, dans la neurasthénie, le point de départ de toutes les affections du système nerveux, la souche de cette grande famille neuro-pathologique, dont les différents membres ont été étudiés au point de vue généalogique dans le cours de ce travail.

« C'est la neurasthénie qui la crée et l'entretient tout à la fois. Elle la crée en vertu des lois de l'hérédité, dont les effets cumulatifs, s'exerçant à travers plusieurs générations, se traduisent sur les descendants des neurasthéniques, par des formes de plus en plus graves, amenant à leur suite la dégénérescence physique et morale, ainsi que l'extinction de la race. Elle l'entretient, car pouvant se développer de toutes pièces chez un sujet sans tare héréditaire, elle est par conséquent la seule des affections du système nerveux qui ne reconnaisse pas toujours l'hérédité pour cause, qui puisse s'acquérir sous l'influence de certaines circonstances données sans prédisposition aucune. C'est la neurasthénie qui, fournissant sans cesse de nouveaux aliments à la grande famille neuropathologique, s'oppose à l'extinction de cette dernière, de par les lois fatales de l'hérédité convergente, combinée avec les états de dégénérescence.

« Aussi le domaine des affections du système nerveux ira-t-il toujours grandissant. C'est là une des conséquences fatales de la lutte pour l'existence, telle surtout que la comprend notre époque. C'est à la fois la cause et le résultat de toute civilisation, c'est aussi la cause de sa décadence. » — Dernière conclusion quelque peu désespérante, mais à l'égard de laquelle il nous reste heureusement le droit d'appel vis-à-vis de l'avenir, c'est-à-dire de l'inconnu.

Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie.

Le sujet qu'a eu à traiter M. Gilbert Ballet : le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie, est un de ceux qui ont le plus contribué à sceller le traité d'alliance, que l'on peut considérer comme indissolublement accompli aujourd'hui, entre la psychologie et la physiologie. Un rapprochement important s'était fait déjà depuis quelque temps par la tendance de plus en plus accusée des psychologues à entrer dans la voie expérimentale, en s'attachant à l'étude des phénomènes de l'esprit, suivant la méthode des sciences naturelles, et indépendamment de toute hypothèse métaphysique, ainsi que le signalait récemment M. Ribot, et à associer à l'ancienne méthode idéologique pure ou subjective, seule en usage parmi eux autrefois, la méthode objective ou biologique, c'est-à-dire à se pénétrer et à s'inspirer des renseignements que l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux étaient en mesure de leur fournir.

S'il était une question de nature à démontrer la nécessité de l'union de la psychologie, de la physiologie et de la pathologie et à la consacrer en quelque sorte officiellement, pour nous servir des expressions mêmes de M. Ballet, c'est bien en effet celle de la fonction du lan-

gage et de ses altérations, à l'étude de laquelle elles ont apporté toutes trois un concours également utile. Montrer les résultats de cette heureuse entente, faire ressortir les éclaircissements que la clinique a apportés à l'étude de la fonction du langage, rechercher surtout les interprétations des diverses formes de l'aphasie, telles que les rend aujourd'hui possibles l'analyse psychologique, tel a été le but que s'est proposé M. Ballet dans ce travail.

Un aperçu sur la formation et le développement de la fonction du langage chez l'individu ouvre la série des chapitres dans lesquels il étudie successivement l'audition mentale ou les images auditives des mots, la vision mentale ou les images visuelles des mots, l'articulation et l'écriture mentales, images ou représentations motrices d'articulations, images et représentations motrices graphiques, le jeu combiné des représentations auditives, visuelles et motrices, l'aphasie en général, avec ses diverses formes, l'effacement partiel ou total des images auditives, des mots (surdité verbale), l'effacement partiel ou total des images visuelles des mots (cécité verbale), l'effacement partiel ou total des images motrices d'articulation (aphasie motrice, aphasie ataxique), l'effacement des images motrices graphiques (agraphie), les aphasies combinées et les aphasies de conductibilité. Enfin, après un chapitre sur les localisations corticales des centres du langage, sur le siège et la nature des lésions productrices de l'aphasie, il termine par des considérations relatives au diagnostic des différentes formes de l'aphasie.

Les diverses formes typiques de l'aphasie étudiées à part dans chacun de ces chapitres, où il est montré que chaque groupe d'images est susceptible de s'effacer isolément, sans retentissement sur le fonctionnement des autres groupes, il restait à étudier les cas où, au contraire, par suite des relations qu'entretiennent entre elles les diverses formes de la représentation verbale, la perte d'un groupe peut gêner le jeu des autres, et ceux où le désordre cérébral, s'étendant à plusieurs groupes simultanément, donne lieu à des aphasies complexes ou combinées dont l'analyse devient plus particulièrement difficile. Il restait, en d'autres termes, à parler des aphasiques, c'est-à-dire à montrer les complexus cliniques divers dont l'aphasie fait partie à titre d'épisode.

Ne pouvant décrire tous les types d'aphasiques, M. Ballet s'est borné à en signaler deux particuliers. L'un de ces types donne l'idée de l'une des situations où se manifestent les aphasies transitoires. Il est représenté par ces malades que M. Charcot a décrits dans ces derniers temps, qui sont atteints de migraine ophthalmique avec le phénomène spécial de scotome scintillant et qui présentent durant leurs crises divers désordres de la sensibilité et du mouvement, auxquels s'ajoutent quelquefois des troubles du langage.

Le deuxième type montre dans son ensemble le tableau clinique complexe, dont l'aphasie grave et durable constitue l'un des traits importants. Il s'agit alors soit d'un syphilitique, soit d'un vieillard ou d'un alcoolique athéromateux, d'un rhumatisant avec lésions cardiaques. Si dans quelques-uns de ces cas l'aphasie peut s'isoler encore et se manifester sous l'une ou l'autre de ses formes, la lésion cérébrale étant limitée à l'un ou à plusieurs des centres corticaux du langage, le plus souvent elle s'accompagne d'autres manifestations qui tiennent à la diffusion ou à la multiplicité des lésions. Le voisinage du centre moteur d'articulation et des centres moteurs des membres explique la combinaison habituelle de l'aphasie avec l'hémiplégie droite. Il n'est pas un seul symptôme ressortissant à l'écorce cérébrale ou même aux fibres sous-corticales, qui ne puisse se manifester en même temps que l'une ou l'autre des formes de l'aphasie : l'épilepsie jacksonienne, l'hémichorée et l'hémiathétose, l'hémianesthésie, l'obtusion intellectuelle plus ou moins accusée. M. Ballet signale, parmi ces faits de coïncidence symptomatique, comme particulièrement curieuse par sa constance, l'existence simultanée de la cécité verbale et du rétrécissement du champ visuel sous forme de rétrécissement concentrique ou plus souvent d'hémianopsie homonyme.

Enfin M. Ballet arrête un instant l'attention du lecteur sur une des formes d'aphasie qu'on désigne en Allemagne sous le nom d' « aphasies de conductibilité », et qui résultent, non pas de l'effacement d'un groupe d'images, mais de la rupture des relations qu'entretiennent entre elles les images des divers groupes, par suite d'une altération des conducteurs nerveux qui relient chaque centre à ses congénères.

Des considérations relatives au diagnostic des différentes formes de l'aphasie terminent ce travail, qui est comme on le voit, une page de pathologie toute moderne.

M. Ballet résume la question et conclut en ces termes :

On connaissait de longue date les caractères généraux qu'affectent les troubles de la parole articulée. La localisation de ces troubles dans la troisième circonvolution frontale gauche avait été déterminée. Mais à cela se bornait, il y a quelques années à peine, les notions courantes.

Aujourd'hui on est arrivé à décomposer la fonction du langage en quatre opérations constitutives et à montrer que chacune de ces opérations, susceptible d'être troublée isolément, réside dans un territoire distinct de l'écorce cérébrale. On a fait plus : après avoir débrouillé la symptomatologie, on est arrivé à l'interpréter et à donner la clef de ses variations individuelles.

Si pareils résultats ont été acquis sur le terrain de la physiologie pathologique, ils l'ont été grâce à l'application d'une méthode rigoureuse, qui a consisté à choisir pour l'étude les cas simples de préférence aux cas complexes, de façon à constituer des types cliniques autour desquels doivent venir se grouper, par la force des choses, les formes frustes ou compliquées ; à rapprocher les symptômes relatés pendant la vie des lésions nécroscopiques soigneusement topographiées ; enfin à éclairer les phénomènes morbides par l'étude des phénomènes normaux, c'est-à-dire à rapprocher, pour les comparer ensemble, les enseignements de la clinique et ceux de la psychologie.

Étant donné cet état de la question, le dernier mot est-il dit? Non, sans doute. Parmi les vérités nouvelles qu'on est ainsi arrivé à acquérir, continue M. Ballet, il n'en est pas peut-être qui éclaire la pathologie du langage d'un jour plus vif que la notion des variétés physiologiques individuelles. Mais, par cela même que le langage est un instrument tellement compliqué que nous ne le manions pas tous de la même manière, on n'aura recueilli une observation complète et véritablement significative qu'après avoir superposé, dans la mesure où la clinique le permet, la formule cérébrale normale de l'individu à sa formule pathologique.

C'est en se pénétrant de ces idées qu'on arrivera, suivant M. Ballet, à parachever l'histoire des troubles du langage.

HERNIE ÉTRANGLÉE. — TAXIS PROLONGÉ.

EXPULSION AU QUATORZIÈME JOUR D'UNE ANSE INTESTINALE DE 34 CENTIMÈTRES. — GUÉRISON.

Par M. le Dr A. MARSSET de Lavoute-Chilhac (Haute-Loire).

Le 1er octobre 1885, je fus appelé dans le village de Freycinet, auprès du cantonnier, homme de trente-sept ans, robuste, qui depuis deux jours avait de violentes coliques.

Hernie inguinale droite depuis huit ans, sortant et rentrant facilement, mal contenue par un mauvais bandage. L'avant-veille au matin, la hernie était sortie; il n'avait pu la réduire, et avait dû rentrer chez lui. Dans la soirée, vomissements alimentaires d'abord et rares, puis muqueux et très fréquents; cinq lavements à l'eau de mauve avaient provoqué, les deux premiers, une selle normale, les trois autres, un soulagement momentané.

Facies abdominal. — Pouls petit, fréquent, serré, 130 pulsations. — Température, 36°,8. — Ventre sonore, modérément tendu. Nausées incessantes; pas d'odeur fécale des matières glaireuses, jaune pâle, rendues de temps en temps.

Au niveau de l'aine droite, tumeur oblongue, descendant dans les bourses, 14 centimètres de long, 8 de large, à surface lisse, très sonore à la percussion, peu douloureuse à une pression légère, coloration normale de la peau. Je veux donner du chloroforme, le malade refuse énergiquement. Même insuccès pour une injection de morphine. J'essaie le taxis, mes deux mains entourant la tumeur par la face palmaire, le pédicule maintenu de chaque côté par l'annulaire et le petit doigt de chaque main. Un bruit de gargouillement se produit, le volume de la tumeur diminue légèrement, mais la plus grande partie reste irréductible.

Après une demi-heure de tentatives infructueuses, je fais entrevoir au malade et à sa famille les conséquences que pourrait avoir leur entêtement; j'insiste sur les avantages d'une ponction aspiratrice. Je leur propose la kélotomie comme moyen ultime, et vais pendant une heure prendre l'air, pour leur donner le temps de réfléchir et me reposer. A mon retour, même obstination, plus accentuée encore s'il est possible. J'essaie de nouveau le taxis; après une heure de pression énergique, j'arrive à réduire peu à peu la hernie. Le malade accuse un grand soulagement et expulse, pendant que je lui applique un spica de l'aine, quelques gaz peu odorants. Repos absolu dans le décubitus dorsal; toutes les heures, pendant dix heures : extrait belladoné, extrait thébaïque *aa* 15 milligrammes dans une cuillerée d'eau pure, bouillon gras ou lait s'il a faim. Pas d'aliments solides. Lavements à l'eau de mauve le lendemain, s'il n'a pas été à la selle.

2 octobre. — J'ai des nouvelles. Cinq heures après l'opération, selle abondante, beaucoup de vents avant et après, sommeil calme pendant huit heures. Bien-être général malgré une grosse soupe de pain de seigle mangée le matin. Mêmes prescriptions; un verre de vin en plus pendant la journée.

4 octobre. — On vient me chercher en toute hâte. Il est plus fatigué depuis la veille au soir. — Pouls filiforme, 120. — Facies très altéré. — Température, 38°,6. — Ventre ballonné, très douloureux au niveau de la fosse iliaque droite; vomissements porracés, expulsion fréquente de gaz par l'anus, urines rares, très colorées. Je prescris : larges frictions deux fois par jour sur tout l'abdomen avec pommade mercurielle belladonée au 1/20me, cataplasmes, extrait thébaïque 20 centigrammes par vingt-quatre heures en solution aqueuse; diète absolue de solides. Si le malade demande à boire, tisane de mélisse froide, vin rouge.

14 octobre. — Les symptômes généraux et locaux se sont amendés. — Pulsations, 80. — Température, 37°,2. — Fosse iliaque droite tuméfiée, empâtement profond, le reste de l'abdomen est normal. Alimentation légère, œufs, lait, huile de ricin 20 grammes.

15 octobre. — On m'apporte un « gros ver » rendu pendant la nuit avec des matières noires d'une fétidité extrême. Le « gros ver » est une anse d'intestin grêle de 34 centimètres de long, 2 de large, uniformément putréfiée sur toute son étendue; du côté de la concavité, est un fragment irrégulier du mésentère, 25 centimètres de long, 4 de large; aux deux bouts libres, le mésentère n'existe pas. La section peu nette est perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Les trois tuniques sont facilement reconnaissables, la tunique musculeuse est la mieux conservée.

Pendant un mois, le malade a été nourri avec des aliments liquides : lait, bouillon, vin. Toutes les fois qu'il s'écartait du régime, il éprouvait des coliques très vives. Depuis quinze jours, il a peu à peu repris l'alimentation habituelle des paysans d'Auvergne (viande salée, pain de seigle, pommes de terre); les forces sont revenues, l'appétit est normal, les digestions régulières, les selles quotidiennes et bien moulées.

THÉRAPEUTIQUE

De la diastase dans les affections des voies digestives.

Par M. le docteur LACHARTRE.

On sait que la dissolution des matières alimentaires se fait par l'acte de la digestion, et de même que la nature des aliments est variable, de même aussi varie la nature des agents chimiques destinés à opérer cette dissolution.

La diastase animale détermine la solubilité des matières féculentes, la pepsine fournie par le suc gastrique, celle des matières azotées, enfin le suc pancréatique émulsionne et dédouble les matières grasses.

Lorsque ces trois opérations se font normalement, la digestion est complète; lorsqu'une de ces fonctions se fait mal, la digestion est ralentie, pénible, quelquefois presque nulle.

Il est facile de comprendre, par ce court exposé, que les formes de la dyspepsie peuvent être aussi variables que les causes qui les ont fait naître et que, pour les combattre, il faut recourir à l'agent qui fait défaut.

Si on réfléchit que parmi les substances alimentaires, celles d'une digestion difficile et qu'on interdit en général aux estomacs délicats sont les féculentes, la logique indique de recourir tout d'abord à la diastase.

La diastase est une substance bien curieuse, tant par ses propriétés que par ses effets. L'identité de la diastase salivaire des animaux supérieurs et de la diastase végétale a été établie par MM. Musculus et Gruber. Ces ferments agissent de la même façon sur le glycogène et sur l'amidon.

Nous n'entrerons pas ici dans l'étude chimique de la diastase; c'est seulement au point de vue thérapeutique que nous voulons en dire quelques mots.

Les expériences de M. le professeur Vulpian et de M. Mourrut ont montré :

1° Que l'addition d'un acide retarde la saccharification de l'amidon par la diastase et annihile l'action de la pancréatine.

2° Que si le liquide est neutralisé, la diastase reprend toutes ses propriétés, la pancréatine ne les reprend pas.

Or l'estomac, étant un milieu acide, est défavorable à l'action du ferment diastasique; mais comme ce n'est pas seulement dans l'estomac que se fait la digestion, et que la diastase possède seule cette remarquable propriété de reprendre tout son pouvoir lorsqu'elle sort du milieu acide qui la paralysait, seule elle remplit bien le but proposé.

3° Que la présence de l'alcool retarde l'action des ferments digestifs.

Mais si la proportion d'alcool est faible, cet inconvénient disparaît, surtout pour la diastase, qui n'agit que dans le duodénum, alors que toute trace de liquide alcoolique a disparu; car, comme l'a démontré M. Ch. Richet, l'alcool est entièrement absorbé par l'économie en trente-cinq ou quarante minutes, tandis que la

masse alimentaire met trois ou quatre heures pour être entièrement digérée.

Notons encore avec M. Ch. Richet, que le sucre de canne diminue l'acidité de l'estomac.

C'est en s'appuyant sur ces diverses considérations que le docteur Durand a présenté au corps médical son vin diastasé composé selon toutes les données de l'expérience et des faits :

1° Ce vin est neutre afin d'éviter l'inconvénient des substances acides sur la diastase.

2° Il est liquoreux pour diminuer l'acidité naturelle de l'estomac, et le sucre, comme nous l'avons fait remarquer, possède cette propriété.

3° Il est, tout en restant agréable, d'un degré alcoolique plus faible que les vins médicinaux en général, afin d'être facilement toléré par les estomacs les plus délicats.

Par un procédé absolument original, le docteur Durand assimile à la diastase à l'état naissant, les substances toniques (manganèse et cinchonine) en faisant germer l'orge sous l'influence de solutions médicamenteuses. De la sorte, les principes actifs du *Vin Durand*, par suite de leur combinaison avec la diastase, sont immédiatement assimilés.

Les essais faits : à l'Hôtel-Dieu, service du docteur Bucquoy ; à l'hôpital Cochin, service du docteur Xavier Gouraud ; à l'hôpital des Enfants, service du docteur Jules Simon, sont venus confirmer les excellents effets de cette préparation dans la dyspepsie, la gastralgie, les vomissements des femmes enceintes, la chlorose, l'anémie et les convalescences longues et difficiles.

La dose moyenne est d'un verre à madère après chaque repas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Pied bot; tarsectomie. — M. VERNEUIL rappelle avoir toujours été partisan des résections anaplastiques. Lorsque, dans un cas de pied bot rendant la marche impossible ou tout au moins très pénible, la ténotomie, le massage forcé, les appareils, les machines ont échoué, la chirurgie doit intervenir. M. Verneuil opéra ainsi un jeune garçon qui portait un pied bot rendant la marche extrêmement pénible. Il s'était proposé, en commençant l'opération, d'enlever assez d'os pour que le redressement fût facile; c'est ainsi qu'il enleva successivement, chez cet enfant, l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde et une partie de la tête du calcanéum. La plaie fut laissée largement ouverte, bourrée d'iodoforme et recouverte d'un pansement antiseptique; puis on appliqua une attelle plâtrée. Quelques jours après, le jeune malade présenta des phénomènes d'arthrite dans les articulations voisines, avec ascension de la température. L'inflammation ne se propagea pas aux gaines. Le sulfate de quinine fit assez rapidement baisser la température. Après un mois, trois nouvelles attelles plâtrées furent disposées de façon à rectifier l'attitude du pied. La cure a duré deux mois. Mais M. Verneuil insiste sur l'importance qu'il y a à laisser, dans ces cas, la plaie ouverte.

M. Verneuil met sous les yeux de la Société les deux moules du pied de cet enfant, l'un pris avant, l'autre après l'opération.

M. LE DENTU est favorablement impressionné par le résultat obtenu. Il a assisté à l'opération; la brèche était énorme et irrégulière. Il y avait un tel ballottement du pied qu'il était impossible de rapprocher l'avant-pied du calcanéum. Ces jours derniers, il a eu à prendre une décision pour un malade atteint d'un double pied bot, se plaignant surtout de douleurs. Il s'agissait d'un adulte de trente-deux ans. Il pensait qu'on pouvait tenter l'opération; mais il s'agissait d'un adulte, qui marchait bien; c'est pourquoi il a hésité, ne croyant pas pouvoir affirmer le succès. Encouragé par les résultats de M. Verneuil, il se décidera peut-être à opérer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait un des premiers l'ablation de l'astragale chez une jeune fille; le résultat est des plus satisfaisants. Contrairement à M. Verneuil, il a fait la réunion; il croit qu'on gagne beaucoup pour la durée de la cure. Le pied de l'enfant opéré par M. Verneuil est déjà mieux que le moule. Chez sa malade, M. Lucas a conservé la malléole externe; bien lui en a pris, le pied s'est redressé et elle marche aujourd'hui franchement sur la plante du pied. Dans un cas semblable, il commencerait par conserver la malléole externe, quitte à l'enlever dans une seconde opération, si elle s'opposait au redressement.

M. LE FORT trouve très remarquable le résultat obtenu par M. Verneuil. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et, dans des cas analogues, il a vu des malades marcher plus mal après qu'avant l'opération. L'âge est ici d'une grande importance. Quand il s'agit de petits enfants, on obtient de très beaux résultats par les appareils; c'est seulement un traitement un peu long. Langenbeck a publié un travail sur la combinaison, dans ces cas, d'un appareil silicaté avec un appareil plâtré. Ce dernier est seulement temporaire. Il a obtenu, à l'aide de ces appareils, un redressement à peu près complet chez un jeune enfant. On arrive, dans ces cas, à des modifications très remarquables dans le squelette.

M. ANGER soigne un jeune homme de dix-sept ans, qui a été atteint d'une fracture de la colonne vertébrale ayant amené une paraplégie suivie d'un double pied bot. Il a essayé la ténotomie sans succès. M. Nélaton, qui l'a remplacé dans son service, a tenté la tarsotomie; il a dû y renoncer et faire l'amputation du pied. Il reste à ce malade un pied bot. M. Verneuil croit-il pouvoir obtenir un bon résultat dans ce cas?

M. VERNEUIL demande, avant de se prononcer, à examiner ce malade dans son service. Il ajoute qu'il y a des cas compliqués où l'amputation partielle du pied est seule indiquée. Dans un cas de ce genre, il a obtenu un assez bon résultat par l'amputation de Choppart. M. Verneuil croit que la solidité du pied de son petit malade tient à la très épaisse couche inodulaire résultant de la plaie ouverte. Celle-ci, à ce point de vue, a de grands avantages.

M. PERRIN demande à M. Verneuil si, dans ces cas, il pousse le sacrifice des surfaces osseuses et articulaires jusqu'à ce qu'il puisse obtenir le redressement.

M. VERNEUIL répond que c'est là le principe qui l'a guidé dans la conduite qu'il a tenue chez son malade.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — M. NICAISE, à propos de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Richelot (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 293), complète ce qu'il a déjà dit sur le même sujet en 1878 et en 1882. Cette opération, proposée pour la première fois en 1750 par Vicq d'Azyr, était tombée en discrédit par suite du défaut de connaissances anatomiques exactes sur l'espace crico-thyroïdien; on sait aujourd'hui qu'il est en moyenne, chez la femme, de 7 à 8 millimètres de diamètre, et chez l'homme, de 9 à 11 millimètres. Il est donc possible d'introduire une canule dans cet espace. C'est une opération d'une exécution facile; les vaisseaux, dans cette région, sont peu volumineux. M. Nicaise pense qu'il est utile d'ajouter deux petites incisions transversales à l'incision verticale. Le choix de la canule est très important; si elle est trop grosse, elle peut déterminer une fracture du cricoïde. Chez la femme, cette canule doit avoir en moyenne de 8 à 10 millimètres de diamètre; chez l'homme, de 9 à 11 millimètres. La section du cartilage cricoïde facilite l'introduction de la canule.

Au point de vue des indications, l'opération de Vicq d'Azyr peut être une opération de nécessité; mais M. Nicaise ne la croit pas appelée à remplacer la trachéotomie chez l'adulte dans tous les cas. Elle est, selon lui, formellement indiquée dans les cas de fracture ou de blessure du larynx, et aussi dans les cas de cancer du larynx où la canule doit rester à demeure.

Cathétérisme rétrograde. — M. MONOD fait un rapport sur deux observations adressées l'une par M. Cauchois (de Rouen), l'autre par M. Douard, et relatives à deux cas de cathétérisme rétrograde.

Dans l'observation de M. Cauchois, il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui, étant atteint d'un rétrécissement infranchissable du canal de l'urèthre, avait subi deux uréthrotomies externes sans succès. C'est ce qui décida M. Cauchois à pratiquer la taille sus-pubienne pour introduire une sonde dans le canal par la vessie, c'est-à-dire pour pratiquer le cathétérisme rétrograde. Il eut un peu de peine à trouver la vessie. Le malade était guéri trois mois après. M. Cauchois attribue à M. Duplay le mérite d'avoir fait le premier cette opération; Giraldès l'avait faite en 1867; M. Péan a publié un cas semblable en 1877.

L'observation adressée par M. Douard a trait à un cas de rupture traumatique récente du canal; il s'agit d'un enfant de huit ans qui était tombé d'un arbre à califourchon sur un échalas; il se fit une rupture de l'urèthre; l'uréthrotomie externe ayant échoué, M. Douard pratiqua la taille sus-pubienne et introduisit une sonde par la voie rétrograde. L'enfant était complètement guéri après neuf jours.

Il a été publié plusieurs cas semblables; il en est un qui a été communiqué par M. Piedvache, et qui a fait l'objet d'un rapport de M. Després, lequel a nié qu'il y eût rupture du canal. M. Péan a publié également un cas analogue. Enfin M. Monod a pu réunir dix-sept observations éparses dans la science. M. Monod cite la thèse de Souberbielle sur ce sujet.

Quelles sont les indications générales du cathétérisme rétrograde? ce sont les rétrécissements dits infranchissables et encore, dans ces cas, le cathétérisme rétrograde ne doit-il être pratiqué que comme opération complémentaire de l'uréthrotomie externe et non jamais d'emblée; ce sont aussi les ruptures graves de l'urèthre; mais auparavant, on doit faire l'incision périnéale, chercher à reconstituer le canal; si le bout postérieur échappe, il faut encore gagner du temps par les ponctions capillaires de la vessie; mais cette temporisation ne doit pas être indéfinie. Si les recherches sont restées infructueuses, il faut recourir alors à l'opération complémentaire permettant de tourner l'obstacle, c'est-à-dire au cathétérisme rétrograde. Toutefois, dans certains cas de rupture traumatique, le cathétérisme rétrograde peut devenir une opération de choix ou même de nécessité.

Y a-t-il d'autres indications? Dans certains cas de rétention d'urine d'origine prostatique, dans certains cas exceptionnels de fausse route le cathétérisme rétrograde peut être utile, ainsi qu'a cherché à le démontrer Rohmer (de Nancy).

A quel procédé d'exécution faut-il donner la préférence? Cela varie selon les cas. S'il existe une fistule, il faut s'en servir pour introduire la sonde, au besoin l'agrandir pour introduire le doigt et guider la sonde dessus. Quand il n'y a pas d'orifice préexistant il faut se créer une voie, soit par la ponction, soit par la taille. Si la vessie se vide par des ouvertures périnéales, il ne faut pas hésiter à pratiquer la taille d'emblée. Alors même que la distension de la vessie rendrait la ponction plus facile, M. Monod inclinerait à préférer encore la taille qui, du reste, est une opération bénigne, n'entraînant jamais la mort.

Le lieu d'élection de la ponction doit être le plus haut possible. Quant à l'incision, il faut la faire de préférence verticale. L'introduction du cathéter peut offrir quelques difficultés; il faut procéder avec douceur; il faut, ainsi que l'a fait M. Péan dans le cas cité plus haut, écarter les parois avec deux pinces hémostatiques, faire une ponction évacuatrice de la vessie et la remplir ensuite d'un liquide antiseptique. Il faut, bien entendu, laisser la sonde de même et passer un fil permettant de le changer.

Dans ces conditions, le cathétérisme rétrograde peut rendre de très grands services.

Le microbe des granulations oculaires. — M. PONCET (du Val-de-Grâce) présente des planches et des préparations montrant dans le tissu des granulations oculaires le microbe pathogène.

Sur un œil énucléé par M. le docteur Dehenne et dont la cornée entière avait été envahie par les granulations, le parasite a été recherché soit par la méthode de Haale, soit et mieux par celle de Graw.

Le microcoque siège dans l'épithélium et tout aussi bien dans tous les autres éléments de la cornée envahis par les granulations. Il est très petit, très abondant dans le centre de la cellule qui en est remplie. Infiniment plus petit que celui de l'uréthrite, il ne peut être comparé à ce dernier comme l'avait pensé Sattler.

M. Poncet a trouvé des cellules chargées de micrococoques dans l'iris; l'épithélium de la membrane de Dromet en contenait aussi en quantité.

L'auteur prend date de cette démonstration, car si des recherches ont été entreprises dès 1881 par Sattler, nulle part on ne trouve encore de représentation exacte du microbe des granulations dans les coupes de tissu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bouchardat, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, décédé le 7 avril 1886, en son domicile, rue du Cloître-Notre-Dame, 8, à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

Ses obsèques auront lieu samedi, 10 avril, à midi très précis, en l'église métropolitaine de Notre-Dame. L'inhumation aura lieu au cimetière du Père-Lachaise.

Conformément à ses intentions formellement exprimées, aucune députation en costume ne figurera à ses obsèques, aucun discours ne sera prononcé sur sa tombe.

La Faculté de médecine sera fermée demain samedi, et les examens qui devaient avoir lieu ce jour-là sont reportés après Pâques.

— Par décret en date du 6 avril 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Piesvaux, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : M. Brédiem, médecin de première classe de la marine.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* — Les séances de la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, ont continué dans l'ordre suivant : mercredi 7 avril, M. Augagneur : Des névromes. — M. Pousson : Le goître parenchymateux simple. — Jeudi 8 avril, M. Gangolphe : De la taille hypogastrique; M. Brun : Des kystes dermoïdes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La première épreuve éliminatoire (composition écrite) du concours du prosectorat s'est terminée mercredi soir. Deux nouveaux candidats se sont retirés : MM. Phocas et Métaxas. La seconde épreuve (épreuve orale) a commencé hier jeudi 8 avril, à cinq heures; dans cette séance, les cinq candidats suivants ont passé : MM. Beurnier, Demoulin, Mérigot de Treigny, Lejars et Festal; la question traitée (question d'anatomie descriptive) a été : « Le corps strié, le cristallin et la zone de Zinn. » La seconde séance a lieu ce soir, à cinq heures, pour les quatre derniers candidats : MM. Villemin, Hartmann, Hallé et Boiffin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mounier, ancien professeur d'anatomie au Val-de-Grâce.

— Sont nommés membres de la délégation cantonale de l'enseignement primaire : pour le VI[e] arrondissement de Paris, M. le docteur Genevois; pour le XVIII[e] arrondissement, M. Jossel, médecin du Bureau de bienfaisance.

— M. Berson soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 15 avril 1886, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « De l'influence de la température sur l'aimantation. »

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19369.

66

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

91

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **P. LEBEAULT**, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault*.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des Purgatifs, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

15

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

Le Perdriel et Cie, 11, rue Milton, Paris.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Très facile et très agréable à prendre.
Ne contient aucun drastique.
Phie Grillon, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDÉ,

Lauréat de l'Acad. de méd. (Prix Orfila).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies** et **besoins circulatoires.**

Dosage. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.

Mode d'emploi. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*

Dépôt. — Phie A. Houdé, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

110

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

99

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café Elixir de Boldo-Verne. — Verne, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : M. Margier, pharm. à Privas.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

241

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : Bosredon aîné, Brive (Corrèze).

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 44. — MARDI 13 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. MARDI 13 AVRIL 1886. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La politique et la folie.

INFLUENCE DES GRAVES ÉMOTIONS PUBLIQUES SUR LES PARTICULARITÉS DU DÉLIRE.

I

On croit généralement et l'on répète sans cesse que les événements politiques exercent une influence très marquée sur le développement de la folie, entraînent une élévation considérable du chiffre des aliénés et conduisent aux catastrophes cérébrales les plus inattendues. C'est là une erreur. Les luttes politiques, les révolutions et les émeutes ne frappent que l'intelligence des individus héréditairement prédisposés et ne font que précipiter l'échéance d'une infortune qui pouvait entrer dans les choses à prévoir. Une cause efficiente tout autre que le renversement d'une dynastie, d'un trône ou d'un homme, que la chute d'un système gouvernemental ou que la fusillade de la rue aurait identiquement produit le même résultat. Les grandes perturbations sociales n'ont point d'action désastreuse sur les facultés intellectuelles d'une nation, parce qu'elles n'ont qu'une durée tout à fait temporaire.

Des auteurs ont émis, d'autre part, cette opinion que lorsque de graves événements venaient à bouleverser la face des sociétés, on pouvait voir, en vertu de l'effet salutaire des crises, des guérisons absolument inespérées de névropathies, et ils ont affirmé que l'on en avait observé des exemples probants en 1789 et en 1848. Il est possible que certains individus amollis par la vie facile, l'oisiveté et la richesse, se soient soudainement relevés; il est possible que des existences frêles, chagrines et traversées par des accidents nerveux, soient devenues robustes et saines à partir du jour où l'infortune s'est appesantie sur elles; mais comment proclamerait-on que les défaillances physiques et morales trouvent un remède dans le malheur et puisent de l'énergie dans les larmes? Les faits exceptionnels, je les note, mais je passe outre.

Pour supprimer sur le cerveau humain une tache pathologique, il faut plus qu'une commotion politique : il faut une altération lente, continue et progressive de l'éducation, des habitudes et des mœurs publiques; il faut des surexcitations passionnelles prolongées, des dépenses excessives d'activité cérébrale ou des vices invétérés. C'est alors que, sous l'influence de ces causes perturbatrices, les fonctions du système nerveux se modifient et se dépravent, que la folie éclate et que le suicide augmente.

Si les cas d'aliénation mentale se sont accrus depuis quarante ans dans une proportion presque inquiétante, il convient de l'attribuer à l'éducation relâchée, au mode vicieux d'instruction, au défaut de tout sens moral dans la littérature, à la réhabilitation du vice et du crime et à l'apologie du suicide sur nos scènes dramatiques, au culte de l'égoïsme, à la convoitise des jouissances matérielles, à la soif de l'or, aux spéculations effrénées, aux perplexités incessantes résultant d'une position commerciale très tendue, aux jeux de Bourse, aux aventures industrielles et financières de toute sorte, aux modifications subites dans l'état des fortunes et des personnes, aux appréhensions de l'avenir, aux progrès si constants de l'alcoolisme et aux pratiques honteuses de la débauche. Que le niveau mental d'un grand peuple ne diminue pas pour cela et qu'il reste très élevé, j'en suis sûr, mais toutes les circonstances perturbatrices que j'ai énumérées peuvent insensiblement voiler les aspirations généreuses de la nation, dénaturer ses tendances traditionnelles et retentir sur ses qualités psychiques. Cela seul suffit pour motiver un *Caveant consules!*

La part des événements politiques, il importe de la faire cependant, et je reconnais que pendant les grandes crises sociales le délire porte l'empreinte des idées, des émotions et des orages du jour; que la guerre, la défaite, l'occupation ennemie, le pillage, le bombardement, la famine, l'émeute et l'incendie peuvent conduire à la terreur, et que la terreur communique aux troubles de la raison une couleur spéciale.

En dehors de la politique et des fléaux divers que la guerre entraîne à sa suite, j'ai constaté également l'influence considérable que les graves émotions publiques peuvent exercer sur les particularités du délire. Le grand événement du jour se retrouve à l'occasion dans les divagations, les témérités pathologiques ou les démonstrations déraisonnables de certains malades. Qu'il s'agisse d'une excessive agitation financière, d'une déroute sans précédent à la Bourse, d'une épidémie cholérique soudaine, d'un procès très retentissant ou

d'un crime absolument effrayant et propagé chaque jour par la presse à des millions d'exemplaires, et les conceptions délirantes de l'aliéné (à la période d'invasion) pourront se revêtir d'une estampille en rapport avec la grave préoccupation générale du moment. — Tels sont les deux faits sur lesquels reposera toute mon argumentation dans cette leçon.

Les affirmations qui précèdent sont puisées dans une longue pratique à l'Infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la Préfecture de police. C'est là que j'ai lentement acquis, depuis 1867, quelques notions assez précises sur les oscillations, les nuances et les déviations de la raison, à Paris. Dans cet abri passager où ne séjournent que pendant quelques heures les individus de tout âge, de tout sexe ou de toute condition, atteints d'accidents cérébraux aigus ou chroniques, de troubles de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la sensibilité et du mouvement, de névroses convulsives avec délire, d'alcoolisme ou de démence sénile, l'imprévu clinique et médico-légal y est sans limites. Le médecin est mis en demeure de statuer en quelques lignes, séance tenante, sur chaque affaire.

Dans cette Infirmerie spéciale on a reçu et examiné au point de vue mental, du 1er janvier 1870 au 31 décembre 1885, 41988 individus : 24418 hommes et 17570 femmes. Sur ce chiffre, 36109 ont été placés dans les établissements d'aliénés de la Seine et 5859, reconnus insuffisamment malades ou inoffensifs, ont été immédiatement rendus à la liberté. Enfin, toujours sur 41988, 10402 étaient affectés d'alcoolisme à des degrés divers et 10044 se trouvaient dans une situation administrative ou judiciaire spéciale et étaient prévenus, inculpés, accusés ou condamnés. Les prévenus de très petits délits ou de quasi-délits figurent dans ce dernier groupe pour une part extrêmement considérable.

Ces données une fois établies, on comprendra comment j'ai pu suivre et noter les fluctuations ou les caractères insolites de l'état mental des habitants de Paris et comment il va m'être possible d'esquisser certaines anomalies psychiques, a des moments déterminés. Les événements politiques (guerre de 1870-1871) et les émotions publiques générales vont successivement fixer notre attention.

1° Guerre de 1870-1871. — Au lendemain de la bataille de Reichshofen, la France tressaille de douleur, d'orgueil et d'espérance. Notre armée est battue, elle s'est couverte de gloire, elle peut se relever!

Le désastre de Sedan et la marche des troupes prussiennes sur Paris, jettent aussitôt une alarme profonde dans toute la population *extra muros* du département de la Seine. Les familles, déjà très troublées par le rappel des anciens militaires de vingt-cinq à trente-cinq ans, et privées la plupart de leurs défenseurs naturels, s'abandonnent entièrement aux partis les plus extrêmes que conseille la peur, prêtent l'oreille aux bruits les plus sinistres et les plus absurdes, et demandent en vain au calme de la nuit un repos qui les fuit. On disait et on répétait alors que les Prussiens, à leur arrivée dans une localité, s'emparaient des hommes valides et les plaçaient en avant de leurs lignes, qu'ils saccageaient les habitations et qu'ils y mettaient le feu, qu'ils outrageaient les femmes, qu'ils égorgeaient les enfants et les vieillards, etc.

En deux ou trois jours, les habitants des environs de Paris essayent de mettre en lieu sûr tous leurs objets les plus précieux, s'ingénient à trouver des cachettes, et, comme s'ils s'étaient tous donné le mot, ils enfouissent le linge et les vêtements dans la cave; ils enterrent les provisions les moins encombrantes du ménage au pied d'un arbre du jardin; ils déposent l'argenterie dans la plus sombre anfractuosité de la cheminée, et, s'alarmant mutuellement, ils déplacent bientôt leur butin pour le placer ailleurs et le replacer autre part encore. Ils finissent par ne plus se souvenir des endroits qui recèlent telles ou telles de leurs valeurs! Le trouble des esprits est à son comble. Les uns, — et c'est le plus petit nombre, — sont mornes, navrés, froidement résignés; les autres, exaltés par la douleur, crient, vocifèrent, maudissent les envahisseurs, s'agitent et sont incapables de faire le plus insignifiant préparatif; ceux-ci pleurent, se lamentent, gémissent, répètent constamment les mêmes paroles, regrettent d'avoir trop vécu et appellent la mort; ceux-là sont tremblants, ont peur de tout, sont effarés, s'attendent à tout, et véritables victimes d'illusions sensorielles, ils croient entendre le pas des chevaux des éclaireurs, le tintement sinistre du tocsin ou le sifflet de l'avant-garde ennemie, et s'imaginant qu'ils vont être pris et placés en face d'un peloton d'exécution, ils courent se cacher dans quelque coin obscur. A ce moment, on observe quelques cas de suicide aigu.

Un homme de quarante à quarante-cinq ans, éloigné de ses parents, séparé de ses amis, s'attriste, prend peur, sort de Paris, et est ramassé quarante-huit heures après dans le bois de Clamart. Il est bien mis; mais ses vêtements sont en désordre et couverts de boue. Il ne parle pas. C'est un espion prussien, suppose-t-on, et l'on annonce qu'il sera probablement passé par les armes. Toutefois, comme il refuse de s'alimenter, à son arrivée au Dépôt, un surveillant a la bonne pensée de l'introduire dans une cellule de l'infirmerie spéciale. Le médecin passe, l'interroge avec une obstination que doublait le sentiment d'un grave péril, et il finit par obtenir trois syllabes. En rapprochant ces trois syllabes, il reconstitue un nom propre. Or ce nom est presque connu et il est notamment porté par l'ami très intime d'un professeur à la Faculté de médecine de Paris. L'*Almanach Bottin* indique bientôt la profession et le domicile. On se présente aussitôt à la demeure du mystérieux prisonnier. L'appartement est fermé, le locataire a disparu et les concierges paraissent très inquiets. Le doute n'est plus possible et l'intervention médicale se fait sentir d'une façon souveraine. Et, en 1886, cet homme, revêtu d'une robe ornée d'hermine, rend une très haute justice, avec autant de savoir que d'autorité. Il ignore encore les détails de sa propre aventure. — Dans la profession médicale, il y a des joies silencieuses et profondes, des orgueils discrets et doux.

A partir des premiers jours d'août jusqu'au 15 septembre 1870, le chiffre des individus atteints ou soupçonnés de folie fléchit sensiblement. La population, on vient de le voir, passe par toutes les préoccupations et par toutes les angoisses; les commissaires de police ont moins de temps à consacrer aux enquêtes sur les malades et ajournent les cas les moins pressants; les jeunes hommes appelés à faire partie des levées extraordinaires se mettent en route; les poltrons redoutent les événemeuts dont Paris peut devenir le théâtre et se sauvent n'importe où, en province ou à l'étranger; le mouvement général des affaires se suspend tout d'un coup et tous les rouages sociaux s'arrêtent à la même heure.

La clinique cérébrale commence à se modifier, et le contingent habituel de nos hôtes perd déjà sa physionomie traditionnelle. Nous recevons, par exemple, des alcoolisés

aigus, dont l'âge oscille entre dix-sept et vingt-deux ans! Ces jeunes ouvriers se sont trouvés sans ouvrage ou se sont enflammés à la patriotique pensée de la défense du drapeau national. Ils ont trop fêté leur départ, ou ils ont cherché trop de consolations à leur tristesse. L'expectation, quelques bains et un repos de trois jours suffisent le plus souvent pour rappeler l'état normal.

Suivons le cours des événements.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

Fracture de côtes, épanchement sanguin, abcès du foie, infection purulente.

Notre malade du n° 16 de la salle des hommes est mort; l'autopsie qui vient d'en être faite est des plus intéressantes et, je dois l'avouer en toute franchise, elle a infirmé le diagnostic que nous avions cru pouvoir émettre d'après l'ensemble des phénomènes dont nous avions suivi l'évolution pendant le séjour de cet homme à l'hôpital. Nous avions dit en effet qu'il était probablement atteint d'un kyste hydatique suppuré du foie, et l'autopsie nous a montré qu'il s'agissait seulement d'un vaste abcès du foie, suite de l'accident qui lui était arrivé quelques mois auparavant.

Voici d'ailleurs le fait :

Notre malade était un homme de trente ans, blanchisseur, qui, certain jour du mois de décembre 1884, avait fait une chute du haut de la voiture dans laquelle il transportait du linge. Il était tombé de telle sorte qu'il s'était fait une fracture de plusieurs côtes du côté gauche.

Amené aussitôt à l'hôpital Necker, il avait été placé dans le service de M. Guyon, où il était resté jusqu'à la fin du mois de janvier 1885, époque à laquelle il avait pu rentrer chez lui, considéré comme guéri. Je dois ajouter que, peu de jours après l'accident, il avait présenté les phénomènes d'une pleurésie consécutive à sa fracture de côtes.

Depuis lors il paraissait se bien porter, lorsque, le mois dernier, il fut pris, sans cause appréciable, nous dit-il, de symptômes nerveux, d'une crise presque épileptiforme, de vomissements, enfin de phénomènes fébriles. Cinq jours plus tard, on constatait l'existence d'une tumeur volumineuse au niveau de l'épigastre, paraissant s'étendre dans l'hypochondre droit. C'est dans ces conditions qu'il fut conduit dans le service de M. Potain; une ponction exploratrice fut pratiquée; elle donna issue à du pus et le diagnostic de kyste hydatique suppuré du foie ayant été porté, le malade fut transporté dans ma salle.

Quand je le vis, l'anxiété du malade était extrême, la dyspnée énorme; on apercevait une tumeur à l'épigastre, ainsi qu'une voussure prononcée de l'hypochondre droit, etc. Mon diagnostic fut celui de M. Potain, et, en raison de l'état de cet homme et de son extrême anxiété, je n'hésitai pas un seul instant à ouvrir la tumeur épigastrique, de peur de la voir se rompre du côté de la cavité péritonéale.

Je pratiquai deux incisions : une sur la tumeur de l'épigastre, où je rencontrai immédiatement une collection purulente; une autre au niveau de l'hypochondre droit, en ayant soin d'inciser les tissus couche par couche; le péritoine était mobile, sans aucune adhérence, je l'incisai également et appliquai un certain nombre de points de suture, pour éviter le plus possible tout épanchement du pus dans sa cavité; mais la coque du foie était réduite à une telle minceur qu'elle se rompit et que, malgré toutes les précautions que nous avions prises, une certaine quantité de pus s'écoulait dans la cavité péritonéale; je fis une toilette minutieuse de la poche, j'y plaçai un drain, après quoi j'appliquai le pansement de Lister et laissai notre homme tranquille pendant deux jours.

L'opération avait été suivie d'un soulagement immédiat; le lendemain, il allait bien; ce que voyant, au bout de quarante-huit heures, je remplaçai le drain par deux sondes parallèles, de façon à pouvoir faire le lavage de la poche. Le pus n'avait aucune odeur; la suppuration diminuait beaucoup les jours suivants, et tout nous faisait espérer une guérison assez prochaine, lorsque des complications sont survenues du côté des poumons. La respiration devint très gênée; elle s'accompagnait d'une toux quinteuse; mais une nouvelle issue du pus détermina aussi une nouvelle amélioration. Cependant, de temps en temps, le malade était en proie à une fièvre intense et nous voyions la température atteindre et même dépasser 40 degrés. Enfin, certain jour, nous constations un peu de pleurésie du côté gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur purulente du foie. Pensant qu'il y avait peut-être dans la plèvre quelque épanchement de pus, surtout en raison des phénomènes fébriles, je fis avec une aiguille très fine une ponction dans le huitième espace intercostal; rien ne sortit. Mais bientôt des accidents cérébraux survenaient avec un délire violent, tel que l'on était obligé d'attacher le malade dans son lit, puis ce fut du subdélirium; enfin, dans ces derniers jours, le malade tombait dans le coma avec parésie faciale du côté droit et, il y a trois jours, mercredi soir, il succombait.

Comme je vous le disais en commençant, l'autopsie a été faite, et voici les lésions qu'elle nous a révélées : tout d'abord, pas le moindre kyste du foie, mais plusieurs abcès de cet organe (six au moins) dont deux, très volumineux, étaient situés sur le bord convexe du foie; l'un de ces deux abcès avait été autrefois en communication avec les bronches, ainsi que nous avons pu le constater. Un troisième abcès siégeait dans le lobe droit, et deux ou trois autres étaient en voie de formation dans le lobe gauche. Quant à la poche que nous avions drainée dès le lendemain du jour de l'arrivée du malade dans nos salles, elle était presque complètement cicatrisée, réduite à un tout petit trajet fistuleux, et pouvait être considérée comme guérie.

Les poumons étaient sains; ils ne présentaient pas la moindre trace de tuberculose. Quant au cerveau, nous avons trouvé dans le lobe frontal gauche un énorme abcès rempli de pus vert, épais, caractéristique, et en arrière un peu d'encéphalite. En somme, nous nous trouvions en face d'une véritable septicémie, d'une véritable infection purulente. Du côté de l'intestin, nous n'avons rien trouvé; mais les reins étaient seulement un peu congestionnés, la rate ramollie, et derrière l'organe splénique et l'estomac, on apercevait une poche aux parois tomenteuses et remplie de pus. De plus, sur tout le trajet du côlon descendant et dans la fosse iliaque, le péritoine présentait la teinte ardoisée résultant d'un ancien épanchement sanguin déterminé par le traumatisme du mois de décembre de l'an dernier, qui a été le point de départ de la suppuration à laquelle cet homme a fini par succomber.

En résumé il s'agit, dans l'observation que je viens de rapporter, d'un fait très intéressant et insolite : traumatisme sans plaie, fracture de côtes, avec ou sans perforation du poumon, ce que nous ne savons pas; en tous cas,

la perforation, si elle existait, — elle n'avait laissé aucune trace, — aurait été la seule voie de communication avec l'air extérieur. Enfin épanchement sanguin consécutif au trauma, puis suppuration et septicémie. Quant à l'opération que nous avons pratiquée à l'arrivée du malade, elle avait parfaitement réussi; la chirurgie ne pouvait rien faire de plus, le malade étant déjà atteint d'infection purulente quand on nous l'a amené.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 avril 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Contagiosité de la fièvre typhoïde. — M. JOFFROY, à l'occasion de la communication faite par M. Gérin-Roze dans l'une des dernières séances (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 300), fait connaître la statistique des cas intérieurs de fièvre typhoïde qu'il a vus se développer à l'hôpital. Mais ces cas, pas plus que ceux de M. Gérin-Roze, ne prouvent, selon lui, la contagiosité de cette affection. Il n'est pas possible, en effet, de découvrir un seul exemple de contagion directe. En somme, M. Joffroy ne nie pas la contagion de la fièvre typhoïde ; il ignore si elle existe; mais il est certain, s'il faut l'admettre, qu'elle est bien moins à redouter que pour la rougeole, la scarlatine, la fièvre puerpérale, l'érysipèle etla diphthérie.

Tuberculose infantile. — M. LANDOUZY, en son nom et au nom de M. Queyrat, lit un travail ayant pour titre : *Tuberculose infantile; 1° sa fréquence; 2° son expression broncho-pneumonique; 3° son origine : a. par contagion (contagio-tuberculose); b. par hérédité de la graine (hérédo-tuberculose).*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La tuberculose de la première enfance (de zéro jour à deux ans) est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit;

2° La tuberculose de la première enfance ne présente souvent d'autre localisation qu'une broncho-peumonie ;

3° La tuberculose est transmise au nouveau-né, soit par contagion médiate, soit par hérédité. La tuberculose héréditaire se transmet par la graine. La preuve bacillaire de l'hérédité tuberculeuse est faite par Zohne ;

4° Cette preuve de l'hérédité de la graine montre combien est difficile la prophylaxie de la tuberculose infantile : si on peut beaucoup contre la tuberculose par contagion, que faire contre l'hérédo-tuberculose infantile?

Tolérance de l'organisme pour certaines lésions graves. — M. ALBERT ROBIN présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de soixante-dix-neuf ans, morte de pneumonie dans son service, aux Petits-Ménages. Cette femme n'avait jamais été malade et n'avait jamais eu à s'aliter. Or à l'autopsie on trouve un anévrysme guéri de l'aorte abdominale, puis au-dessus un anévrysme plus petit également guéri. Jamais ces anévrysmes n'ont donné lieu à aucun symptôme. En outre, la vésicule biliaire est en partie disparue, et le canal cholédoque est bourré de calculs obstruant son orifice du côté de l'intestin; les voies biliaires du foie elles-mêmes sont très dilatées et infiltrées de calculs. Voilà donc une affection grave des voies biliaires externes et internes et deux anévrysmes qui ont évolué sans donner lieu au plus petit symptôme. C'est là un exemple remarquable de l'extrême tolérance de l'organisme pour certaines lésions même très graves.

Calcul hépatique. — M. LEGROUX présente un énorme calcul trouvé dans les garde-robes d'une femme de soixante-treize ans, après une colique hépatique de moyenne intensité. Cette même malade, un an auparavant, avait eu une première colique hépatique d'une extrême intensité et qui s'était terminée après l'expulsion spontanée d'un petit calcul. Cette fois, au contraire, le calcul expulsé est énorme et la colique a été très peu marquée.

Pied tabétique. — M. TROISIER présente un malade atteint d'ataxie locomotrice fruste, c'est-à-dire sans incoordination motrice. Il y a un an qu'il a eu les premiers symptômes de la maladie; douleurs fulgurantes, perte du réflexe rotulien, troubles pupillaires, perte du sens musculaire. Au mois d'octobre 1885, ce malade a présenté une déformation du pied droit, et quinze jours après le pied gauche avait la même déformation moins marquée ; sur le dos du pied existe une saillie due à l'épaisseur de la seconde rangée des os du tarse. Contrairement à ce qui eut lieu dans les faits publiés par MM. Charcot, Féré, Chauffard, ici la voûte plantaire est plutôt exagérée, ce qui fait que les empreintes données par les pieds de ce malade diffèrent de celles qu'on observe habituellement.

M. FÉRÉOL présente également un malade atteint de pied tabétique et qui est manifestement ataxique depuis six ans.

Influence de l'eau sur la nutrition. — M. ALBERT ROBIN lit une note sur ce sujet. Il arrive à cette conclusion que la quantité d'eau absorbée n'exerce aucune action sur la désassimilation des individus qui ont perdu du tissu adipeux ce qu'ils pouvaient perdre.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 avril 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Un phénomène physique analogue à la conductibilité nerveuse. — M. D'ARSONVAL a communiqué dans la dernière séance une note sur ce sujet. On sait, disait-il, que le fonctionnement de tout nerf s'accompagne d'une oscillation négative de son courant de repos. On sait, de plus, que la propagation de ce phénomène électrique le long du nerf se fait avec une vitesse de 20 à 30 mètres par seconde (égale à celle de l'influx nerveux lui-même). Il n'y a aucune comparaison à faire entre cette vitesse et celle de l'électricité, qui est infiniment plus grande. Jusqu'à présent on n'a pu donner aucune explication de cette différence, et on se base même sur elle pour rejeter toute assimilation entre l'influx nerveux et l'électricité. Or M. d'Arsonval vient de faire une expérience qui prouve qu'un phénomène électrique peut se propager avec une vitesse aussi faible que celle du son, c'est-à-dire des millions de fois moins grande que celle de l'électricité. Se basant sur cette expérience, M. d'Arsonval arrive à conclure qu'il n'y a plus lieu de contester l'identité du fluide nerveux et de l'électricité en s'appuyant uniquement sur la grande inégalité des vitesses de propagation de ces deux agents.

M. BLOCH, à l'occasion de cette communication, fait observer que le chiffre de 20 à 30 mètres par seconde donné par M. d'Arsonval pour la vitesse du courant nerveux sensitif est loin d'être démontré. Il rappelle avoir montré l'inexactitude des résultats obtenus, à ce point de vue, par les expérimentateurs.

M. FRANCK fait remarquer que l'observation de M. Bloch s'applique surtout au courant nerveux sensitif, tandis que M. d'Arsonval a eu surtout en vue le courant nerveux moteur. Or on sait que le premier est beaucoup plus rapide que le second.

L'absence du réflexe patellaire comme seul signe de l'ataxie locomotrice. — M. DEJERINE rapporte l'observation d'un tuberculeux vulgaire mort dans son service, et chez lequel il avait constaté, pendant sa vie, l'absence du réflexe patellaire. Cet homme n'avait d'ailleurs jamais présenté aucun autre signe d'ataxie locomotrice, ni douleurs fulgurantes, ni phénomènes oculaires, ni incoordination, etc. A l'autopsie de sa moelle faite avec le plus grand soin, on ne trouva rien dans les racines posté-

rieures. Ce fait prouve que l'absence du réflexe patellaire peut seule exister, sans aucun autre symptôme, ni aucune lésion caractéristique de l'ataxie locomotrice.

Vitesse du sang. — **M. DEFFRAY** (de Zurich) a fait une série d'expériences destinées à trouver la vitesse du sang. Ces expériences l'ont conduit à des résultats semblables à ceux de MM. Gréhant et Quinquaud. Il a trouvé que chez des chiens de 2 à 20 kilogrammes, la vitesse moyenne du sang est de 2 à 5 litres par minute.

Paralysie déterminée par la compression du nerf sus-orbitaire. — **M. FÉRÉ**, chez une hystéro-épileptique, arrivait à arrêter l'attaque par la compression des nerfs sus-orbitaires ; il en était quitte pour déterminer une névralgie transitoire. Or dans un cas récent il a ainsi déterminé une paralysie traumatique de l'œil gauche avec amaurose. On peut trouver là l'explication de bien des amauroses dites traumatiques.

M. Féré fait suivre cette observation de quelques réflexions sur ce qu'il appelle les zones dynamogènes chez les hystériques, les paralysies par action d'arrêt, par épuisement.

M. BROWN-SÉQUARD, relativement aux paralysies par épuisement, dit qu'il faut des causes bien plus actives et bien plus puissantes que celle que vient d'invoquer M. Féré. Il y a en effet dans la moelle cinquante fois plus de force que celle qui peut être mise en jeu par la volonté. Selon M. Brown-Séquard, la paralysie par inhibition est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

I. NOTE MINISTÉRIELLE

relative aux prix décernés aux médecins et pharmaciens militaires en 1887 et 1889.

Le ministre de la guerre a décidé, le 5 avril 1886, sur la proposition du comité consultatif de santé, que les sujets à traiter, pour les prix de médecine et de chirurgie d'armée à décerner en 1887, ainsi que pour le prix de pharmacie militaire ou de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises de l'armée, à décerner en 1889, seront laissés au choix des candidats, qui pourront présenter des travaux inédits ou imprimés.

Les officiers du corps de santé militaire, qui participeront au concours, devront envoyer leurs travaux directement au ministre (Direction du service de santé. — Bureau des hôpitaux), savoir : les médecins, avant le 15 novembre 1887, et les pharmaciens, avant le 15 novembre 1889.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, ne seront pas rendus. Ceux des concurrents qui désireront faire prendre copie de leurs travaux devront en demander l'autorisation au ministre, par la voie hiérarchique.

II. DÉCISION MINISTÉRIELLE

relative à l'appel des médecins de l'armée territoriale en 1886.

A la date du 10 avril 1886, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aurait lieu en 1886, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

108 médecins-aides-majors de deuxième classe seront convoqués, pour une période de treize jours, du 3 au 15 mai. Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée sur le territoire desquels ils sont domiciliés.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

78. M. THOINOT. Les eaux potables et le choléra de 1884. — 79. M. MOUGENC DE SAINT-AVID. Étude sur le chancre non infectant de l'utérus et ses rapports avec le chancre mou du vagin. — 80. M. REILHAC. Drainage de bactéries. — 81. M. GANIVET. Contribution à l'étude de la pneumonie épidémique. Épidémie de pneumonies observée à l'hôpital de la marine, à Lorient. — 82. M. CHARON. Étude sur le traitement des fractures du bras avec chevauchements des fragments. — 83. M. TERPANDROS. Étude critique sur les opérations chirurgicales du ptosis paralytique. — 84. M. THIERRY. Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles iodées dans le goître parenchymateux. — 85. M. MICHEL. De la grippe et de ses manifestations pulmonaires. — 86. M. LEGRIS. Du sulfate de spartéine. — 87. M. BARANCY. De la phlegmasie périutérine bénigne. — 88. M. MANIÈRE. Essai historique sur le délire des persécutions. — 89. M. CAPDEVILLE. Contribution à l'étude d'un trouble trophique de la peau, observé chez les tabétiques (état ichthyosique). — 90. M. GILBERT. Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. Du cancer massif du foie. — 91. M. QUEYRAT. Tuberculose infantile. — 92. M. LEFEBVRE. Essai sur l'insuffisance aortique chez les enfants. — 93. M. VANDIER. De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes (étude des convulsions et tremblements d'origine traumatique).

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1886.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	21	23	5	49
2e	21	18	3	42
3e	24	35	8	67
4e	32	53	19	104
5e	30	44	7	81
6e	26	40	2	68
7e	19	31	3	53
8e	5	5	5	15
9e	25	29	2	56
10e	26	35	12	73
11e	81	120	36	237
12e	28	40	9	77
13e	32	69	20	121
14e	49	72	16	137
15e	38	69	19	126
16e	25	12	6	43
17e	41	61	19	121
18e	62	109	30	201
19e	53	51	27	131
20e	71	88	51	210
	709	1 004	299	2012

La moyenne des visites par nuit est de 22,35. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 23,20.

Visites du premier trimestre de 1885.	2088
Visites du premier trimestre de 1886.	2012
Différence en moins	76

Les hommes entrent dans la proportion de 35 p. 100 ;
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 15 —

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites.	123	**E.** Affections cérébrales. . .	96
Croup	45	Convulsions, éclampsie. . .	74
Coqueluche	11	Névralgie	40
Corps étranger du larynx.	1	Névroses	76
Otite	2	Épilepsie	22
Ophthalmie	1	Aliénation mentale	11
B. Asthme	39	Alcoolisme, delirium tremens	27
Affections du cœur	72	Chorée	1
Bronchites aiguës et chroniques	127	Tétanos	1
Pleuro-pneumonie	138	**F.** Rhumatisme	32
Congestion pulmonaire. . .	23	Affections éruptives	43
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	122	Fièvre intermittente	4
Cholérine	19	Fièvre typhoïde	34
Dyssenterie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes	78
Athrepsie	8	**G.** Plaies, contusions	96
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	61	Fractures, luxations, entorses	24
Hernie étranglée	42	Brûlures	6
Rétention d'urine	17	Empoisonnements	18
Orchite	5	Asphyxie par le charbon. .	11
Chute du rectum	2	— submersion. .	1
D. Métrite, métro-péritonite.	45	Suicide	4
Métrorrhagie	30	**H.** — Mort à l'arrivée du médecin	82
Fausse couche	51		
Accouchement, délivrance.	215		
Accouchements non terminés	30	Total. . .	2012

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 avril 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier : M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine.

Au grade de commandeur : M. Cotholendy, médecin-inspecteur de la marine.

— Par décret, en date du 8 avril 1886, M. le docteur de Miramont, conseiller municipal et ancien maire d'Étretat, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 22 mars 1886, la Commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette Association par le sieur Kresz (Pierre-Christophe), suivant ses testament et codicile olographes des 12 novembre et 3 décembre 1883; ledit legs consistant en une rente de 1200 francs 3 p. 100 sur l'État, à charge de payer une pension viagère de pareille somme à la dame Colin, née Marie-Barbe Caumont.

Ladite rente sera immatriculée au nom de l'œuvre, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

— *Concours de l'agrégation* (*section de chirurgie et accouchements*). — Les questions données depuis notre dernier numéro pour l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation ont été : vendredi 9 avril 1886, M. Nélaton : Anatomie pathologique et diagnostic des diverses variétés de cataracte; — M. Forgue : Des rétinites; — samedi 10 avril, M. Denucé : Paralysies motrices d'origine traumatique; — M. Truc : De la gangrène diabétique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La seconde séance de la première epreuve éliminatoire du concours du prosectorat a eu lieu vendredi soir à cinq heures. La question suivante a été donnée : « l'Urèthre de l'homme. » Les quatre candidats qui ont passé sont : MM. Villemin, Hartmann, Hallé et Boiffin.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 31 mai 1886, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront y prendre part devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria n° 3, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 27 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 12 mai, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Albertin est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Ramakers, chef de clinique chirurgicale, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Merz, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Guillaumet, suppléant, est chargé d'un cours d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Barny.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Lecaplain, licencié ès sciences physiques et agrégé de physique, est chargé d'un cours de physique.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Blachas (Aimé-Jules), pharmacien de première classe, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Lévy-Valensi, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Robinet, licencié ès sciences physiques et naturelles, est nommé préparateur de géologie et de minéralogie, en remplacement de M. Purret.

— M. Georges Le Mesle, géologue, est nommé membre de la commission chargée de poursuivre, en 1886, les études scientifiques sur le territoire de la Tunisie.

— M. le docteur Carpentier est nommé médecin du lycée de Saint-Quentin, en remplacement de M. le docteur Cordier, décédé.

— M. le docteur Amédée Forget, chirurgien consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, est mort hier dimanche, 11 avril 1886, à l'âge de soixante-quatorze ans. Ses obsèques auront lieu demain mardi à midi précis, à l'église Saint-Eugène.

— M. G. de Mortillet, professeur d'anthropologie préhistorique à l'École d'anthropologie, fera, pendant les vacances de Pâques, une excursion préhistorique dans le sud-ouest de la France. Cette excursion durera de huit à dix jours et coûtera de 150 à 200 francs.

Le départ de Paris aura lieu dimanche prochain 18 avril 1886, à sept heures quinze du matin, gare d'Orléans. Les localités visitées seront : Brive (station de Chez-Pouré, Grottes magdaléniennes, etc.); Badegols (station solutréenne); Périgueux (musée et collections particulières); Les Eyzies (stations de Laugerie-Haute, Laugerie-Basse, Cro Magnon, etc.); Poitiers (musée et dolmen); Grand-Pressigny et Abilly.

Les excursionnistes seront à même de recueillir personnellement des objets d'époques diverses et d'en rapporter un grand nombre.

Les personnes qui désirent prendre part à cette excursion sont priées d'en aviser le plus tôt possible M. G. de Mortillet, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), le nombre des excursionnistes étant limité.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19384.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique a été levée en signe de deuil immédiatement après que M. le président a eu fait part à ses collègues de la mort de M. Bouchardat, l'un de ses anciens présidents.

Nous reproduisons dans le compte rendu, en addition, une note de M. Husson (de Toul), correspondant de l'Académie, relative à la discussion sur les ptomaïnes et la doctrine microbienne, et qui a été communiquée au nom de l'auteur par M. Chatin, dans la dernière séance. Cette note, qui n'avait pas été mise sous nos yeux à la suite de cette séance, nous a paru devoir trouver place dans notre compte rendu d'aujourd'hui, comme un document utile dans le procès qui s'instruit en ce moment sur cette importante question.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Cancroïde du pied. — II. Exostose de croissance ou des adolescents.

I. Nous avons au n° 3 de la salle des femmes une malade âgée de cinquante-quatre ans, qui porte, depuis trente ans, sous la plante du pied, une tumeur très gênante pour marcher et dont elle attribue l'origine au frottage de l'escalier de la maison dont elle est concierge.

Cette tumeur a commencé, dit-elle, par une petite dureté grosse comme une petite verrue et qui, avec les années, s'est accrue au point d'avoir acquis aujourd'hui le volume d'une grosse châtaigne.

Souffrant de plus en plus pour marcher, elle consulta un médecin de son quartier qui fit sur sa tumeur quelques scarifications suivies de cautérisations. Dès lors celle-ci s'est ulcérée, et depuis six mois elle suppure continuellement. Aujourd'hui, nous trouvons une tumeur élevée, très dure, ulcérée, présentant un bourrelet épidermique renversé en dehors, épaisse, large comme une pièce de cinq francs, adhérente à l'aponévrose plantaire, d'aspect grisâtre et saignante.

Il s'agit en somme d'une tumeur fibreuse au début, ulcérée à la suite de scarifications, dont l'origine paraît être dans l'aponévrose plantaire ou peut-être bien dans la peau, ce que nous ne pouvons pas affirmer. Cette tumeur aujourd'hui nous semble en voie de dégénérescence épithéliale ou cancroïdale, analogue à ces dégénérescences que l'on observe quelquefois chez des malades porteurs de vieux cautères ou de vieux vésicatoires.

A cet état s'ajoute un engorgement des ganglions de l'aine, beaucoup plus ancien que la malade le prétend lorsqu'elle veut le faire remonter à une quinzaine de jours seulement.

En présence de la tuméfaction considérable de ces ganglions, tuméfaction sans dureté cependant, convient-il de faire une double opération, c'est-à-dire l'ablation desdits ganglions et celle de la tumeur du pied? Non, parce que l'engorgement ganglionnaire peut très bien être encore de nature purement inflammatoire, c'est-à-dire la conséquence de l'irritation de la plaie ulcérée du pied, et non pas de nature épithéliale.

Nous devons nous borner, je pense, à enlever la tumeur du pied, opération, en somme, peu grave en soi, et à traiter l'engorgement ganglionnaire de l'aine par des frictions avec l'onguent napolitain et des cataplasmes. Il sera toujours temps d'intervenir dans l'aine si les ganglions augmentent de volume.

L'opération du pied consistera dans une double incision semi-lunaire pour bien circonscrire la tumeur et dans l'abrasion de celle-ci avec le bistouri.

II. Je veux maintenant vous parler d'une autre malade chez laquelle un diagnostic précis est très difficile.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, blanchisseuse, qui est entrée il y a un mois dans le service et qui est couchée au lit n° 18 de la salle Notre-Dame. Cette jeune fille, rose et fraîche, aux joues rebondies, n'avait jamais été malade, dit-elle, lorsque, il y a trois mois, elle éprouva tout à coup de vives douleurs dans le tibia gauche, douleurs nocturnes surtout et telles qu'il lui était impossible de mettre le pied à terre.

Une quinzaine de jours plus tard environ, elle aperçut, sur un point du tibia situé à la réunion du tiers supérieur vers les deux tiers inférieurs, une petite tuméfaction, laquelle, très douloureuse, augmenta assez rapidement, devint grosse comme une noisette, puis comme une noix,

enfin comme un œuf coupé par le milieu. Après quoi elle diminua beaucoup, dit-elle, spontanément, sans qu'elle ait été l'objet d'aucun traitement, mais les douleurs persistèrent ainsi que l'impossibilité de marcher; bref, cette jeune fille se décida à entrer à l'hôpital il y a un mois.

J'avoue que je ne crois pas beaucoup à cette évolution que je viens de vous raconter d'après le récit de la malade elle-même.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui nous constatons, sur la face interne du tibia gauche, l'existence d'une tumeur grosse comme une aveline fendue par la moitié, tumeur non pédiculée mais sessile, très dure, très douloureuse, offrant une température un peu plus élevée que toute autre partie du membre (sensation parfaitement appréciable à la main) et présentant un peu de rougeur.

A quel genre de tumeur pouvons-nous la rapporter? En l'absence de tout ramollissement, vu sa dureté, je ne crois pas qu'il s'agisse d'autre chose que d'une exostose ou d'une périostose si vous le préférez. En tout cas, ce n'est pas une gomme. Mais de quelle nature est cette exostose ou périostose? Syphilitique? La malade a dix-sept ans, elle est blanchisseuse, mais elle n'a jamais eu de douleurs rhumatoïdes, jamais d'éruption cutanée, et un examen général ne nous a rien fait découvrir qui puisse nous faire soupçonner la syphilis. Néanmoins, comme l'expérience nous rend avec raison très défiants, nous avons cru devoir instituer, chez cette malade et peu de jours après son arrivée, le traitement spécifique, c'est-à-dire par l'iodure de potassium à haute dose à l'intérieur et les onctions avec l'onguent napolitain. Les résultats ont été absolument négatifs.

Mais, si ce n'est pas de la syphilis, qu'est-ce donc? Une ostéomyélite, dont la suppuration dans le canal médullaire aurait soulevé la paroi du tibia au niveau du point malade? Mais nous aurions alors de l'ostéite au-dessus et au-dessous; tandis que nous ne constatons aucune déformation du tibia, aucune augmentation de son volume normal.

Donc nous serions quelque peu embarrassés dans notre diagnostic, si nous ne savions qu'il existe une variété d'exostoses, dont j'ai déjà parlé ici à maintes reprises, que Broca a appelée l'exostose de croissance et à laquelle j'ai donné le nom d'exostose des adolescents. Le lieu d'élection de ces exostoses est au niveau de l'union de l'épiphyse avec la diaphyse; on les rencontre ordinairement sur le tibia et le fémur.

Cependant il y a des exceptions et j'ai eu assez récemment l'occasion d'en observer un exemple développé sur l'épine de l'omoplate d'un de nos malades; de sorte qu'ici je serais assez disposé à considérer aussi la tumeur de cette jeune fille comme une exostose de croissance, développée anormalement au point de vue de son siège, développée peut-être aussi à la suite d'un coup dont la malade n'aurait pas gardé le souvenir.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs doivent être traitées comme les autres exostoses, c'est-à-dire par l'abrasion. Je le ferai d'autant plus volontiers ici que les moyens antiseptiques dont nous disposons permettent la réunion des plaies osseuses.

Donc, du premier coup je vais inciser la peau et le périoste et, au moyen de la spatule à décoller d'Ollier, j'irai soulever le périoste tout autour de l'exostose, j'écarterai avec soin les lèvres de la plaie et, avec une gouge à main, rabotant complètement le tibia, j'abraserai la totalité du tissu exubérant. J'unirai la surface osseuse, je laverai la plaie avec le sublimé et placerai deux points de suture pour obtenir la réunion par première intention.

Cette observation n'est pas un fait unique, mais elle m'a paru intéressante par sa rareté eu égard au siège occupé par la tumeur.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis (1).

V

II. Une autre classification qui a joui d'une grande vogue et qui la conserve encore auprès de certains syphiliographes, c'est celle qui prend pour base l'anatomie pathologique des lésions de la syphilis. Elle nous vient de l'Allemagne. Sans doute on n'avait jamais omis entièrement ce côté de la question, mais on ne l'avait pas placé au premier rang et on s'était borné à consigner les différences que présentent les processus locaux des produits morbides aux diverses phases de la maladie. Les premiers syphiliographes n'avaient-ils pas remarqué, eux aussi, les tendances résolutives ou ulcéreuses des lésions tégumentaires ou sous-cutanées? N'avaient-ils pas constaté que les secondes prédominaient au plus fort de l'épidémie du xve siècle, tandis que les premières gagnaient peu à peu du terrain, à mesure que la violence de la maladie s'atténuait graduellement?

Il ne faudrait pas croire que l'étude histologique des lésions de la syphilis nous ait fourni des éléments nouveaux de classification. Jusqu'à présent le microscope n'a point fait découvrir de caractères distinctifs entre les altérations qui sont propres aux grandes périodes chronologiques de la maladie. Qu'on prenne une gomme de la première ou de la vingtième année, on y trouvera non seulement la même conformation extérieure, mais les mêmes cellules, groupées de la même façon. Et si le processus n'aboutit pas à des résultats identiques dans les deux cas, ce n'est pas le microscope qui nous en donnera la raison.

Les nombreuses lésions que la syphilis fait naître sur la peau, sur les muqueuses ou dans les viscères, ont entre elles un air de famille et des signes de race, qui laissent rarement de l'incertitude sur leur origine. La puissante spécificité de la maladie constitutionnelle dont elles émanent s'imprime dans leurs caractères, dans leurs couleurs, leurs sécrétions, leurs groupements, etc. Voilà ce que le simple examen à l'œil nu, guidé par l'observation clinique, a fait constater dès les premiers temps de la maladie. Or, qu'est-il arrivé lorsque toutes ces lésions si variées ont été soumises à l'analyse microscopique? Un résultat auquel on était loin de s'attendre; car on a vu que tout, en réalité, se simplifiait, s'uniformisait, et que la spécificité morphologique, si fortement accusée qu'elle fût, s'absorbait, se fondait pour ainsi dire, dans un processus qui est à peu près le même pour toutes les altérations symptomatiques de la syphilis. Quelle que soit leur date dans son évolution, on ne trouve que les produits ordinaires de l'inflammation, là où on aurait pu supposer, avec quelque apparence de raison, qu'il devait exister des produits spéciaux, ayant en eux-mêmes et dans les rapports qu'ils affectent entre eux et avec les

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 306.

tissus qu'ils envahissent, des particularités aussi tranchées, aussi absolues que la cause qui les avait produits.

Toutes les lésions de la syphilis, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées, depuis les plus jeunes jusqu'aux plus anciennes, se rattachent à un processus d'inflammation dont les allures sont habituellement chroniques, mais qui aboutit à des terminaisons diverses. Quoi qu'il en soit, le fait prédominant, c'est toujours la prolifération, dans le tissu connectif, de cellules embryonnaires. Elles s'infiltrent entre les parties constituantes des organes sous forme de nappes dispersées, sans délimitation précise ; ou bien elles s'accumulent dans un espace circonscrit, se condensent en foyer et forment ce qu'on nomme des tumeurs, des nodosités, des tubercules, des gommes. Tantôt elles se résolvent peu à peu sans avoir causé de dommages permanents aux tissus, tantôt elles se modifient, s'organisent et, loin de perdre leur vitalité, elles la dirigent dans le sens d'une néoplasie conjonctive qui anémie, étouffe et sclérose définitivement les parties envahies. Tantôt, enfin, après une multiplication qui les épuise, elles subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, meurent et s'éliminent avec les tissus qu'elles ont mortifiés par masses ou qu'elles ont détruits molécule par molécule.

Le processus aboutit donc : 1° à la résolution ; 2° à l'ulcération ou au phagédénisme ; 3° à la sclérose ; 4° à l'élimination nécrobiotique de la néoplasie.

Quel est le mode de processus qui prédomine aux différents âges de la syphilis ? Y a-t-il un rapport exact et invariable entre les tendances du processus local et la période chronologique ? Oui, d'une manière générale, et c'est là ce qui a permis de chercher dans l'anatomie pathologique de la syphilis un principe de classification. Mais on aurait tort de croire que ce principe soit absolu.

Il est bien vrai que, la plupart du temps, dans la syphilis secondaire, les lésions se manifestent surtout sous forme d'hyperhémies, d'exsudations simples, et qu'elles ont une tendance à peu près constante à la résolution. Elles ne détruisent pas les tissus ; elles disparaissent sans laisser de traces, et, au lieu de pénétrer profondément, elles restent à la surface. Elles sont donc tout à la fois résolutives et superficielles. C'est bien là le processus prédominant dans la phase secondaire ou virulente. Les déterminations sous-cutanées, sous-muqueuses, périostiques, profondes, viscérales, qui sont loin d'être rares à cette époque, participent des mêmes caractères. Leur processus est bénin en ce sens qu'il n'aboutit pas fatalement à la sclérose ou à la nécrobiose, et qu'il est presque toujours résolutif.

Au contraire, plus tard, après les quatre ou cinq premières années de la syphilis, dans la phase qui n'est plus virulente, toutes les lésions morbides s'accentuent en un sens contraire. Au lieu de rester superficielles, elles deviennent profondes ou sont d'emblée interstitielles. Au lieu de parcourir leur évolution sans endommager les tissus, elles en attaquent et détruisent les éléments constitutifs, soit en les atrophiant par sclérose, soit en les entraînant dans la débâcle d'une nécrobiose brusque ou progressivement phagédénique. Enfin, les os, les viscères, tout ce qui n'est pas peau ou muqueuse, est alors plus fréquemment et plus dangereusement attaqué.

Il y a du reste des lésions qui sont plus particulièrement propres à chacune des phases chronologiques de la syphilis. Il y en a même qui ne se montrent jamais que dans l'une d'elles. Ainsi, les lésions érythémateuses qui n'intéressent que la couche la plus superficielle du derme, l'épiderme et les épithéliums, appartiennent d'une façon exclusive à la syphilis secondaire et virulente. Jamais on ne voit une roséole ou une éruption papuleuse généralisée ou des plaques muqueuses faire leur apparition dix, quinze ou vingt ans après l'accident primitif. Il est donc exact de dire qu'un des traits distinctifs de la période qui succède au chancre, c'est d'être exanthématique, tandis qu'un de ceux de la période qui vient après celle-ci est de ne l'être jamais.

Les cellules rondes, lymphatiques ou embryonnaires, qui constituent l'élément essentiel de toute lésion syphilitique, affectent dans leur groupement et le mode de leur existence locale, des particularités d'où résultent trois types tranchés. Ces trois types sont le chancre induré ou néoplasme primitif, la papule et le tubercule ou la gomme.

Quand on étudie dans leur évolution ces trois types générateurs qui appartiennent chacun à une des trois phases de la syphilis et la caractérisent, on voit que les modes de terminaison sont plus nombreux pour les premiers et les derniers que pour le second, et qu'entre le chancre et la gomme, placés aux deux points extrêmes de la maladie, il y a des analogies frappantes. Ainsi le chancre qui est habituellement résolutif, peut cependant produire des ulcérations profondes ou se ramollir dans toute sa masse et s'éliminer par un bourbillon de tissu conjonctif sphacélé, comme une gomme. Il lui arrive quelquefois de produire autour de lui des irradiations scléreuses, des œdèmes durs transitoires qui, pour être souvent résolutifs, n'en ressemblent pas moins aux suffusions néoplasiques qui envahissent le tissu conjonctif interstitiel des organes profonds et qui sclérosent leurs enveloppes, ainsi qu'on le voit sur le péritoine, au foie, sur la pie-mère, la dure-mère, etc. Il y a une telle ressemblance de forme et d'évolution entre la néoplasie primitive et le tubercule ou la gomme qu'on les confond presque toujours sur les organes génitaux.

Dans la papule ou la plaque, les modes de terminaison présentent moins de variétés ; la résolution est la règle. Aussi toutes les syphilides qui ont ce type pour générateur guérissent-elles sans laisser aucune perte de substance et sans scléroser les tissus.

Il en résulte ce fait curieux au point de vue du processus général, c'est que la ligne de démarcation est plus prononcée, plus profonde entre la papule et la gomme, qu'entre le chancre et cette dernière. Et pourtant, chronologiquement parlant, le chancre et la papule ne sont-ils pas beaucoup plus rapprochés? Une autre contradiction flagrante apparaît ici, non seulement entre l'âge des lésions et leur processus, mais aussi entre leur constitution intime, leur processus et leurs propriétés virulentes. Le chancre et la gomme sont des antipodes comme virulence et contagiosité, puisque le premier en est l'expression la plus élevée, le foyer le plus actif, tandis que la vraie gomme tertiaire, si identique à certains chancres, n'a jamais donné jusqu'ici que des résultats négatifs quand on l'a inoculée. La papule et le chancre, qui quelquefois diffèrent tant l'un de l'autre comme processus, possèdent au contraire un pouvoir virulent et contagieux presque égal.

RÉSULTATS
DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE PROPHYLAXIE DE LA RAGE APRÈS MORSURE.

Par M. Louis Pasteur (1).

Le 1er mars dernier, j'ai fait connaître à l'Académie les résultats de la méthode de prophylaxie de la rage portant sur 350 personnes de tout âge, après morsure par chiens enragés. Aujourd'hui (12 avril) le nombre total des personnes traitées ou en traitement, est de 726, qui se décomposent comme il suit par nationalités :

France	505	Finlande	6
Algérie	40	Allemagne	5
Russie	75	Portugal	5
Angleterre	25	Espagne	4
Italie	24	Grèce	3
Autriche-Hongrie	13	Suisse	1
Belgique	10	Brésil	1
Amérique (Nord)	9		726

Ce tableau comprend lui-même deux listes qu'il est essentiel d'envisager séparément.

Une première liste contient le nombre des personnes mordues par chiens ; la seconde s'applique aux morsures par loups enragés.

Le nombre des personnes traitées après morsure de chiens enragés s'élève à 688.

Le nombre des personnes traitées après morsure de loups enragés s'élève à 38.

Si cette distinction n'était pas faite, on s'exposerait à porter sur la méthode de prophylaxie de la rage un jugement erroné.

Des 688 personnes traitées après morsures de chiens, toutes se portent bien (exception toujours faite du cas de la petite Pelletier). Cependant plus de la moitié a déjà dépassé la période dangereuse.

Des 38 Russes traités ou en traitement après morsures de loups enragés, 3 sont morts rabiques ; les autres vont bien, quant à présent ; mais il est impossible de prévoir ce qui arrivera ultérieurement. Il existe, en effet, de profondes différences entre les suites des morsures par les chiens ou par les loups.

Plusieurs personnes ont eu l'obligeance de me faire connaître des récits très authentiques de l'effet des morsures de loups enragés, et je crois utile de publier les conclusions de leurs rapports :

Premier document. — Le 27 février 1706, 8 habitants de la commune de Saint-Julien-de-Civry (Bourgogne) furent mordus par un loup enragé.

1 succomba le même jour à ses blessures ; les 7 autres moururent tous de la rage, après une incubation qui varia de 17 à 68 jours (17, 26, 28, 42, 44, 60, 68). — (Extrait des registres mortuaires de la commune par M. Sandre, instituteur, extrait certifié par le maire de la commune.)

Deuxième document. — Le 26 décembre 1806, 9 personnes furent mordues aux environs de Bourg, par un loup enragé ; 8 sont mortes de la rage. (La *Revue scientifique* qui rapporte ce fait, emprunté à une communication du docteur Trimécourt, de la Société de médecine de Lyon, ne dit rien des dates d'incubation.)

Troisième document. — Le 16 octobre 1812, 19 personnes ont été mordues dans la ville de Bar-sur-Ornain par un loup enragé. Toutes furent traitées par les docteurs Champion et Moreau, qui lavèrent leurs plaies et les cautérisèrent avec du muriate d'antimoine liquide.

11 sont mortes de la rage, après une incubation qui a varié de 7, 13, 15 jours à 60, 69 et 70 jours. (Communiqué à l'Institut de France, le 6 septembre 1813, par le docteur Champion.)

Quatrième document. — Le 23 février 1849, un berger de Darbois, le sieur Dumont, âgé de soixante-quatre ans, a été mordu par un loup enragé. Il est mort rabique après une incubation de 32 jours. (Communication de MM. Cailletet et Mariotti.)

Cinquième document. — Le 7 janvier 1866, 3 personnes habitant trois communes voisines, Nant, Alques et Saint-Jean-du-Bruel, dans l'Aveyron, furent mordues par une louve enragée.

Les trois ont pris la rage après 22, 23 et 38 jours d'incubation et sont mortes. (Communication du docteur Bompaire, à Millau, Aveyron.)

Sixième document. — Le 5 octobre 1874, dans la commune de Rochette, canton de La Rochefoucauld (Charente), 2 hommes furent mordus par un loup enragé qui venait de terrasser et de déchirer une petite fille.

Après 25 et 30 jours d'incubation, ces deux hommes ont pris la rage et ont succombé. L'enfant est morte le même jour où elle a été assaillie. (Extrait du journal *le Charentais*, octobre et novembre 1874.)

Septième document. — Par lettre en date du 26 mars dernier, M. le docteur Niepce, médecin des eaux d'Allevard, signale à M. Vulpian 4 cas de morsures par loup enragé, en 1822. Les quatre personnes moururent de la rage après des durées d'incubation de 9, de 13, de 15 et de 19 jours.

Huitième document. — Les 11 et 12 mai 1811, un loup enragé mordit, dans les environs d'Avallon, diverses personnes et beaucoup de bestiaux.

Toutes les personnes mordues succombèrent à la rage.

Les dates des divers décès, relevées sur les registres de l'hospice, sont les suivantes :

24, 27, 28, 30 (2 morts) et 31 mai 1811, par conséquent 13, 16, 17, 19 et 20 jours après les morsures. (Extrait des registres de l'hospice de la ville d'Avallon, Yonne).

En réunissant les huit documents qui précèdent, on arrive à la proportion de 82 morts pour 100 mordus par loups enragés, et dans 6 des cas sur 8 il y a eu autant de morts que de mordus. Si l'on appliquait cette proportion, dans la mortalité, aux 19 Russes de Smolensk dont le traitement est terminé et dont 16 reprennent aujourd'hui le chemin de la Russie, ce n'est pas 3 morts par rage dont on aurait à déplorer la perte, mais 15 ou 16. On ne saurait douter que le traitement a dû être efficace pour la plupart d'entre eux.

Il y a plus : en Russie on s'accorde généralement à dire que toute personne mordue par un loup enragé est vouée à la mort par rage.

Les faits précédents nous démontrent :

1° Que la durée d'incubation de la rage humaine par morsure de loups enragés est souvent très courte, beaucoup plus courte que la rage par morsure de chiens.

2° Que la mortalité à la suite des morsures par loup enragé est considérable si on la compare aux effets des morsures du chien.

Ces deux propositions trouvent une explication suffisante dans le nombre, la profondeur et le siège des morsures faites par le loup qui s'acharne sur sa victime, l'attaque souvent à la tête et au visage. Les autopsies des trois Russes qui ont succombé à l'Hôtel Dieu, et l'inoculation de la moelle allongée du premier de ces Russes à des chiens, des lapins et des cobayes, prouvent que le virus du loup et celui du chien ont sensiblement la même violence, et que la différence entre la rage du loup et la rage du chien tient surtout au nombre et à la nature des morsures.

Ces faits m'ont conduit à chercher si, dans le cas de morsures par loups enragés, la méthode ne pourrait pas être utilement modifiée par des inoculations en plus grande quantité et dans un temps plus court. Je ferai part ultérieurement des résultats à l'Académie.

Dans tous les cas, pour le loup en particulier, il est bon de se soumettre le plus tôt possible au traitement préventif. Les Russes de Smolensk ont employé six jours pour le voyage et ne sont arrivés au laboratoire que quatorze et quinze jours après les accidents. On aurait donc pu à la rigueur commencer leur traitement huit jours plus tôt, et l'on ne saurait dire quelle aurait été l'influence de cette modification pour les trois qui ont succombé.

(1) Communication faite à l'Académie des sciences dans la séance du 12 avril 1886.

DE LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par M. le docteur Baudisson.

Le 12 mars dernier, il s'est élevé à la Société médicale des hôpitaux, à la suite d'une communication de M. Debove, une discussion sur la contagion de la fièvre typhoïde, à laquelle ont pris part plusieurs membres de cette Société.

Les faits cités par M. Debove tendent à prouver que cette contagion, que tout le monde admet comme pouvant se produire d'une façon médiate après transformation des contages, peut aussi se produire directement et d'une façon immédiate par ces contages, sans qu'ils aient besoin, pour être nocifs, de subir aucune transformation.

« Cette manière de voir est loin d'être acceptée par tous les médecins, répondait M. Hayem, et il faudrait pour la faire admettre un fait comme celui-ci : un individu bien portant, étranger, vient voir un malade, rentre chez lui et est pris. »

Voici un cas qui s'est présenté à mon observation en septembre dernier, qui semble remplir ces conditions et plaider en faveur de l'opinion de M. Debove.

Mme J... est âgée de vingt-trois ans ; elle est mariée depuis plus de deux ans à A..., petit village distant de M..., son pays de naissance, de dix kilomètres environ.

Elle a une sœur, non mariée, âgée de vingt ans environ, qui continue à habiter M... avec ses parents. Cette jeune fille est prise dans les premiers jours de septembre, à M... d'une fièvre muqueuse qui n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde légère.

Mme J..., alors bien portante, sauf un peu d'anémie dont elle ne se plaignait pas du reste, va voir sa sœur vers le 10 septembre, passe trois jours auprès d'elle, et, comme le diagnostic n'est pas encore suffisamment établi par le médecin, partage son lit pendant deux nuits. Elle revient ensuite chez elle à A... et, au bout de trois ou quatre jours, va faire une seconde visite à sa sœur malade. A son arrivée à M..., elle est obligée de se coucher, tant elle se sent lasse et brisée ; elle rentre à A... le lendemain pour s'aliter ; je suis appelé auprès d'elle, et il ne m'est pas difficile de diagnostiquer une fièvre typhoïde à laquelle elle a succombé le 18 octobre.

Je dois faire observer que, depuis fort longtemps, il n'y a pas eu de cas de fièvre à A..., qu'il n'en existait aucun en ce moment et qu'il n'y en a pas eu un seul depuis. A M... au contraire, il y a eu, outre Mlle X..., deux autres cas, dont l'un s'est terminé par la mort, d'après ce que j'ai appris de mon distingué confrère, le docteur J..., qui fréquente ce pays.

Je disais au début de cette note que la fièvre muqueuse n'est autre que la fièvre typhoïde légère ; c'est qu'en effet, pour moi il n'existe aucune différence de nature entre l'une et l'autre de ces affections, et bien souvent j'ai vu un typhoïque transmettre une soi-disant fièvre muqueuse ou réciproquement, comme dans le cas que je viens de relater. Du reste, dans toute épidémie, on rencontre, à côté de malades présentant les symptômes les mieux caractérisés de la fièvre typhoïde, d'autres malades n'offrant que ceux de la fièvre dite muqueuse la plus légère. J'ai eu l'occasion d'observer ce fait il y a trois ans, d'une manière frappante, dans un village voisin, où l'épidémie fut importée par une jeune fille arrivant de Marseille avec une fièvre typhoïde qui se montra de la plus grande gravité.

Là, comme dans tous les cas de transmission des maladies contagieuses, il me fut donné d'observer des anomalies singulières. Cette jeune fille, en effet, dont les parents habitaient une ferme, à 2 kilomètres du village, avec quatre ou cinq autres enfants plus jeunes, fut apportée dans cette maison isolée sans passer par le village. Ce fut cependant dans le village que se présentèrent les premiers cas qui suivirent, puis ce fut dans d'autres fermes isolées ; mais aucun cas ne se montra dans la ferme elle-même où la jeune fille avait été apportée ; ce qui prouve bien que la contagion, médiate ou immédiate, exige, pour avoir son effet, une prédisposition individuelle. Mais en quoi consiste cette prédisposition ? Est-ce un état spécifique pour chaque maladie ? Est-ce simplement un état de morbidité imminent, sans spécificité. Il est probable que la réponse à ces questions serait toute différente, suivant qu'elle émanerait d'un partisan ou d'un ennemi de la théorie microbienne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. le président annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses plus anciens membres et ancien président, M. Bouchardat, et il propose, en signe de deuil, de lever la séance.

La séance publique est levée, et l'Académie se forme immédiatement en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

ADDITION A LA SÉANCE DU 6 AVRIL

Sur les ptomaïnes, les leucomaïnes et la théorie microbienne. — M. CHATIN fait, au nom de M. Husson (de Toul), correspondant national de l'Académie, la communication suivante :

Lorsqu'on expose à l'air une solution glucosique, le *mycoderma vini* ou le *mycoderma cerevesiæ* se développe suivant qu'il s'agit d'une décoction d'orge germée ou de moût de raisin ; dans les deux cas, la fermentation alcoolique s'établit. Le liquide alcoolique, abandonné à lui-même, ne tarde pas à donner naissance au *mycoderma aceti*.

La solution sucrée, mêlée à la caféine, fixe le ferment lactique. L'acide lactique dilué, en présence des matières albuminoïdes, développe les vibrions de la fermentation butyrique.

En résumé, à chaque modification du liquide, il se produit un nouveau ferment. Ce n'est pas le ferment qui se transforme, c'est le milieu qui se modifie et devient apte à faire vivre de nouveaux germes.

Pour que ces phénomènes s'établissent, il est indispensable que le milieu propice soit préexistant.

Les différentes muqueuses de l'économie sécrètent des fluides dans lesquels vivent un grand nombre de germes nullement nuisibles, qui sécrètent des produits auxquels nous sommes habitués et que nous supportons facilement.

Lorsque, sous une influence morbide, les sécrétions des muqueuses viennent à se modifier, de nouveaux germes apparaissent et fabriquent de nouveaux produits.

Ces produits peuvent aggraver l'état pathologique ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que les microbes s'imprègnent des éléments morbides du milieu dans lequel ils vivent, et ils deviennent ainsi des agents de transport de l'affection, non pas seulement à cause des toxiques qu'ils sécrètent, mais surtout à cause de ceux dont ils sont imprégnés.

En résumé le microbe, comme le ferment, ne crée pas le milieu pathologique, mais choisit le milieu où il est apte à se développer. C'est ce qui arrive dans la phthisie, la fièvre puerpérale, la pneumonie, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 avril 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Driout, en remplacement de M. Villemin. — Est maintenu à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Lemardeley, en remplacement de M. Driout, promu. — Est maintenu aux ambulances du corps du Tonkin.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Fournié, en remplacement de M. Pellerin, retraité. — Est affecté à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

M. Oger, en remplacement de M. Bergé, retraité. — Est maintenu au 19e d'infanterie.

(Choix.) M. Gerboin, en remplacement de M. Naïl, retraité. — Est maintenu au 5e d'infanterie.

M. Roch, en remplacement de M. Lemardeley, promu. — Est désigné pour le 17e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Lucas, en remplacement de M. Ménard, démissionnaire. — Est maintenu aux ambulances du corps du Tonkin.

M. Altemaire, en remplacement de M. Bousquet, démissionnaire. — Est maintenu au 124e d'infanterie.

M. Pitois, en remplacement de M. Hiard, démissionnaire. — Est désigné pour le 80e d'infanterie.

(Choix.) M. Vilmain, en remplacement de M. Fournié, promu. — Est maintenu au 82e d'infanterie.

M. Derouet, en remplacement de M. Oger, promu. — Est maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

M. Spire, en remplacement de M. Gerboin, promu. — Est désigné pour le 134e d'infanterie.

(Choix.) M. Duriez, en remplacement de M. Roch, promu. — Est désigné pour le 22e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Jégou, en remplacement de M. Brénac, démissionnaire. — Est maintenu à la pharmacie centrale à Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 mars 1886, MM. les docteurs Bouchereau et Magnan, médecins de l'asile Sainte-Anne, sont promus à la classe exceptionnelle du cadre.

— Par décision ministérielle, en date du 9 avril 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Sabathier, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains; de Bourilhon, pour le 2e zouaves; Josieu, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Brachet, pour être médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tarbes; Alphant, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble; Schindler, pour l'hôpital de Belfort; Moret, pour le 23e d'artillerie; Ramonet, pour le 4e du génie; Ocana, pour le 140e d'infanterie; Cluzau, pour le parc de construction de Vernon; Darricarrère, pour le 1er tirailleurs algériens et Castaing, pour le 65e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gaubert, pour le 5e escadron du train des équipages militaires; Gatumeau, pour le service de la place de Paris (bataillon du 2e d'infanterie); Baudot, pour le 9e cuirassiers; Bruant, pour le 14e escadron des équipages militaires; Vercoutre, pour le 13e dragons; Cécile, pour le 5e bataillon d'artillerie de forteresse; Villegente, pour l'École d'application de l'artillerie et du génie; Longuet, pour la direction du service de santé au ministère de la guerre (statistique); Catrin, pour le régiment de sapeurs-pompiers; Veillon, pour le 6e bataillon d'artillerie de forteresse; Dorange, pour le 10e escadron du train des équipages militaires; Godart, pour le 2e dragons; Deschamps, pour le 10e cuirassiers; Brindel, pour le 2e chasseurs à cheval; Legrain, pour le 12e chasseurs à cheval; Gœbel, pour le 43e d'infanterie, et Richard, pour le 120e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lullien, pour le 19e d'infanterie; Plantié, pour le 16e dragons; Daum, pour le 7e cuirassiers; Feuiltaine, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied; Ribes, pour la légion de la garde républicaine; Desprez, pour le 59e d'infanterie; Fabre, pour le 105e d'infanterie; et Gleize, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Sieur, pour le 3e d'infanterie; Kocher, pour le 8e hussards; Dommartin, pour les escadrons du 7e chasseurs à cheval détachés à Batna; Ferrier, pour le 29e d'artillerie; Pauzat, pour le 140e d'infanterie; Eymeri, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Quéhéry, pour le 7e d'artillerie; Saintin, pour le 4e d'artillerie; et Drély, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Catenac, pour l'hôpital de Chambéry, et Garnier, pour l'hôpital militaire de Perpignan.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Weill, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran, et Darricarrère, pour l'hôpital militaire de la Charité.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Gauffrès, pour l'hôpital militaire de La Rochelle; Bayrac, pour l'hôpital militaire de la Charité; Cordier et Rouvet, pour les ambulances du corps du Tonkin.

MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Gaillard et Cornutrait, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances de Pâques, les bureaux du secrétariat seront fermés du jeudi 22 au mercredi 28 avril inclusivement. Les consignations pour examens seront reçues le lundi 19 et le mardi 20 avril 1886.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* — Les séances de l'épreuve orale d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation, continuent. Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent : lundi 12 avril 1886, M. Vautrin : Diagnostic et traitement des kystes du foie; — M. Auvard : De la putréfaction du fœtus dans la cavité utérine; — mardi 13 avril, M. Rémy : Dystocie causée par le détroit inférieur; — M. Bar : Diagnostic du travail de l'accouchement et durée du travail.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les épreuves éliminatoires du concours pour la nomination à deux places de prosecteur sont terminées. MM. Beurnier, Boiffin, Demoulin, Hallé, Hartmann, Lejars, Mérigot de Treigny et Villemin ont seuls été admis à subir les épreuves définitives.

Le sujet de la première d'entre elles (préparation de pièces anatomiques pour lesquelles deux mois sont accordés aux candidats) a été : « Voies biliaires, non compris les lobules du foie. » Ces pièces devront être remises au jury le 9 juin prochain.

— M. le professeur Georges Ville commencera son cours de physique végétale lundi prochain 19 avril 1886, à trois heures, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Dans la première partie de son cours, il traitera des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux. Dans la seconde partie, il s'occupera de la fabrication et de l'emploi des engrais chimiques. Dans le courant du mois de mai, les leçons seront suivies d'une démonstration expérimentale au laboratoire de physique végétale, rue de Buffon, 43 *bis*.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19393.

N° 46. — SAMEDI 17 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 17 AVRIL 1886. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des crises dans les maladies.

L'énoncé seul de ce titre de l'une des thèses du concours d'agrégation, celle de M. A. Chauffard, a immédiatement suscité dans notre esprit, avant même de la lire, une pensée si naturelle et si inhérente au sujet, que nous n'avons éprouvé aucune surprise en la voyant exprimée en tête de l'œuvre que nous avons à analyser. Laissons-en tout le mérite à l'auteur en le citant textuellement :

« Il est en médecine un petit nombre de questions toujours agitées, toujours débattues, dont l'importance doctrinale et pratique est telle que chaque époque a dû les aborder et leur chercher une réponse; parmi elles, le problème des crises dans les maladies occupe une des premières places.

« Et cependant, malgré les longues et passionnées controverses que nous aurons à rappeler, malgré les progrès chaque jour croissants de la science contemporaine, la solution n'est peut-être, aujourd'hui encore, ni définitive ni complète, Toute la doctrine traditionnelle des crises est à reprendre et doit être soumise à un travail de revision et de critique... »

Telle est l'entreprise, peu facile assurément, qui s'imposait en quelque sorte à M. Chauffard par la question qui lui était échue.

Nul ne pouvait être mieux préparé que lui et mieux renseigné sur tout ce qui a trait à l'historique de la question doctrinale des crises, à l'étude analytique des syndromes et des jours critiques. Aussi ne surprendrons-nous personne en disant que cette partie de la thèse de M. A. Chauffard est aussi complète et aussi exacte que possible. Nous nous abstiendrons de chercher à le démontrer. Mais là où s'arrêtait l'exposé de la tradition, œuvre de pure érudition, commençait la tâche autrement délicate et difficile de l'étude de la pathogénie et de la physiologie pathologique de la crise et des syndromes critiques. C'est là l'œuvre personnelle de l'auteur, que nous allons essayer de résumer.

Il est évident que ce qui va suivre implique l'idée de la réalité, comme fait d'observation clinique, des phénomènes dits critiques et de la connaissance des états morbides dans lesquels ils apparaissent et des formes sous lesquelles ils se manifestent. Partant de ces notions acquises, il s'est engagé dans la recherche de ce problème délicat et encore obscur de physiologie pathologique : quelle est la nature intime de la crise? Comment peut-on comprendre, aujourd'hui, le mécanisme pathogénique des phénomènes cliniques qui en accompagnent et en révèlent l'évolution?

C'est par l'observation clinique et par les notions exactes de physiologie pathologique, conclut de cette partie de son étude M. A. Chauffard, que nous pouvons distinguer les actes critiques des phénomènes purement symptomatiques ou des complications de la maladie première. C'est faute d'avoir pu faire ces distinctions essentielles que les anciens ont donné aux syndromes critiques une extension qu'ils ne sauraient comporter.

Pour faire la part des actes critiques et des symptômes ou complications, il ne faut jamais perdre de vue les caractères fondamentaux de la crise : la soudaineté, l'échéance à un moment plus ou moins prévu de l'évolution morbide, l'amélioration rapide de l'état général et local, bientôt suivie d'une guérison définitive ou transitoire.

La crise défavorable des anciens n'est donc pas admissible aujourd'hui. Ainsi, on a déjà vu que la crise par dépôt n'existait pas, que les abcès, furoncles, suppurations de toutes sortes étaient le résultat d'une infection seconde surajoutée, associée à l'infection primitive; qu'il n'y a pas davantage lieu de qualifier d'actes critiques les déterminations multiples et souvent soudaines d'une maladie générale aiguë : fluxion encéphalique éteignant subitement les arthropathies du rhumatisme articulaire aigu, méningite aiguë de la pneumonie alcoolique ou infectante, etc., etc.

Le travail critique se traduit presque toujours non par un symptôme isolé, mais par un ensemble de syndromes associés. Non seulement, par exemple, la température retombe à la normale ou au-dessous, mais le pouls subit des mutations parallèles, devient calme et même ralenti; en même temps, les modifications sudorales ou urinaires, le retour du sommeil, l'expression transformée de la physionomie, le sentiment de bien-être et de guérison prochaine qu'éprouve le malade, tout concourt à annoncer le retour à la santé.

Toute crise qui ne serait constituée que par l'un de ces divers éléments, qui se bornerait à la défervescence fébrile, par exemple, doit être tenue pour suspecte et peut mas-

quer un retour offensif du mal, surtout si elle ne survient pas à son échéance régulière, si elle est anticipée.

D'autre part la crise, même légitime, n'est pas toujours parfaite, ni bien équilibrée dans ses conséquences cliniques ; elle peut pécher par excès ou par défaut.

Le type le plus commun et en même temps le moins grave des crises excessives est fourni par ces températures hypothermiques, si fréquentes pendant les premiers jours qui suivent la défervescence.

Dans des cas plus graves, ce n'est plus seulement une hypothermie modérée qui se produit, c'est un véritable état d'algidité avec collapsus parfois mortel ; sueurs froides visqueuses, altération des traits, etc.

Au point de vue de ses conséquences thérapeutiques, la doctrine des crises a donné d'abord la thérapeutique naturiste.

Toute la doctrine thérapeutique basée sur la notion des crises dans les maladies aiguës peut se résumer ainsi : observation sagace, prudente, respectueuse même, des phénomènes morbides dans leur enchaînement naturel ; souci constant de ne pas troubler à contretemps la réalisation de la crise (*primum non nocere*).

Ici se présentait une question que M. Chauffard pose et cherche à résoudre en ces termes : « Précieuse et préservatrice tant que la médecine n'était qu'une suite discontinue de notions empiriques, cette thérapeutique du *primum non nocere*, confinée dans l'observation pure dont elle relève, doit-elle rester aujourd'hui notre guide, ou sommes-nous en droit de revendiquer une intervention plus active, de réclamer une participation directe dans le travail intime qui précède ou qui prépare, qui accompagne ou qui accomplit la crise ?

Le plus grand nombre des essais thérapeutiques faits récemment dans cette voie, repose en partie, fait-il remarquer, sur une confusion. On a pris pour la crise elle-même tel ou tel des syndromes qui n'en sont que la conséquence ou l'effet, et pouvant provoquer l'apparition de ces syndromes, on a cru pouvoir ainsi juger la maladie elle-même. On comprend qu'il s'agit de l'usage et de l'abus que l'on a fait dans ces derniers temps de certains agents antipyrétiques, ainsi que des diaphorétiques. On sait, en effet, que si sous l'influence des antipyrétiques (ou pour parler plus justement des antithermiques), la fièvre est tombée parfois aussi brusquement que dans la défervescence réelle, l'évolution morbide n'en a été au fond ni modifiée ni abrégée. Il en a été de même pour les agents de la sudation (jaborandi, pilocarpine) ; il en est résulté une certaine rémission thermique, mais cette diminution de la fièvre n'a été durable que lorsque la défervescence naturelle était proche.

On n'a gagné, en somme, que peu ou rien à vouloir ainsi brusquer les choses.

Il est, en revanche, une voie d'excrétion qu'il est toujours capital de tenir ouverte chez le fébricitant, c'est la diurèse. Mais ce n'est point une polyurie critique que l'on cherche, c'est une excrétion continue et suffisante des déchets et matières toxiques que la maladie et la fièvre accumulent dans l'économie.

On ne doit retenir des tentatives nombreuses faites dans cette voie, qu'une notion utile : la nécessité absolue de surveiller le jeu des émonctoires chez le fébricitant et de lui venir en aide par un ensemble de moyens plutôt hygiéniques que thérapeutiques.

Reste une dernière méthode thérapeutique que le passé n'a pas su tirer de la doctrine des crises, que le présent commence à peine à entrevoir. Ici ce n'est plus seulement aux actes extérieurs de la maladie, c'est à sa cause même et à son essence qu'il s'agit de s'adresser. Le but à poursuivre est de connaître le processus pathogénique des divers états morbides, de l'attaquer et de l'enrayer dans son cours. C'est la question des médications abortives qui se trouve ainsi posée. Est-il possible d'arrêter sur place, de juguler une maladie infectieuse aiguë, en provoquant par anticipation la crise définitive ?

« A ne consulter que les faits acquis, dit M. Chauffard, on serait tenté de répondre par la négative. Si par des admirables méthodes basées sur l'emploi des virus atténués ou du vaccin, nous pouvons annihiler les infections à venir, ou même déjà en voie d'incubation, comme pour la rage, en revanche toute évolution infectieuse aiguë une fois réalisée nous échappe et suit son cours.

« Et cependant une telle assertion serait à peine juste aujourd'hui ; demain probablement elle serait erronée. L'ère de la thérapeutique pathologique n'est qu'à ses débuts, elle commence cependant à porter ses fruits... » M. Chauffard rappelle à ce sujet les expériences de M. Lépine pour la pneumonie, les résultats de la médication par le froid, etc. « N'est-ce pas de la thérapeutique pathogénique que nous faisons, ajoute-t-il, quand nous donnons du sulfate de quinine à un paludéen, et ne savons-nous pas que l'agent médicamenteux s'adresse alors bien moins à l'accès de fièvre qu'à la vitalité même du germe de la malaria, quel qu'il soit. » Cette action directe du sel de quinine sur certains microbes expliquerait, suivant lui, pourquoi l'effet antipyrétique est variable dans les diverses maladies aiguës, pourquoi sur un pneumonique on verra rester presque inactive la même dose de sulfate de quinine qui aurait abaissé de 1 ou 2 degrés la température d'un typhique, ou empêché un paludéen d'avoir son accès.

Nous avons commencé cette analyse par la citation textuelle d'une phrase initiale de la thèse de M. A. Chauffard, nous terminerons en citant le texte de sa phrase finale, qui en constitue la véritable conclusion :

« Si donc, pour le moment, nous n'avons presque rien à changer aux préceptes thérapeutiques que la tradition a su déduire de l'observation des actes critiques, nous avons le droit d'espérer que la crise elle-même, telle que nous l'avons interprétée dans les maladies infectieuses aiguës, pourra un jour devenir accessible à nos méthodes de traitement. Ce sera là le couronnement de cette grande doctrine des crises, transmise de siècle en siècle, souvent attaquée mais toujours vivante ; ce sera le triomphe de la tradition rajeunie, dégagée de ses préjugés et de ses erreurs, et enfin devenue science. »

Des pyrexies abortives.

La question des pyrexies abortives, dévolue à M. Letulle, suppose deux ordres de faits généraux connus, dont il s'agissait de rappeler et de bien établir la formule, savoir : l'évolution cyclique d'un certain nombre de pyrexies aiguës, déjà bien observée par les anciens et précisée d'une manière plus rigoureuse de nos jours par la thermométrie clinique, et le fait des formes atténuées, frustes ou latentes de ces mêmes affections, soustraites, par des circonstances qui restent à déterminer, aux lois de l'évolution régulière et de la durée normale. C'était uniquement dans les maladies à

marche régulière, quelle que soit d'ailleurs leur intensité, qu'elles soient graves ou bénignes, et dans la durée de leurs périodes qu'il fallait chercher les conditions et les éléments caractéristiques de la forme abortive, dont l'observation clinique nous avait depuis longtemps déjà livré la première notion.

L'objet du travail de M. Letulle devait donc être l'étude de l'étiologie générale et de la pathogénie de la forme abortive des pyrexies.

Pendant longtemps on a fait intervenir comme cause déterminante ou raison d'être de l'avortement de telle ou telle maladie fébrile, diverses conditions telles que la réceptivité, l'opportunité morbide, les différences individuelles, l'immunité acquise par une première atteinte, l'atténuation des virus par diverses conditions atmosphériques, telluriques ou autres, enfin le génie épidémique et la constitution médicale régnante.

A ces notions plus ou moins vagues et qui ont encore cours dans la science, il faut ajouter les lumières nouvelles dont la chimie biologique et la physiologie pathologique ont éclairé l'ancienne notion de la résistance et de la lutte de l'organisme affecté, par l'étude et la connaissance de l'énergie des échanges nutritifs, du bon fonctionnement des éléments cellulaires et de la large perméabilité des émonctoires.

Mais un progrès récent devait ouvrir une voie nouvelle à la solution, sinon du problème tout entier, du moins d'une bonne partie. On devine que nous voulons parler des recherches et de la doctrine microbienne de M. Pasteur.

M. Letulle ne pouvait pas, dans une semblable question, se soustraire à la recherche du rôle qui peut revenir à cette doctrine dans sa solution. Aussi va-t-il demander à l'étude de ces deux éléments pathogéniques, les modifications du terrain organique, d'une part, et les germes morbides microscopiques, d'autre part, la solution du problème qu'il va aborder et qu'il formule en ces termes : Comment peut-on expliquer l'évolution précipitée, abortive d'une pyrexie ou maladie générale infectieuse? Pour quelles raisons le drame pathologique qui se déroulait dans ses actes successifs et régulièrement enchaînés, est-il tout à coup écourté? Pourquoi la maladie tourne-t-elle brusquement, sans intervention thérapeutique?

La considération du terrain organique devait naturellement entraîner la recherche de toutes les conditions qui sont susceptibles de le modifier dans le sens d'une plus grande réceptivité ou d'une plus grande résistance, de la prédisposition ou de l'immunité, telles que les races, les espèces animales, les idiosyncrasies individuelles, les âges, l'hérédité, la température du terrain organique, les portes d'entrée de la maladie, etc.

Arrivant à l'étude du rôle des microbes dans la pathogénie des formes abortives des pyrexies, M. Letulle arrête son attention sur trois points : 1° la question de l'antagonisme de certains microbes pathogènes à l'égard d'autres micro-organismes; 2° celle de l'atténuation des virus et par suite des maladies infectieuses; 3° enfin l'importance des vaccins au point de vue de la prophylaxie des maladies d'origine bactérienne.

C'est à l'aide des indications fournies par cette étude que M. Letulle a cherché à déblayer le terrain de l'étiologie générale des fièvres abortives. Se demandant pourquoi une pyrexie avorte avant le terme moyen de durée qui lui est assigné par la pathologie, il signale en première ligne l'influence épidémique, l'épidémie étant tantôt légère, tantôt très meurtrière, sans qu'on puisse logiquement en indiquer les raisons. Mais c'est surtout au terrain organique, à l'homme lui-même, c'est à l'opportunité et à la réceptivité morbides qu'il demande la raison de l'avortement de la maladie infectieuse; et de cette étude, basée sur des notions toutes récentes, il tire les conclusions suivantes, qui sont plutôt des espérances que des affirmations.

La forme abortive d'un certain nombre de pyrexies pourrait être comparée à ces vaccinations progressives insensibles ou latentes qui, en pathologie vétérinaire, donnent naissance aux formes frustes, atténuées ou abortives des maladies infectieuses aiguës.

La notion déjà plus rigoureusement exacte des formes abortives des pyrexies, telle que nous la possédons actuellement, constitue sans doute une première étape, peut-être encore bien éloignée du but réel, vers la connaissance et l'application en médecine humaine de la vaccination prophylactique des maladies infectieuses.

Tel est le résumé de la première division du travail de M. Letulle. Dans la deuxième, qui en est la partie véritablement clinique, il fait l'histoire, en particulier, des principales pyrexies abortives, qu'il divise en pyrexies systématisées et pyrexies non systématisées : celles-ci comprenant les septicémies (charbon, fièvre traumatique, fièvre urineuse, puerpérale, etc.) et les maladies typhoïdes; les systématisées, c'est-à-dire celles qui portent leurs manifestations plus spécialement sur un système organique ou un organe, sur le système cutané (érysipèle, érythèmes, fièvre herpétique, fièvres éruptives), sur les muqueuses (grippe), un organe (la pneumonie).

Dans l'impossibilité où nous serions de suivre M. Letulle dans cette partie importante de sa thèse, où il passe en revue un grand nombre des affections qui entrent dans le cadre des pyrexies, nous présenterons seulement, comme spécimen, un rapide résumé des points principaux de l'histoire de la fièvre typhoïde abortive, qui a été traitée dans cette thèse avec une grande ampleur.

La détermination exacte des formes abortives de la fièvre typhoïde ne remonte guère au delà des travaux, sur ce sujet, de Lebert et de Griesinger en Allemagne, de Murchison en Angleterre, de MM. Gueneau de Mussy, Jaccoud, Bernheim en France, et des nombreuses observations communiquées et discutées à la Société médicale des hôpitaux, de 1870 à 1876. Dans le but de donner une idée à peu près exacte de la fréquence de la forme abortive de la fièvre typhoïde, M. Letulle a réuni 1161 cas de cette affection terminés par la guérison. Comptant comme abortifs tous les cas terminés avant le début du troisième septénaire, il a trouvé 202 cas abortifs et 959 cas prolongés, soit 17,39 p. 100. Dans ces 202 cas, la convalescence commence 9 fois la première semaine, 193 fois la seconde semaine.

L'étude critique des symptômes lui a montré que l'incubation peut se faire dans ces cas très rapidement; que le début, abstraction faite des caractères de l'évolution thermique, semble n'offrir aucune particularité importante; qu'en fait des symptômes de la période d'état, le météorisme abdominal, le gargouillement iléo-cœcal, la sensibilité iliaque, la diarrhée, l'hypersplénotrophie ont été très souvent signalés, le catarrhe bronchique moins fréquemment; que les taches rosées lenticulaires se sont montrées fréquemment et plus hâtivement que dans les formes ordinaires.

Pour la terminaison, la règle est la guérison, tantôt rapide (en vingt-quatre ou soixante-douze heures), tantôt progressive, du huitième ou neuvième jour au quinzième : la décharge urinaire (déchets), accompagnant presque toujours les formes graves et qui précède souvent la période de lysis, est exceptionnelle dans les cas légers.

En résumé, la fièvre typhoïde abortive peut présenter cliniquement trois types distincts :

Le premier est caractérisé par un début brusque ou lent, par des symptômes qui ne tardent pas à paraître graves, au point d'inspirer des craintes pour la vie jusqu'au jour où un amendement considérable, parfois subit, se produit, rapidement suivi d'une convalescence normale.

Le deuxième est celui d'un malade assez sérieusement atteint en apparence, dont l'état, dès les premiers jours de la maladie, s'améliore rapidement. Toutefois, la convalescence précoce est souvent prolongée ; quelques complications ont même pu survenir soit dans le cours de la période fébrile, soit pendant la convalescence; dans cette forme, les rechutes ne sont pas rares.

Enfin un troisième type consiste en un *typhus levissimus* abortif; dans ces cas la maladie, bénigne dans sa marche, peut laisser une convalescence notablement courte ou au contraire entravée soit par une rechute, soit par un accident soudain.

Enfin, à propos de l'étiologie et de la pathogénie, M. Letulle s'est trouvé contraint de s'en tenir aux notions banales de l'étiologie générale : l'état du malade et la maladie elle-même.

Au point de vue de l'âge, il lui a paru très évident que la forme abortive a une prédilection pour l'enfance. Sur 59 observations de fièvre typhoïde chez des enfants, il a trouvé 20 cas abortifs.

L'influence de la constitution médicale épidémique régnante sur la proportion des cas abortifs est très appréciable. Il est arrivé souvent qu'à la fin d'une épidémie (celle de 1876, par exemple), la constitution médicale dothiénentérique était atténuée au point de donner lieu à un grand nombre de formes abortives.

Quant au traitement, M. Letulle ne croit pas qu'on puisse le mettre en cause, quel qu'il ait été, pour expliquer la forme abortive. On peut par certains agents, tels que le calomel, la quinine, la balnéation, favoriser l'évolution normale de la maladie; mais il n'est pas dans notre puissance de la faire avorter. Toutefois, ajoute-t-il, il est bon de traiter la fièvre abortive soupçonnée avec la même régularité qu'on le ferait pour une forme commune grave, ne fût-ce que dans l'espoir fondé que la médication et l'hygiène auxquelles on soumettra le malade pourront s'opposer au seul danger sérieux de la pyrexie abortive, la rechute.

THÉRAPEUTIQUE

Chlorose et albuminate de fer.

Par le Dr Albert Blondel.

La présence du fer dans l'hémoglobine a une importance physiologique capitale, car c'est à ce fer qu'est due la fonction globulaire, c'est-à-dire la fixation de l'oxygène, 1 atome de fer fixant 2 atomes d'oxygène.

Or la chimie pathologique nous a appris, il y a longtemps déjà, que c'est à la diminution de l'hématine, élément ferrugineux de l'hémoglobine, que remontent en dernière analyse les phénomènes de la chlorose, de cet état pathologique que Piorry a qualifié d'*achalybémie* et Pujol de *déferrugination*, longtemps aussi que la thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique. Chlorose et fer sont donc deux termes corrélatifs, indissolubles.

Mais pour obtenir de ce fer les bénéfices que l'on est en droit d'en attendre, il ne suffit pas, bien entendu, de le porter dans l'estomac brutalement et sans préparation préalable ; il faut que ce fer soit accepté, oxydé, élaboré pour sa combinaison nouvelle avec l'élément globulaire ; d'où l'obligation étroite de tenir compte, dans le choix d'un ferrugineux, de la dépression d'un organisme dont les facultés de digestion et d'assimilation sont amoindries, languissantes. C'est, croyons-nous, parce que l'on transgresse parfois cette notion primordiale, que l'on se heurte trop souvent à des déceptions et à des mécomptes dus à une médication toujours héroïque quand elle est bien conduite.

C'est à l'appui de cette manière de voir que nous rapportons l'observation suivante :

Observation. — Mlle E..., âgée de dix-huit ans, est d'une extrême pâleur, pâleur d'apparence cireuse; les muqueuses sont décolorées et se confondent avec la peau. Cette jeune personne se plaint de fréquents maux de tête; elle éprouve une faiblesse générale ; sous l'influence de la moindre émotion, des palpitations se produisent et les joues se colorent subitement, mais le visage reprend bientôt sa pâleur. Il y a une légère bouffissure des paupières.

A l'auscultation, on constate un bruit de souffle doux à la base du cœur et au premier temps, un bruit de souffle intermittent dans les artères carotides et un bruit de diable continu à renforcement dans les jugulaires. Aucun trouble du côté des voies respiratoires. L'appétit est diminué et les fonctions digestives s'accomplissent mal. Constipation opiniâtre et tympanisme.

Mlle E... a été réglée à quinze ans et demi, d'abord à des intervalles trop rapprochés (tous les vingt jours environ), et très abondamment, puis les menstrues ont été supprimées, ne survenant qu'à des époques plus ou moins éloignées, tous les deux ou trois mois, s'accompagnant chaque fois de très vives douleurs. Dans l'intervalle des règles, un peu de leucorrhée transparente, parfois blanchâtre ou muco-purulente.

Un traitement ferrugineux avait été institué. La limaille, le fer réduit, le carbonate de fer avaient été successivement employés, mais sans grand succès, et on avait dû assez vite interrompre la médication par suite des troubles gastriques et de la constipation de plus en plus accentuée.

En dépit de résultats aussi peu encourageants, et en présence des manifestations d'une chlorose si nettement caractérisée, il nous parut cependant nécessaire de revenir à l'agent indispensable, le fer, en faisant porter notre choix sur un ferrugineux d'assimilation très douce. Préalablement, nous avons fait prendre des amers destinés à lutter contre l'inertie de l'estomac, et conseillé contre la constipation l'usage de légers purgatifs, après quoi nous prescrivons l'albuminate de fer (formule Laprade) à la dose d'une cuillerée à bouche après chaque repas.

Le résultat ne fut sans doute pas immédiat et, pendant trois jours, la médication antiphlogistique dut nous venir en aide (lavements avec 10 gouttes de laudanum et quelques gouttes de belladone à l'intérieur). Au bout de quelques jours, le fer sous cette forme fut parfaitement accepté, sans amener le moindre trouble des fonctions digestives. Les effets du traitement ne tardèrent pas à se manifester d'une façon très nette. L'anhélation, les palpitations, diminuèrent graduellement, le teint reprit une coloration normale, enfin la menstruation reparut régulière. Nous pouvions dès lors considérer la guérison comme obtenue.

Nous étions en droit de nous attendre à cet heureux effet de la médication suivie. Dès longtemps nous connaissions la facilité d'assimilation de l'albuminate de fer; nous avions déjà constaté son utile influence dans divers cas d'aménorrhée. Or la chlorose, d'après le professeur Monneret, étant le plus souvent une anémie

dépendant des fonctions génitales, nous devions tout naturellement être conduit à ce mode de préparation du fer pour combattre une affection où les troubles de la menstruation entrent pour une si large part.

Nous estimons aussi qu'une part du succès que nous retirons journellement de l'emploi de la *Liqueur de Laprade* est due à son alcalinité, l'albuminate de fer ne pouvant être rendu soluble qu'à l'état alcalino-ferrique. Nous sommes, sous ce rapport, de l'avis de Barns, qui résume ainsi ses différentes publications sur la chlorose : « Il faut commencer par calmer l'irritabilité vasculaire pour préparer l'absorption du fer; c'est ce que feront les alcalins... On obtient, ajoute-t-il, si souvent une telle amélioration au moyen de ce traitement, qu'on ne peut s'empêcher de voir que le sang a besoin d'alcalins aussi bien que de fer et qu'il a besoin d'abord d'alcalins; ce qu'on obtient dans la transfusion confirme ce que j'avance; c'est une véritable résurrection qui suit l'injection du liquide alcalin. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

M. le Président annonce la mort de M. Forget, membre honoraire depuis 1881.

Opération de la cataracte. — M. Chauvel fait un rapport sur une communication de M. Vacher, médecin-major, relative à quelques modifications qu'il a apportées dans l'opération de la cataracte, et à quelques nouveaux instruments qu'il a fait construire à cet effet. M. Vacher donne la préférence à la méthode à lambeau cornéen, sans iridectomie. Il a remplacé la pince à fixation ordinaire par une pince se fermant d'elle-même. C'est là, ajoute M. Chauvel, un avantage de peu d'importance, et cette pince a l'inconvénient d'exercer une pression trop violente. M. Vacher pense que le bandeau compressif peut avoir l'inconvénient de trop serrer l'œil et de favoriser la hernie de l'iris. C'est là une erreur, selon M. Chauvel.

Ostéites tuberculeuses; résections. — M. Chauvel lit un autre rapport sur deux observations présentées par M. Delorme (du Val-de-Grâce) et relatives à deux cas d'ostéite tuberculeuse guérie par une résection osseuse. Il s'agit, dans le premier fait, d'un jeune soldat qui portait depuis quelque temps une tuméfaction sur la fesse gauche. M. Delorme reconnut avoir affaire à une gomme tuberculeuse; il en fit l'incision et le raclage et fut ainsi conduit sur un foyer tuberculeux ayant son siège dans le diploé de l'os iliaque; il fit la résection d'une certaine étendue de cet os; le malade va bien. L'opération date aujourd'hui de quatre mois. M. Delorme signale, en résumé, dans cette observation, les points suivants : 1° l'existence d'une sciatique deux ans avant l'apparition de la tumeur fessière; 2° la facilité de l'hémostase dans cette opération; 3° la profondeur de la plaie; 4° l'existence d'un noyau tuberculeux osseux diploïque; 5° la perte de substance de l'os iliaque, la réunion rapide de la plaie.

Chez le second malade, il s'agissait d'une ostéite aiguë ayant déterminé une vaste collection purulente de la fesse et des lombes; M. Delorme fit une incision conduisant sur l'os iliaque, trouva un séquestre lamellaire, fit un évidement de l'os iliaque dans une étendue de 20 centimètres, et fut même obligé d'enlever les deux tables au niveau de la crête iliaque. Le malade succomba vingt-huit jours après, à des phénomènes de septicémie. A l'autopsie, on trouva des lésions très étendues, une carie superficielle de la colonne vertébrale, une infiltration des muscles psoas et iliaque, des traces d'une ancienne péritonite, l'existence d'une collection purulente dans le rectum, etc.

Méningocèle. — M. Kirmisson communique l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, qui portait depuis sa naissance une tumeur de la fesse droite. Cette petite tumeur lobée, que la malade comparait elle-même à un cœur, prit un certain développement depuis dix ans surtout à la ménopause, et, dans ces derniers temps, acquit rapidement un très gros volume. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, la peau se rompit et il s'écoula un liquide comme de l'eau de roche. L'orifice resta fistuleux pendant trente-six heures puis se referma. En examinant cette malade à son entrée à l'hôpital, M. Kirmisson trouva une tumeur régulièrement sphérique, recouverte par une peau amincie au centre, épaissie dans les autres points, manifestement fluctuante, irréductible; la malade ne présentait d'ailleurs aucun phénomène d'origine médullaire, aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité.

Une ponction avec la seringue de Pravaz donna issue au même liquide que précédemment; puis il se fit de nouveau une rupture spontanée. Les avis furent partagés sur la nature de cette tumeur; on était seulement d'accord sur ce point qu'il s'agissait d'une tumeur congénitale développée au niveau de la base du sacrum.

M. Kirmisson en pratiqua l'ablation le 28 octobre. Cette extirpation fut facile. Il trouva un pédicule par lequel elle sortait de l'extrémité inférieure du canal rachidien. C'était donc une méningocèle. Les suites de l'opération furent des plus simples; la cicatrisation se fit très rapidement.

L'intérêt principal de cette observation réside dans l'examen de la pièce : c'était une vaste poche se continuant par un canal étroit, aboutissant au pédicule intra-rachidien. Il s'agissait d'une tumeur congénitale chez une femme de cinquante-trois ans, en partie lipomateuse, en partie kystique. Il est exceptionnel de voir des méningocèles à ce niveau du canal rachidien. M. Kirmisson insiste sur le siège latéral de cette tumeur. Il ne fut pas possible de savoir jusqu'où remontait le pédicule dans le canal rachidien.

M. Monod considère cette tumeur comme très intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique. Il doute qu'il s'agisse d'une méningocèle; il croit plutôt devoir rapprocher cette tumeur des kystes dermoïdes, des kystes congénitaux. Il rappelle à ce sujet l'opinion de Conheim, qui considère toutes ces tumeurs comme d'origine congénitale.

M. Poncet, relativement à cette origine congénitale des tumeurs, fait observer que c'est un professeur de Marseille qui a, le premier, émis cette opinion, et non Conheim.

M. Trélat a opéré un jeune boucher de vingt-six ans, qui portait à la fesse une tumeur, de 6 à 7 centimètres de long sur 5 à 6 de large. Cette tumeur semblait se diriger par une de ses extrémités vers le sacrum. Il s'arrêta, après hésitations, au diagnostic de kyste dermoïde, l'opération confirma ce diagnostic. Il n'y avait pas d'orifice comme dans l'observation de M. Kirmisson; mais l'examen histologique confirma l'opinion de kyste dermoïde, il y avait d'ailleurs des poils à l'intérieur. M. Trélat n'a, depuis, jamais rencontré semblable tumeur.

Dans un cas analogue, il a cru avoir affaire à une tumeur de ce genre, mais c'était simplement un abcès froid.

M. Berger pense que les tumeurs de la région sacro-coccygienne ne doivent pas toutes être considérées comme de même nature. A côté des tumeurs dermoïdes, il y a des kératomes, des méningocèles. Il croit que la tumeur dont vient de parler M. Kirmisson est une méningocèle.

M. Guéniot a vu un enfant né avec une énorme tumeur analogue entre les cuisses. Cette tumeur a été examinée par MM. Ball et Robin. C'était une prolifération énorme des cellules grises de la moelle. Il y a lieu de rapprocher cette tumeur de celles dont il vient d'être question.

M. Kirmisson fait observer que l'origine congénitale des tumeurs décrite par Conheim n'est pas admise par M. Ranvier et son école. Il est évident que les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne sont très variées d'origine et de nature. Rappelant les diverses particularités que présentait cette tumeur, il croit devoir s'en tenir au diagnostic de méningocèle. Il y a du reste des exemples analogues dans la science.

M. Marc Sée fait remarquer que la nature du liquide ne peut

rien indiquer sur l'origine de la tumeur. Ces liquides peuvent être tellement modifiés, altérés dans leur composition, qu'ils ne pourraient aider à fixer le diagnostic.

Laparotomie sous-péritonéale. — M. POZZI dit que la chirurgie abdominale est encore bien désarmée contre les abcès pelviens qui aboutissent souvent à la mort. Il insiste sur les difficultés d'atteindre ces abcès, soit par le vagin, soit par le rectum, soit à l'aide de l'incision, de la ponction ou du drainage. Plusieurs ovariotomistes n'ont pas craint d'ouvrir largement la cavité abdominale. M. Pozzi propose une autre voie, c'est celle que nous avons tous appris pour la ligature de l'iliaque externe.

Il cite l'observation d'une malade de trente-trois ans, atteinte de douleurs, de fièvre, d'un écoulement de pus par le vagin, en un mot de périmétrite et de pelvi-péritonite; l'ouverture d'un phlegmon se fit par le vagin, il resta une fistule persistante. Cette malade était ainsi depuis un an avec des poussées inflammatoires. La fistule était dans le cul-de-sac postérieur. On chercha à dilater l'orifice fistuleux. On détermina ainsi des accès de fièvre. M. Pozzi se décida à pratiquer l'opération suivante : il fit une incision comme celle de la ligature de l'iliaque externe, décolla le péritoine à deux ou trois travers de doigt plus haut; puis il sentit une poche fluctuante, dans l'excavation pelvienne ; il fit une ponction, il s'écoula une certaine quantité de pus; à l'aide d'un gros trocart courbe, il plaça un tube à drainage passant par le vagin et revenant par la fosse iliaque. La malade fut complètement guérie après cinq semaines.

Cette opération peut être applicable à d'autres collections, par exemple à certaines hématocèles rétro-utérines, quand il faut les ouvrir. M. Pozzi a communiqué un cas de ce genre. La malade est également tout à fait guérie. La laparotomie intra-péritonéale a été proposée et même pratiquée dans des cas de ce genre. La voie proposée par M. Pozzi est bien moins dangereuse.

M. Pozzi a pratiqué, avec le même succès, cette opération pour l'extirpation de ganglions intra-iliaques. Huit jours après la cicatrisation était complète, mais cette malade fut seulement soulagée.

Dans deux autres cas, il fit la même opération comme incision exploratrice. Il n'a eu aucun accident. Il propose d'appeler cette incision *laparotomie sous-péritonéale*.

M. TRÉLAT, relativement aux hématocèles, admet avec M. Pozzi que certaines d'entre elles échappent à toute intervention chirurgicale, mais il en est de volumineuses qu'il faut attaquer. Dans deux cas de ce genre, il a fait l'ouverture par la cavité vaginale. Il a obtenu deux guérisons. Il y a des raisons pour faire l'ouverture des hématocèles, par le vagin, d'abord la déclivité.

Chez une malade atteinte d'un abcès pelvien, M. Trélat fit exactement la même opération que M. Pozzi, par la voie latéro-pariétale. Il fit l'incision en dedans de l'artère épigastrique ; il arriva ainsi au contact d'un foyer purulent, ponctionna, introduisit un gros trocart courbe et fit ressortir un tube par le vagin. Le résultat fut des plus satisfaisants. Il y a là une ressource précieuse. Ce sont des questions où la science permet et où l'art décide.

M. BOUILLY fait observer que les collections pelviennes profondes sont toujours d'une localisation difficile. Il y a des cas où il faut ouvrir le péritoine. Il cite l'observation d'une femme atteinte d'un abcès pelvien avec des ouvertures qui se faisaient dans le rectum. Cet état durait depuis cinq ans. L'examen ne révélait rien. M. Bouilly lui conseilla d'attendre un moment de réplétion ; à ce moment, il lui conseilla d'accepter l'opération ; il tomba sur des tissus indurés, lardacés, résistants, et arriva dans une collection, sur des parois anciennes d'un trajet suppurant. Il fit le grattage, mit un drain debout et fit des lavages. La suppuration fut tarie instantanément. La fistule rectale se ferma d'elle-même.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que M. Pozzi a raison de vouloir multiplier les indications de l'opération dont il a parlé. Mais ce n'est pas une opération nouvelle. Il y a trois ans, il a vu une jeune femme qui était mourante ; il fit cette opération qui fut très laborieuse ; il arriva sur un ganglion suppuré. Il ouvrit ce ganglion ; il en sortit une cuillerée à café de pus ; la fièvre cessa et cette malade guérit.

M. Lucas n'est pas partisan de cette opération pour les hématocèles, sauf dans des cas particuliers.

M. TRÉLAT dit que le diagnostic de ces suppurations pelviennes est difficile. On croit souvent avoir affaire à des pérityphites.

M. POZZI fait observer que cette opération n'est décrite dans aucun ouvrage. Pour les hématocèles il faut remarquer les difficultés extrêmes qu'il y a à maintenir un drain dans le vagin; tandis qu'avec le drainage par la fosse iliaque et le vagin, on obtient une antiseptie complète, cela a donc une très grande importance.

M. TRÉLAT dit qu'avec l'antiseptie telle qu'on la pratique actuellement l'ouverture unique vaginale peut suffire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 avril 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Pelon, Perrot, Binet, Rigollot-Delaube, Niel, Pouchin, Pannetier, Quéva, Nicolas et Rambaud.

— Par arrêté préfectoral, en date du 6 avril 1886, M. le docteur Doury est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la 6e circonscription du XVe arrondissement de la ville de Paris, en remplacement de M. le docteur Leboucq, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 11 avril 1886, sont appelés à faire partie de la section technique du service de santé militaire :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Chambé, Barthélemy et Laveran. — MM. les médecins-majors de première classe Millet, Delorme et Granjux. — M. le pharmacien-major de première classe Schauffelé. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Belleau et Longuet.

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1886, M. Galzain, médecin-major de première classe au 62e d'infanterie, a été désigné pour le 121e régiment de même arme, par permutation d'office avec M. Lachapelle, médecin dudit grade.

— *Concours de l'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* — La première épreuve définitive (épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation), est terminée ; les deux derniers candidats appelés à la subir ont été : M le docteur Maygrier : Répétition habituelle de l'avortement et de l'accouchement prématuré spontané ; — M. le docteur Gerbaud : Causes et diagnostic de la mort du fœtus après l'accouchement.

Le concours est suspendu pendant les vacances de Pâques, et la seconde épreuve (épreuve clinique) commencera le lundi 3 mai 1886, à cinq heures du soir, à l'Hôtel-Dieu.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 1er mai, à sept heures et quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 56, rue de Londres, et Émile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Lippmann commencera son cours de physique demain samedi 17 avril 1886, à deux heures de l'après-midi, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19393.

66

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

241

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

15

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

38

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

113

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	**Peptonisent 30 grammes albumine.**
Ou cinq pilules Defresne............	**Dédoublent 11 grammes corps gras.**
Ou une cuillerée sirop digestif.......	**Saccharifient 10 grammes amidon.**

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DEFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPOT : *2, rue des Lombards*, et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE*.

29

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* no 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

79

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

91

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies

N° 47. — MARDI 20 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. MARDI 20 AVRIL 1886. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La politique et la folie (1).

INFLUENCE DES GRAVES ÉMOTIONS PUBLIQUES SUR LES PARTICULARITÉS DU DÉLIRE.

II

Du 10 au 16 septembre 1870, les habitants de la banlieue, au nombre de 350 000, viennent s'enfermer dans Paris. Le gouvernement de la Défense nationale et les municipalités des vingt arrondissements font les plus grands efforts pour recueillir, loger et nourrir toutes ces victimes de l'invasion. On met en réquisition les logements vacants, et l'on abrite une quantité considérable de malheureux dans les wagons qui, heureusement, encombrent toutes les gares.

Je visite ces installations sommaires et je me demande ce qu'il faut le plus admirer, ou de la bienfaisance sincère du gouvernement ou de la résignation stoïque des assistés. Cependant le dénûment est si profond et les besoins de la population suburbaine se multiplient tellement, au fur et à mesure que les soirées deviennent fraîches, qu'il est bien difficile de sécher toutes les larmes ! Les réfugiés songent alors à se séparer de ce que l'on appelle « les bouches inutiles », et le Dépôt hospitalise les enfants infirmes, faibles d'esprit, arriérés, imbéciles, épileptiques ou idiots, qui jusque-là sont restés sous l'aile protectrice de la mère, ainsi que les vieillards affaiblis, décrépits, paralytiques, déments ou gâteux, sur lesquels ont toujours veillé, dans des temps moins durs, les institutions de bienfaisance, la charité privée ou une filiale commisération.

Un sérieux embarras survient : l'administration générale de l'Assistance publique doit, aux approches de l'ennemi, faire évacuer les hospices et maisons de secours de la banlieue et assurer une indemnité quotidienne en argent à tous ses pensionnaires. La population invalide s'accroît d'autant.

Il importe de faire ici un rapprochement. A Paris, les ouvriers ne conservent pas et n'assistent pas à domicile leurs ascendants ; ils les font placer dans les salles de la vieillesse, à Bicêtre et à la Salpêtrière, dans les quartiers d'incurables, à Ivry, dans les établissements des Petites Sœurs des pauvres ou dans les grands dépôts de mendicité de Villers-Cotterets ou de Saint-Denis. Les suburbains, au contraire, logés en général d'une façon plus spacieuse, gardent avec eux les septuagénaires et les octogénaires, et lorsque ces derniers sont encore un peu valides, ils les occupent à des menus travaux, soit au jardin, soit aux champs, ou leur confient la surveillance et le soin des bestiaux. Les réfugiés entrent donc à Paris avec leurs ascendants ; mais les événements rendent difficiles et onéreux les secours de la famille. A charge à leurs enfants et à charge à eux-mêmes, les vieillards tombent nécessairement à la charge de la ville. Le Dépôt leur ouvre ses portes et le médecin peut étudier à ce moment l'usure cérébrale sénile à toutes ses périodes de dégradation progressive, depuis la simple diminution intellectuelle jusqu'à l'abolition des instincts.

Les suburbains fournissent assez peu de cas d'aliénation mentale aiguë. Je dois cependant une mention particulière à R..., arrêté le 16 septembre, sur un boulevard, pour scandale sur la voie publique et coups portés à l'une des personnes de l'attroupement. Cet homme est très exalté et ne veut, à aucun prix, se séparer d'un certain drapeau de Jeanne d'Arc, dont il est porteur. Je suis commis pour procéder sans retard à l'examen de son état mental. R... me raconte aussitôt que les enfants de Louis-Philippe Ier sont les descendants du geôlier Chiappini, qu'ils n'ont aucun droit comme princes de sang royal, et qu'il est, lui, *en communication parlée avec les anges.*

Je reconnais aussitôt un ancien pensionnaire de la maison de Charenton, traité par moi en 1852 et 1853, dans le service de mon maître, M. Calmeil. Il est dirigé sur l'asile Sainte-Anne, en sort au bout de deux ou trois mois, et m'intente aussitôt un procès en police correctionnelle « pour attentat à la liberté individuelle » en me demandant 10 000 fr. de dommages-intérêts ! Je fais défaut. Il plaide lui-même, déploie devant les juges ce qu'il appelle le drapeau de Jeanne d'Arc et est condamné aux dépens. Il en appelle à la Cour. Je continue à faire défaut. Il prend encore la parole, mais il ne lui est pas permis cette fois d'exhiber l'étendard de la vierge de Domremy. La Cour confirme.

Paris est investi. La garde nationale s'exerce à toute heure dans les rues au maniement du fusil ; elle s'équipe, elle s'arme, elle va monter sa faction aux fortifications. L'excitation intellectuelle est générale ; l'activité se dépense en

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 345.

démarches mal combinées, en discours inutiles, en oisiveté professionnelle coûteuse, en boissons exagérées. L'ouvrier lit les journaux, ne travaille pas, boit le montant de sa solde et entame ses économies. La femme et les enfants sont au logis ou errent dans les rues. La gêne menace, la misère se prépare.

Les sergents de ville et les gardes de Paris ont disparu depuis le 4 septembre. La garde nationale se charge de la police intérieure de la grande ville et elle arrête des individus à mine douteuse qui rôdent auprès des fortifications. La foule les prend pour des espions prussiens et menace de leur faire un mauvais parti. Ces gens sont parfois des hermaphrodites, cachant leurs incertitudes sexuelles sous des vêtements féminins, ou simplement des aliénés abandonnés à eux-mêmes et aventurant n'importe où leur inconscience pathologique.

Parmi les sujets de cette dernière catégorie, j'examine un jour un prétendu Allemand à peu près déguisé en prêtre et ayant de mystérieuses allures. Il porte une très longue barbe noire, parle avec une surprenante facilité et se présente avec un aplomb presque intimidant. C'est un missionnaire français : il est ardent, convaincu et brave, et connaît aussi bien la Chine et le Japon que Paris et l'hospice de Bicêtre. Il a été partout et plus d'une fois sa raison s'est passagèrement éclipsée. Je le trouve exalté, mais lucide et certainement inoffensif. Il revient une seconde fois, tout couvert de contusions : il a été battu auprès du donjon de Vincennes par une patrouille avinée. Je gronde ce récidiviste, je l'engage à servir comme aumônier militaire et je statue encore favorablement sur son état mental. Que devint-il? Le 24 mai 1871, à la Roquette, à sept heures quarante-cinq minutes du soir, — le premier des otages, — il était fusillé.

Tandis que la garde nationale envoie chaque jour au Dépôt des alcoolisés à tous les degrés, le gouvernement de la Défense nationale reçoit des lettres sans nombre, d'une quantité de donneurs de conseils, atteints la plupart de délire partiel ou de paralysie générale au début. Il leur accorde même des audiences. Toute la série des inventeurs y passe et les plans les plus ridicules sont proposés, soutenus et discutés.

Une nuit, à trois heures du matin, un lieutenant se présente chez le ministre des travaux publics. Il est porteur de papiers d'une importance extrême, et son entrevue avec le ministre ne peut pas souffrir une seule minute de retard. M. Dorian se lève et reçoit le visiteur, qui déroule aussitôt des dessins représentant tout un système de canons superposés, rapidement transportable d'un point à un autre, mû par une machine à vapeur, et pouvant aisément broyer 10 000 Prussiens en cinq minutes. Le ministre inscrit le nom et l'adresse de l'officier. Le lendemain, il fait prendre de ses nouvelles.

Le délire mélancolique, avec prostration, pleurs, gémissements, panophobie, hallucinations de l'ouïe, dégoût de la vie et refus d'aliments se montre chez la femme. Quelques cas paraissent très graves.

Les hémiplégiques qui, dans certains bataillons, n'ont pas pu se faire accepter comme cantiniers, plantons, secrétaires, brancardiers ou préposés divers, se trouvent sans ouvrage, sans solde, sans pain et sans asile. Le Dépôt est leur suprême ressource.

Dans la seconde quinzaine du mois de novembre et pendant le mois de décembre 1870, les populations agglomérées souffrent. La santé publique devient mauvaise. La variole sévit avec une redoutable intensité. L'hospice civil de Bicêtre, à Gentilly, bien que placé sous le feu de l'ennemi, est converti, depuis les premiers jours du siège, en hôpital militaire de varioleux, et le voici qui reçoit 150 malades par jour, sortant des rangs de l'armée ou de la garde mobile.

Le chiffre de la mortalité, à Paris, s'élève de plus en plus. Le rationnement devient chaque jour plus exigu. Les provisions s'épuisent. Les queues aux portes des cantines municipales s'allongent. Le moral de la population est très bon. Personne ne songe à se plaindre.

Au Dépôt, si le délire alcoolique est loin de diminuer chez les hommes, il est de plus en plus fréquent chez les femmes. La viande de cheval est si rare et elle coûte si cher que beaucoup de personnes trempent leur pain dans du vin ! Les troubles les plus variés apparaissent du côté de l'intelligence, des appareils des sens et de la motilité, et l'on observe un nombre très considérable d'alcoolisés subaigus, avec idées de persécution, craintes d'être poursuivi, arrêté et fusillé, hallucinations de la vue, angoisses mélancoliques lugubres, idées de suicide, insomnie absolue, etc. Le véritable délire des persécutions se remarque aussi. La paralysie générale est rare. Quelques femmes présentant déjà les signes les plus évidents d'un appauvrissement physique très marqué, sont affectées de délire mélancolique sérieux. Le défilé des démences apoplectiques et des démences séniles continue toujours.

Le combustible manque partout. Le froid est très vif. Le 25 décembre, le thermomètre descend, à Bicêtre, à — 15°,1 (et depuis longtemps il n'y a eu de feu dans aucune salle), mais il n'accuse que — 13°,6 à Paris. La variole augmente encore. Les lésions aiguës des voies respiratoires sont d'une exceptionnelle gravité. Les vieillards notamment succombent avec une rapidité anormale. Que peut donc nous apporter la prochaine année?

Le 1er janvier 1871, l'artillerie prussienne occupe une très solide position sur le plateau de Châtillon et ouvre jour et nuit un feu incessant sur Montrouge, la barrière d'Enfer, le faubourg Saint-Jacques, l'Observatoire et le Panthéon. La population de ces quartiers est épouvantée et ne dort plus ; elle déménage ou descend dans les caves, ne peut rester en place, s'abandonne à un besoin irréfléchi de mouvement et colporte les bruits les plus sinistres : « Telle maison vient de recevoir tant d'obus ; telle personne vient d'être tuée dans la rue ; le feu est à tel endroit ; le Panthéon va sauter. »

Les sujets à imaginations impressionnables, à intelligence faible, à préoccupations hypochondriaques, à tendances mélancoliques ou à menaces cérébrales héréditaires, n'offrent au péril et à toutes les conséquences du bombardement aucune résistance morale et se laissent gagner par la terreur. En proie à une panophobie réelle, à des illusions et à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, aux conceptions délirantes de l'ordre le plus lugubre, à de l'hyperesthésie cutanée et à des tremblements de tous les membres, ils arrivent à l'infirmerie spéciale près le Dépôt, le corps infléchi en avant, dans l'attitude de la plus navrante douleur, pleurant, gémissant et répétant toujours les mêmes mots : *Ah! mon Dieu, mon Dieu. — Tout est perdu! — Qu'est-ce que je vais devenir? — Mais je n'ai pas fait de mal!*

Les épileptiques, qui jusqu'à présent ont été soignés dans l'intérieur des familles, deviennent un objet d'effroi. Leurs parents se tourmentent, redoutent les émotions de la guerre. admettent sans discussion que les accidents nerveux vont

nécessairement s'aggraver et se rapprocher, et cherchent à abriter quelque part ces malheureux convulsifs. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans les salles de la rue Jenner (dépendance temporaire de la Salpêtrière), qui ont été bombardées deux fois, — en janvier par la Prusse et en mai par l'artillerie de la Commune, postée sur les hauteurs du Père-Lachaise, — je n'ai pas observé chez les épileptiques une seule attaque de plus qu'à l'ordinaire. Je n'ai noté que des attaques en moins chez les malades méthodiquement bromurés. Mais les familles ne se rendent pas à l'évidence. Je suppose qu'elles ont plus d'un motif qu'elles n'avouent pas.

Pendant tout le mois de janvier, le froid est excessif. Les nouveau-nés et les vieillards succombent dans une effrayante proportion. Il n'y a plus de lait pour les enfants et les malades. Le rationnement est d'une exiguïté lamentable. Le pain est noir. Le combustible fait défaut partout. Aux portes des cantines, des boucheries et des boulangeries municipales, l'attente est si longue que beaucoup de femmes grelottantes ne peuvent pas supporter la fatigue et la souffrance qu'entraîne une pareille station! Elles rentrent chez elles sans provision aucune, s'alimentent de la façon la plus problématique, tombent dans un état profond de dépérissement et d'adynamie, étanchent leur soif très vive avec de l'eau vineuse, et certaines d'entre elles présentent bientôt de l'incertitude intellectuelle, des illusions sensorielles et du véritable délire par inanition. Au fur et à mesure que l'on nourrit régulièrement et à peu près sainement cette catégorie si émouvante des victimes du siège, les accidents nerveux diminuent et disparaissent.

Dans l'espace de quelques jours, j'ai à examiner plusieurs cas de cet état rare que l'on désignait autrefois sous le nom de *stupidité* et que l'on appelle avec raison aujourd'hui la *mélancolie avec stupeur*. Les malades sont immobiles et insensibles; ils voient très confusément, entendent à peine, ne souffrent pas, peuvent difficilement prononcer quelques mots, et sont subjugués par un délire intérieur de nature triste dont ils ont conscience et dont ils se souviennent après leur retour à la raison. Leurs yeux sont à demi ouverts et fixes; leur salive découle de la bouche, leur intestin s'exonère involontairement. Ils ont quelquefois des hallucinations terrifiantes, et ils font alors les tentatives les plus désespérées de sévices sur eux-mêmes, de mutilation et de suicide.

Cette sorte de suspension ou d'anéantissement temporaire de toutes les facultés, dont on est témoin dans la mélancolie avec stupeur, a été signalée par les auteurs anciens et aurait été vue dans des cas de commotion profonde, d'événement extraordinaire subit, de joie excessive ou de frayeur extrême. Pinel, par exemple, a rapporté les faits que voici :

« Un artilleur, l'an deuxième de la République, propose au Comité de salut public le projet d'un canon de nouvelle invention, dont les effets devront être terribles. On en ordonne pour un certain jour l'essai à Meudon, et Robespierre écrit à son inventeur une lettre si encourageante que celui-ci reste comme immobile à cette lecture et qu'il est bientôt envoyé à Bicêtre, dans un état complet d'idiotisme. A la même époque, deux jeunes réquisitionnaires partent pour l'armée, et, dans une action sanglante, l'un d'entre eux est tué d'un coup de feu à côté de son frère, l'autre reste immobile et comme une statue à ce spectacle. Quelques jours après, on le fait emmener dans cet état à la maison paternelle; son arrivée fait la même impression sur le troisième fils de la même famille. La nouvelle de la mort d'un de ses frères et l'aliénation de l'autre le jettent dans une telle consternation et dans une telle stupeur que rien ne réalisait mieux cette immobilité glacée d'effroi qu'ont peinte tant de peintres anciens et modernes. J'ai eu longtemps sous les yeux, ajoute Pinel, ces deux frères infortunés, dans les infirmeries de Bicêtre, et ce qui était encore plus déchirant, j'ai vu le père venir pleurer sur ces tristes restes de son ancienne famille. »

Les souffrances des habitants atteignent aux plus hautes limites. Chacun souffre; personne ne dit mot. Le patriotisme est admirable. Paris donne un grand exemple au monde.

DIPHTHÉRIE

TRAITEMENT PAR LES FUMIGATIONS ANTISEPTIQUES. — MORT

Par M. le docteur Bouchard (de Saumur).

Depuis huit ou dix jours, à la suite d'une journée passée à jouer au soleil, dans un terrain de manœuvres humide de l'École de cavalerie, le nommé L..., âgé de vingt-sept mois, avait eu de la fièvre, pas d'appétit, quelques épistaxis, de mauvais sommeils et de la toux qu'on considérait comme un peu de rhume contracté sous l'influence du soleil de mars.

Cet état persistanl toujours et semblant s'aggraver, les parents me firent demander le 1er avril à huit heures du soir.

A ma visite, qui eut lieu vers neuf heures, je trouvai l'enfant très abattu, en proie à une fièvre intense, et ayant de la toux. Il ne voulait prendre aucun aliment ni aucune boisson, si ce n'est du lait froid.

L'examen des différents organes et l'auscultation ne me révélèrent aucune affection pouvant expliquer l'état de l'enfant. Un engorgement sous-maxillaire gauche et l'examen de la gorge me fit constater la présence de fausses membranes recouvrant les amygdales, surtout celle de gauche, et la luette. Pas de sifflement laryngien, aucun symptôme thoracique, pas de traces de fausses membranes dans les fosses nasales.

A cause de l'état avancé de la nuit et de la difficulté de se procurer les choses nécessaires pour soumettre l'enfant aux fumigations antiseptiques, je crus pouvoir remettre le traitement au lendemain matin, et je ne prescrivis que des attouchements sur les plaques de la gorge, avec un pinceau imbibé de jus de citron, alternativement avec de l'eau de chaux à la glycérine phéniquée.

Le 2 avril, à sept heures du matin, l'état ne me semble pas s'être aggravé d'une façon appréciable. Je fis continuer le même traitement et mettre l'enfant au milieu d'une atmosphère phéniquée avec une température de 23 à 25 degrés centigrades. A deux heures après-midi, la toux est un peu voilée et légèrement rauque, sans sifflement laryngien.

Six heures du soir, la toux offre toujours de la raucité, et il existe un peu de sifflement du larynx. Les plaques diphthéritiques de la gorge ne sont pas plus étendues, mais elles ont une couleur grisâtre. L'engorgement sous-maxillaire s'étend à la glande parotide. Aucun autre symptôme du côté de la poitrine. Potion avec 1 gramme de fleur de soufre.

A neuf heures du soir, on m'envoie chercher en toute hâte; le petit malade avait eu, quelques instants avant, un accès de suffocation à la suite duquel la famille le croyait mort. Il avait eu du reste, depuis ma visite, une respiration plus bruyante.

Je le trouve en pleine période asphyxique avec du tirage, une respiration saccadée s'interrompant de temps en temps. Il se tourne en tous sens dans son lit, repousse les couvertures avec ses pieds, cherche l'air qui lui manque, et, par son agitation, il exprime toute son angoisse. Il refuse toute boisson, même le lait, qu'il avait pris jusque-là avec un certain plaisir.

Pour ne pas laisser mourir l'enfant dans la nuit, sans avoir tenté de le sauver par un autre moyen que les fumigations antiseptiques, mais ne conservant qu'un bien faible espoir de guérison, la

trachéotomie est pratiquée au milieu des vapeurs antiseptiques, à dix heures du soir, avec l'aide de M. le docteur Renou. Après l'ouverture de la trachée, l'enfant expulse par la plaie une fausse membrane grisâtre. La canule est placée avec une certaine difficulté.

La nuit a été assez bonne, l'enfant a bien reposé, et, malgré la respiration qui se fait librement par la canule, il a eu, à six heures et demie du matin, un petit accès de suffocation.

A sept heures et demie, calme, respiration régulière, pouls bon. Je prescris 20 centigrammes de sulfate de quinine, à prendre dans la journée, dissous dans du café sucré, additionné de quelques gouttes de cognac. De temps en temps, on donne un peu de vin de Malaga, de vin de Bordeaux sucré et du lait.

On continue sans interruption le dégagement des vapeurs antiseptiques dans les rideaux du lit, en maintenant la température de 23 à 25 degrés centigrades.

A une heure et demie de l'après-midi, la toux est sèche, et c'est à peine s'il sort quelques mucosités par la canule. Le pouls et la respiration sont toujours réguliers.

A six heures et demie du soir, je fais la toilette du cou. Il y a un peu d'agitation, une toux plus sèche, et la respiration légèrement embarrassée.

L'agitation va sans cesse en augmentant pendant la nuit, le petit malade cherche à plusieurs reprises à arracher la canule et à enlever tout ce qui se trouve autour de son cou. A l'agitation succède un profond abattement et il expire le 3 avril, à cinq heures du matin.

Je me suis évidemment trouvé en présence d'un de ces cas de diphthérie à marche rapide et foudroyante, contre lesquels tout traitement reste sans effet. La couleur grisâtre des fausses membranes nous avait fait pressentir, au docteur Renou et à moi, une terminaison fatale.

L'évolution rapide, l'asphyxie brusque survenue avant l'opération, quand, trois heures auparavant, rien ne la faisait pressentir, la respiration saccadée, ont été autant de symptômes qui nous ont fait redouter une issue funeste et rapide.

La terminaison a malheureusement confirmé notre pronostic.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 avril 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Ablation des centres moteurs. — M. DUPUY présente un chien chez lequel il a enlevé les centres moteurs. Ce chien jouit de tous ses mouvements. M. Dupuy se propose d'en faire l'autopsie devant la commission nommée dans la dernière séance.

M. LABORDE fait observer que ce chien présente une certaine ataxie dans la marche.

Méthode de réfrigération. — M. DEJERINE présente, de la part de M. de Souza, une note sur une nouvelle méthode de réfrigération des malades, qui consiste à modifier simplement la température de la chambre et à diminuer le nombre des vêtements ou des couvertures. M. de Souza a obtenu de très bons résultats de ce moyen chez un tuberculeux fébricitant, qu'aucun des médicaments antipyrétiques n'avait pu soulager.

Paralysie radiale par compression. — M. DEJERINE, en son nom et au nom de M. Vulpian, fait connaître les résultats de leurs recherches sur six malades qu'ils ont observés en deux ans, et qui étaient atteints de paralysie radiale par compression. La cause de cette paralysie est toujours la même : elle apparaît à la suite d'un sommeil prolongé ou en état d'ivresse, la tête étant appuyée sur le bras, dans une mauvaise position. Elle frappe tous les muscles, sauf le triceps, qui échappe ordinairement à la compression.

La durée est toujours très longue, au moins de cinq à six mois. MM. Vulpian et Dejerine ont recherché l'état de l'excitabilité du nerf radial : l'excitabilité de ce nerf par les courants faradiques est absolument normale. Si l'on excite au-dessus du point de la compression, il n'y a pas trace de contraction dans les muscles. La nutrition de ces mucles n'est pas altérée ; ils ne sont nullement atrophiés, sauf pourtant le long supinateur, qui diminue légèrement de volume. En outre, ce muscle présente les troubles de l'excitabilité faradique avec la réaction de la dégénérescence. Cela peut s'expliquer par ce fait que la compression s'exerce davantage sur le nerf du long supinateur, à cause de sa superficialité. Il n'y a pas de sensations douloureuses dans le membre atteint de cette forme de paralysie. Celle-ci présente donc quelque chose de spécial : un nerf qui ne laisse pas passer la volonté et qui conserve son excitabilité faradique.

MM. Vulpian et Dejerine ont cherché à reproduire cette paralysie sur les animaux; ils ne sont pas parvenus à obtenir cette particularité toute spéciale. La clinique se trouve donc en désaccord sur ce point avec la pathologie expérimentale. Il doit cependant exister une lésion; mais celle-ci ne porte certainement pas sur le cylindre-axe. Cette lésion, quelle qu'elle soit, n'a pu être déterminée jusqu'ici, attendu qu'on n'a pas eu encore l'occasion de faire l'autopsie de malades atteints de paralysie radiale par compression.

M. BROWN-SÉQUARD pense qu'il s'agit dans ces cas d'une excitation périphérique qui va produire une inhibition sur la moelle. La compression, insuffisante pour amener une dégénérescence du nerf, est suffisante pour produire un effet sur les centres nerveux. Il est probable qu'on trouverait, chez ces malades, des altérations secondaires de la moelle ; car c'est là une règle générale à chaque fois qu'il se produit une action dynamogénique ou inhibitoire, il se fait des altérations secondaires de la moelle. C'est donc de ce côté qu'il faut diriger les recherches dans les expériences sur les animaux; mais il faut avoir soin que la compression n'altère ni la peau ni les tissus sous-jacents.

M. D'ARSONVAL demande ce que devient le tonus musculaire dans la paralysie radiale par compression, et quels sont les renseignements fournis par le microphone.

M. DEJERINE répond qu'il tiendra compte des observations de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.

Nourriture des tortues marines. — M. POUCHET rappelle qu'on s'est longtemps demandé comment pouvaient se nourrir les tortues marines. Il a pu examiner l'estomac d'un grand nombre de ces tortues qui lui ont été données par le prince héréditaire de Monaco au retour d'un long voyage en mer. Il y a trouvé toutes sortes de substances animales et végétales qui prouvent que ces tortues se nourrissent de tout ce qu'elles trouvent, plantes marines, épaves de toutes sortes, etc.

Action physiologique de l'hypnone. — M. QUINQUAUD fait une communication relative à l'action de l'hypnone sur le sang. Il a fait ces recherches en collaboration avec M. Laborde. Sous l'influence d'une injection dans le torrent circulatoire, de 2 à 3 centimètres cubes d'hypnone, chez un chien, on constate toujours une augmentation de l'acide carbonique dans le sang artériel ; on constate également une plus grande consommation d'oxygène. On obtient donc les phénomènes d'asphyxie quand la dose est suffisante. L'action de l'hypnone sur le sang se traduit donc surtout par des phénomènes d'asphyxie. La fonction glycogénique du sang est doublée. Tous les animaux qui ont servi à ces expériences ont succombé. Il faut donc manier cette substance, dans la pratique, avec la plus grande prudence.

M. LABORDE fait observer que ces résultats confirment l'opinion qu'il a plusieurs fois émise, à savoir que l'hypnone ne produit le sommeil que par asphyxie. Il faut une dose toxique pour produire le sommeil ; c'est, par suite, une substance dont il faut se méfier.

Action des agents physiques sur la marche de la fermentation. — M. REGNARD a étudié, avec plus de précision qu'on n'a pu le faire jusqu'ici, l'action de la pression, de la lumière, de la chaleur, du magnétisme et de l'électricité sur la fermentation. L'électricité statique est sans action sur la fermentation; l'électricité dynamique tue le protoplasma, et empêche, par conséquent, la fermentation; la lumière l'active; le magnétisme est sans action quand il est faible, il la diminue quand il est très fort. Les températures élevées, au-dessus de 35 à 40 degrés, la ralentissent; les températures basses, inférieures à 40 degrés au-dessous de 0, tuent toujours la levure de bière.

Mécanisme du second temps de la déglutition. — M. LABORDE fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXXI

MES EXCURSIONS SCIENTIFIQUES AUX PYRÉNÉES.

1816-1863.

Pendant les quarante-sept années écoulées de 1816 à 1863, c'est-à-dire pendant mon âge mûr et pendant ma vieillesse non encore décrépite, j'ai ajouté huit excursions pyrénéennes aux trois que j'avais faites dans ma fervente jeunesse, 1796-1797-1799. Je vais relater successivement ces heureux voyages, en particulier ceux que je n'ai pas publiés.

1816.

J'ai raconté ce voyage tout médical dans le chapitre des souvenirs de ma pratique médicale.

1819. *Eaux-Bonnes, pic de Gère, pic d'Ossau, pic Amoulat.*

Le 3 août, je partis avec ma sœur aînée pour les Eaux-Bonnes, où je séjournai trois semaines; j'y fis la connaissance d'un confrère fort instruit, le docteur Roques (de Condom), arrivé en même temps que moi. Nous fîmes ensemble plusieurs excursions botaniques aux Eaux-Chaudes, par le Gourzy, à la coume de Balourd, au pic de Gère, point culminant des environs de la station thermale.

J'avais donné rendez-vous à M. de Lafrenaye et je fis avec lui et M. de Saint-Aubin, amateur de courses sans but, une lointaine excursion au pic de Gère. Nous avions pris, pour ma seconde tentative, un guide nommé Tuquet, porteur de nos provisions de bouche. Au lieu de remonter le torrent, comme je l'avais fait l'avant-veille, nous prîmes une gorge à droite, laissant à notre gauche une forêt de sapins où l'on fait des planches et des latefeuilles pour les toitures d'ardoises; nous passâmes à la base d'une crête rocheuse singulièrement crénelée et déchirée, connue sous le nom de *Coume d'Aas*. Après un rafraîchissement lacté dans une cabane de pasteurs, nous gravissons une pente assez escarpée et, dans le lit d'un torrent dont l'eau était limpide, nous faisons la halte déjeunatoire; un épais brouillard envahissait la montagne; notre guide alarmé déclare qu'avec cette brume l'ascension est impossible; néanmoins je partis en avant pour reconnaître le terrain; on pouvait encore distinguer les objets à vingt-cinq pas. Après un passage très escarpé et nu, je rencontrai des mottes de gazon et des débris de rochers peu mobiles; je hêlai mes compagnons que le guide eut la lâcheté de ne pas suivre; pleins de confiance et de gaieté, rencontrant à tout instant ou des plantes ou des insectes qui excitaient et nos forces et notre constance, nous continuâmes notre marche ascendante. De temps en temps le soleil perçait la brume et nous apercevions, en haut, la tête arrondie du pic de Gère, qui dominait tous les autres sommets. Le brouillard devenait ensuite de plus en plus dense. Dans la perspective d'une retraite forcée, je conseillai de jalonner notre route avec nos mouchoirs, nos cravates et aussi des pyramides de pierres ou rocailles soulevées pour nos recherches. Après avoir dépassé des nappes de neige et des *puits à choucas*, nous vîmes avec bonheur la brume diminuer à mesure que nous nous élevions et le ciel serein reparaître; nous étions encore à une heure du but de notre ascension; nous rejoignîmes des troupeaux en pacage, et le vaste panorama dont nos yeux furent réjouis renouvela nos forces; nous étions sur une crête qui dominait les pâturages d'*Anouillasse;* la chaîne des Pyrénées espagnoles était en vue; le pic d'Ossau s'élevait majestueusement au milieu de toutes ces crêtes, de tous ces pics affreusement dénudés. Le pic de Gère, que les pasteurs nous désignèrent sous le nom de *pic d'Ar*, paraît comme pourfendu et bifide. Guidés par un berger qui nous avait promis le spectacle d'un défilé d'isards, nous nous approchons d'un escarpement considérable qui domine un bas-fond aride formant la base du pic; aussitôt, deux bandes d'isards se présentèrent en perspective : l'une composée de 26 de ces agiles animaux, qui gravirent d'inaccessibles rochers; l'autre, moins nombreuse, vint passer à portée de carabine et disparut dans les gorges en faisant ébouler des rocailles avec un bruit retentissant.

Le pasteur nous assura que l'ascension au delà du point où nous étions parvenus était impossible et nous conseilla de retourner à Bonnes par la gorge d'Anouillasse et par les pentes occidentales du pic de Gère. On fit sans regret le sacrifice des mouchoirs jalons; la fin du jour approchait; nous descendîmes au pas accéléré les interminables pelouses d'Anouillasse et de Balourd, en poussant de temps en temps des cris à la montagnarde pour rassurer de loin nos amis du hameau thermal : le guide poltron avait répandu des bruits sinistres sur notre compte; on s'empressa de venir à notre rencontre. Nous avions marché pendant quatorze heures.

Il faut battre le fer quand il est chaud.

Depuis mon adolescence, j'avais, pour ainsi dire, le pic d'Ossau dans la tête, et parce que je voyais journellement sa cime fourchue et parce que ce pic du Midi, le plus occidental, a été regardé comme inaccessible par Palasson et Ramond.

Profitant de mon paroxysme de gymnastique ascensionnelle, j'organisai cette expédition avec l'aide de M. Lafont, entrepreneur de l'exploitation des sapins pour la mâture à Gabas; nous prîmes deux guides.

Le premier jour nous couchâmes à la *Case de Broussette*; le lendemain, à trois heures du matin, c'est-à-dire de nuit, notre caravane se mit en marche pour l'escalade du pic par la route de *Pombie* et du *col de Suzon.* Halte sur une crête schisteuse, près d'une pente herbeuse où on laisse les chevaux au pacage; incident d'une chasse aux isards, dont un est abattu par la carabine d'un des guides. On quitte les souliers pour marcher plus sûrement avec bas ou espadrilles le long des pentes en escalier, à travers des fentes et des blocs granitiques; enfin mon pied parvint à fouler la tête orgueilleuse de la colossale éminence granitique, jusqu'alors vierge de la visite d'un naturaliste. (Voir la relation imprimée de cette excursion dans ma brochure : *Souvenirs et impressions de voyage aux Pyrénées.*)

A peine de retour de l'ascension du pic d'Ossau, qui exigea dix-neuf heures, du 19 au 20 août, le 23, à cinq heures du matin, je partis avec l'un de nos guides, Jacques Clabère (de Laruns), qui m'avait donné des preuves de courage et de dévouement, pour tenter l'escalade du pic Amoulat; il ne connaissait pas pratiquement la région montueuse de ce pic; mais nous avions tous les deux foi dans nos jambes et dans notre audace. Jamais excursion ne s'accompagna de plus graves dangers et d'une situation plus affreuse; c'est miracle que nous soyons revenus sains et saufs. (Voir la relation imprimée : « Lettres à M. le docteur Grateloup, sur des excursions au pic d'Anie et au pic Amoulat. » *Actes de la Société Linnéenne de Bordeaux*, tome VIII, 1836.)

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 317.

1820. *Montagnes maudites.*

En novembre 1819, le ministre de l'Intérieur, sur la demande bienveillante de mon ami, le professeur de botanique Mirbel, me fit remettre 500 francs pour les frais d'une excursion scientifique aux Pyrénées, que je réalisai en juillet 1820. J'explorai d'abord les environs de Bagnères-de-Luchon, je fis la longue course du lac d'Oo, puis celle de la *Vallée du Lys*, en doublant la montagne de *Superbagnères*. Du sommet de celle-ci, la vue embrasse le glacier de Nethou, le plus vaste des Pyrénées, le manteau neigeux du *Port d'Oo*, le majestueux pic *Cuayrat*, colossale pyramide isolée, et la *Bacanère*, sommet culminant de l'immense groupe des monts de la contrée. Je brûlais du désir d'escalader le *Pic de Nethou*, la cime la plus haute de la chaîne (3400 mètres, d'après les évaluations les plus récentes) qui jusqu'alors avait fait reculer et Ramond et les plus intrépides naturalistes. Une coïncidence fortuite et des plus heureuses pour moi me fit rencontrer à Luchon le célèbre Reboul (de l'Institut), ancien ami de Ramond, géologue aussi aimable qu'instruit. Nous formâmes le projet de reconnaître ensemble l'éminence si rebelle aux tentatives des explorateurs. Nous employâmes trois jours à parcourir les versants septentrionaux de la Maladetta et quatre jours sur les versants méridionaux [ou espagnols. Malgré d'incroyables efforts, nous ne pûmes atteindre le glacier qui s'étend jusqu'au sommet du pic. (Voir le récit imprimé de cette double tentative dans mes *Lettres à Palasson sur les Montagnes maudites; Souterrains de Maestricht*, par Bory-de-Saint-Vincent et dans mes *Souvenirs et impressions de voyage aux Pyrénées*.)

1824. *Mouné de Cauterets.*

En août 1824, je séjournai à Cauterets douze jours, avec ma femme et ma sœur. Je fis l'escalade du *Mouné*, qui est un des hauts sommets de la chaîne, au nord-ouest de Cauterets, au delà du torrent; j'espérais y faire une bonne moisson botanique. Accompagné par un guide renommé, je marchai pendant treize heures pour monter par les pelouses de l'est jusqu'à la roche du sommet et redescendre à Cauterets par la pente opposée, très rocailleuse. Je ne rapportai de cette excursion que de la fatigue et pas une plante digne de mention; c'est une ascension de simple touriste. De ce bel observatoire, la vue s'étend sur les plaines de Tarbes et du Béarn du côté de l'ouest, sur plusieurs pics et les cimes du Viguemale à l'horizon du sud; Cauterets se profile au fond d'un large précipice verdoyant; les vapeurs qui environnent souvent le sommet du Mouné sont le baromètre du pays.

J'étais à Cauterets, lorsque les journaux annoncèrent la mort tragique du guide Barreau, qui, en conduisant deux ingénieurs des mines, MM. Charpentier et Cordier au pic de Nethou, tomba au fond d'une crevasse où il périt; il avait négligé de s'attacher par une corde à ses compagnons; ce malheureux Barreau avait été l'un de nos guides lors de notre tentative d'ascension au pic de Nethou avec Reboul.

1833. *Pic d'Anie.*

Le 14 juillet j'entrepris l'ascension depuis longtemps projetée du pic d'Anie. Le sommet pointu et culminant de ce pic est visible de Saint-Sever, à droite du pic fourchu ou pic du Midi d'Ossau. Il s'élève de la vallée d'Aspe et domine le village de Lescun d'où je fis l'ascension en compagnie de MM. de Verneuil, géologue, de l'Institut, François Planté (d'Orthez) et le docteur Lubet (de Hagetmau). Cette pérégrination se fit en six jours et fut très productive pour l'histoire naturelle. On en trouvera la relation imprimée dans les *Actes de la Société linnéenne de Bordeaux*, 1833.

1841. *Eaux-Bonnes.*

Vers la fin de juillet, je fis un court voyage aux Eaux-Bonnes avec ma fille aînée; le but principal de ce voyage était de revoir mon excellent et savant ami Audouin et sa femme. J'étais loin de penser qu'avant la fin de cette même année, Audouin devait succomber aux atteintes d'un ramollissement du cerveau. Dans une longue excursion que je fis avec mon ami, il ne me fut pas difficile de constater que ses facultés intellectuelles s'altéraient. Le 30 juillet, je fis avec ma fille une course de cinq heures du côté des allées Jacqueminot; je reçus la visite de mon ancien guide Clabère qui m'avait accompagné au pic Amoulat.

1843-1844. — *Pic du Midi de Bigorre.*

En septembre 1843, j'exécutai avec mes deux fils, élèves de rhétorique au lycée de Bordeaux, mon ami Édouard Perris et un avocat botaniste de Tarbes, les excursions successives de Gavarnie, Héas, Pic du Midi de Bigorre. En 1844, je renouvelai mon ascension à ce dernier sommet que Ramond avait escaladé plus de trente fois. J'étais accompagné par M. de Lugo (Philippe), botaniste ardent de Bagnères-Adour, Deville (de Tarbes) et Laboulbène (d'Agen). Celui-ci, jeune bachelier, devait se rendre l'année suivante avec mes fils, et sous ma conduite, à Paris, pour étudier la médecine. Ma fille aînée avait aussi voulu prendre sa part de cette belle excursion. [Voir les *Souvenirs et impressions de voyage sur des excursions pyrénéennes, à Gavarnie, Héas, Pic du Midi, Montagnes maudites, Pic d'Ossau, Lac bleu*, adressés à M. Massey. — *Actes* de la Société linnéenne de Bordeaux, t. XV, 1847-1849. (Tirage à part 1848)].

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 avril 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Huguenard, de Santi et Audiguier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats aux examens qui seront appelés du 3 au 8 mai recevront leur lettre de convocation, jeudi prochain, 22 avril 1886.

— *Hôpitaux de Lyon.* — A la suite d'un très brillant concours, M. le docteur Audry a été proclamé médecin des hôpitaux. M. le docteur Audry avait obtenu 214 points et M. Dufourt 213.

— M. le docteur Legras, ancien interne des hôpitaux, ex-inspecteur des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé deuxième médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la Préfecture de police, en remplacement de M. le docteur Ch. Féré, démissionnaire.

— Le Conseil municipal de la ville de Thiers voulant laisser un souvenir de leur dévouement aux médecins, dames de l'hospice et élèves en médecine qui se sont distingués lors de la catastrophe du 10 juin 1885, vient de décider que des médailles commémoratives seraient délivrées :

Médailles en vermeil. — A MM. les docteurs Dumas et Guillemot, de Thiers; Pojolat, Ledru et Laussedat, de Clermont; aux dames de l'hospice de Thiers.

Médailles de bronze. — A MM. Guimbal, vétérinaire à Thiers; Grasset, Mallet et Vaton, élèves en médecine, qui sont venus de Clermont offrir spontanément leur concours.

— M. le docteur A. Ferret, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, ancien médecin adjoint de la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'étudier dans les principales Universités de ces pays l'enseignement de la chirurgie et de l'ophthalmologie.

— Les séances du quatrième congrès de la Société française d'ophthalmologie auront lieu dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, les mardi 27 avril et jours suivants, à neuf heures du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19412.

74

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux..................; Chlorure de sodium..................; Matières organiques..................	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

91

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

90

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

QUINA-LAROCHE PHOSPHATÉ

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

J. Laroche

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT
au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux.
Phie Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

8

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

22

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(*PEPSINE VÉGÉTALE* tirée du Carica-Papaya)

EST LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU
(*Voir les travaux de MM. Wurtz et Bouchut.*)

Le SIROP ou l'ÉLIXIR de PAPAÏNE TROUETTE-PERRET rend les plus grands services et guérit rapidement les *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Vomissements, Diarrhées lientériques*, et est le meilleur médicament dans tous les cas où la Pepsine ou la Diastase peuvent être ordonnées.

Les doses habituelles sont : Un verre à liqueur de *Sirop* ou d'*Élixir* ou DEUX CACHETS à prendre immédiatement après chacun des principaux repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Dépôt. — E. Mazier, 264, Bard Voltaire, Paris.

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDÉ,
Lauréat de l'Acad. de méd. (*Prix Orfila*).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rhythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies** et **besoins circulatoires.**

Dosage. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.

Mode d'emploi. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*

Dépôt. — Phie A. Houdé, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

19

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu de Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle.	(no 1)	pr enfants :	7c 1/2
Grand modèle. . . .	(no 2)	pr enfants :	9c 1/2
Modèle supérieur . .	(no 3)	pr adultes :	12 cent.
Grand modèle supér.	(no 4)	pr adultes :	15c 1/2

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : M. Margier, pharm. à Privas.

80

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

24

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

Dosage. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Mode d'emploi. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. Houdé, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

19

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 48. — JEUDI 22 AVRIL 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 22 AVRIL 1886. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HÔPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans cette séance, dont l'ordre du jour était très chargé, M. Béchamp a pu, non sans exprimer à plusieurs reprises le regret d'être obligé de se concentrer le plus possible, terminer son argumentation. On se rappellera, sans doute, qu'il avait annoncé, en commençant, devoir traiter en quatre parties les quatre sujets suivants : une étude sur les matières albuminoïdes et sur leurs transformations; une étude sur l'origine des vibrioniens en général, considérés dans leurs rapports avec la physiologie; la nutrition selon la théorie du microzyma, et l'application de la théorie à la pathologie ou les leucomaïnes, les microzymas et la pathologie. Les deux premiers points ont été développés dans la séance précédente; nous en avons donné une très sommaire analyse dans notre compte rendu. Les troisième et quatrième, la nutrition selon la théorie du microzyma et l'application de la théorie à la pathologie, ont fait le sujet de son discours d'hier, dans lequel il n'a pu entrer dans tous les développements qu'il aurait désiré donner à ces deux points importants, pressé qu'il était par le temps et par les exigences de l'ordre du jour. Il est probable que M. Gautier, plusieurs fois mis en cause dans cette argumentation, répondra à M. Béchamp, et nous nous trouverons par conséquent dans la nécessité de reprendre et de résumer quelques points de ce débat, incident dans la grande question des théories microbiennes, et qui s'est en quelque sorte substitué au fond, pour prendre momentanément la première place. En attendant, nous renvoyons les lecteurs au compte rendu de la séance, où nous reproduisons les conclusions qui résument l'ensemble de cette savante communication.

On trouvera également au compte rendu le résumé d'une courte note de M. Hergott (de Nancy) sur un sujet afférent à la grande discussion pendante : l'utilité de l'antiseptie dans les opérations chirurgicales et obstétricales et la part qu'il convient d'attribuer dans ces heureux résultats à la théorie microbienne. Moins convaincu ou moins enthousiaste à cet égard que ses deux collègues de l'Académie, MM. Guéniot et Charpentier, le savant professeur de la Faculté de Nancy nous a paru se rapprocher plutôt du scepticisme de M. Le Fort et de quelques autres membres de la Compagnie qui ont déjà manifesté à plusieurs fois les velléités, sinon de s'insurger, du moins de se garantir contre ce que l'on a appelé, non sans quelque raison, la tyrannie du microbe. Avec un grand sens pratique, il a pris place, à côté de quelques-uns de ceux qui l'ont précédé dans cette discussion, sur le véritable terrain de la question, en faisant intervenir, dans le problème, avec le facteur objectif, l'agent virulent ou contaminant, le facteur subjectif ou le sujet contaminable, avec les conditions de réceptivité ou de résistance.

Nous signalerons encore dans le compte rendu les deux intéressantes communications de M. Brouardel sur le parallèle des digitalines françaises et des digitalines allemandes, et de M. Javal sur les dangers de l'emploi de la cocaïne dans le glaucome.

La séance a été terminée par une lecture de M. Duguet sur un point d'histologie qui se rattache aussi à la grande question du jour, la nature mycosique de la tuberculose. Ce travail ayant été renvoyé à l'examen d'une commission, nous avons cru devoir nous abstenir pour le moment d'en présenter une analyse.

L'Académie a élu dans cette séance un savant qui y avait depuis longtemps marqué sa place, M. Ranvier.

LE SECRET MÉDICAL

Par M. le docteur Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris.

L'Association des médecins de France, sur la proposition de M. Langlet, ancien directeur du bureau d'hygiène de Reims, doit examiner comment on pourrait concilier l'inviolabilité du secret professionnel avec l'établissement d'un état sanitaire des villes, d'une statistique des causes de décès.

I

Ainsi que M. Langlet l'expliquait dans son rapport préliminaire, on peut dire que, dans les grandes villes, la question est résolue. Au contraire, elle est parfois très délicate dans les petites villes. Nous étudierons donc successivement l'organisation statistique dans les grandes et dans les petites villes.

A Paris, par exemple, la question a été résolue par l'Académie de médecine, et résolue d'une façon tellement satisfaisante que jamais l'organisation actuelle — qui en est à sa septième année d'existence — n'a présenté le moindre inconvénient.

La statistique des causes de décès à Paris est établie tous les huit jours au moyen des bulletins remplis par les médecins de l'état civil. On sait quelle est la fonction des médecins de l'état civil :

leur devoir consiste à s'assurer que la mort des décédés a été naturelle; pour cela, ils doivent rechercher quelle a été la cause de la mort, et ils doivent marquer sur leurs certificats le résultat de cette recherche. Telle est la raison d'être des médecins vérificateurs des décès, et c'est pour cela qu'ils ont été créés, il y a bientôt soixante ans. Ils n'ont pas de confidences à recevoir, mais ils doivent, au contraire, faire une enquête et en rendre compte à l'administration qui les a délégués. C'est le résultat de cette enquête qui sert à constituer la statistique sanitaire hebdomadaire.

L'administration est tellement soucieuse de ménager toutes les susceptibilités que, quoique ces bulletins ne résultent pas d'une confidence, mais d'une enquête, elle n'a pas voulu qu'ils fussent personnels. Ils ne portent donc aucun nom propre, mais seulement un numéro d'ordre destiné à éviter les omissions.

C'est avec raison qu'on a pris cette décision, car les noms propres ne sont pas utiles à l'établissement d'une statistique; il valait donc mieux les supprimer. J'ajoute d'ailleurs que le secret professionnel existe pour l'administration exactement comme pour le médecin.

Une statistique sanitaire faite à l'aide des certificats des médecins de l'état civil aurait, à elle seule, une grande valeur. Depuis 1817 jusqu'en 1865, et surtout depuis 1865 jusqu'en 1880, les statistiques sanitaires de la ville de Paris n'ont pas eu d'autre origine, et pourtant celles de la période 1865-1880 offrent un grand intérêt.

Mais, en 1880, on a voulu mieux faire, et obtenir le concours des médecins traitants, pour mieux fixer le diagnostic des causes de décès. L'Académie de médecine consultée a donné au projet sa pleine approbation; mais, en même temps, elle proposait des mesures propres à assurer l'inviolabilité du secret médical. Ces mesures ont été adoptées après mûre discussion, et l'expérience a montré qu'elles ne laissaient rien à désirer.

Voici en quoi elles consistent : la mairie du décédé envoie au médecin traitant une lettre par laquelle on le prie de vouloir bien, *s'il le juge à propos*, indiquer sur un bulletin *anonyme* joint à la lettre la cause de mort de tel ou tel décédé. Si le médecin, pour une raison quelconque, ne veut pas répondre, il en est parfaitement libre; dans ce cas, le service de statistique se contente du diagnostic formulé par le médecin de l'état civil. Si, au contraire, le médecin juge à propos de répondre (ce qui arrive dans la majorité des cas), il est parfaitement certain que son diagnostic restera secret, puisque le bulletin est anonyme.

« Point du tout, a-t-on dit, car il y a un numéro d'ordre sur ce bulletin soi-disant anonyme! Ce numéro d'ordre répond à un nom propre! » C'est là une erreur évidente : le numéro d'ordre dont on se plaint répond, non pas à un nom propre (*car aucun nom propre n'est connu au service de statistique*), mais à un autre numéro d'ordre, c'est-à-dire à celui du bulletin du médecin de l'état civil. C'est par ce numéro d'ordre que la comparaison des deux diagnostics peut s'établir.

Je ne puis reproduire ici la longue discussion de l'Académie de médecine, mais j'engage ceux de mes lecteurs qui conserveraient des doutes sur l'efficacité du système à la lire (3 juin-22 juillet-29 juillet 1879). L'Académie n'a fait d'ailleurs qu'appliquer les principes qu'elle avait déjà formulés en 1857.

Ce mécanisme est très simple et très sûr. Il en est, je le répète, à sa septième année d'existence; jamais il n'a donné lieu à un seul abus. Oui, je défie que l'on m'en cite un seul!

Il n'y en a pas eu, pour plusieurs motifs : d'abord parce que le secret professionnel existe aussi bien pour le chef de la statistique que pour ses autres confrères, et aussi parce que, même s'il voulait, dans une pensée coupable, rechercher le nom d'un décédé quelconque, il ne le pourrait pas. Les efforts qu'il ferait dans ce sens n'auraient pour effet que de le compromettre gravement.

Le mécanisme proposé par l'Académie de médecine pour assurer le secret médical a donc donné des résultats très satisfaisants. Il est applicable à toutes les grandes villes.

II

Dans les petites villes, il ne donnerait pas les mêmes garanties, parce qu'on se connaît trop dans les petits endroits pour qu'on puisse compter sur l'anonymat des bulletins.

Actuellement il n'existe pas de statistique de causes de décès pour les petites villes ni pour les communes rurales. On sait seulement que certains départements présentent une mortalité considérable, mais on ne sait à quoi l'attribuer. On sait que la Creuse, par exemple, présente peu de décès, et que les départements auvergnats en présentent beaucoup, mais on ne sait pas pour quelles causes. On sait que le Pas-de-Calais est frappé par une mortalité élevée, tandis que la Somme qui lui est contiguë, et qui lui ressemble à bien des égards, est épargnée. On sait que les départements voisins de la Méditerranée présentent une mortalité exceptionnellement élevée pour les enfants de un à cinq ans, tandis que, au contraire, les départements tout aussi méridionaux du bassin de la Garonne, et que la Gironde notamment, le sont notablement moins. Mais on ne sait pas et on n'a aucun moyen de savoir à quelles causes sont attribuables ces différences.

M. le docteur Passant, rapporteur du conseil de l'Association des médecins de France, après avoir établi que le secret médical n'était pas en cause dans l'établissement de la statistique des grandes villes, s'est appliqué à chercher comment on pouvait étendre le système aux plus petites communes, sans compromettre le secret médical.

La solution qu'il a trouvée est ingénieuse et nous paraît très recommandable.

On sait qu'un décret du 18 décembre 1848 institue dans chaque arrondissement un conseil d'hygiène publique pour « réunir et coordonner les documents relatifs à la mortalité et à ses causes, à la topographie et à la statistique de l'arrondissement en ce qui touche la salubrité publique ». Ces conseils d'hygiène existent, mais jusqu'à ce jour leur existence est restée surtout virtuelle, ce qui se comprend aisément, car les éléments de travail leur font presque complètement défaut; on leur demande d'étudier la mortalité et la statistique sanitaire de leur arrondissement, mais on ne leur donne aucun moyen de les connaître.

Ces conseils d'hygiène sont pourtant très bien situés pour réunir les documents relatifs aux statistiques sanitaires. Composés de médecins, ils ne pourront en faire que le meilleur usage. Il est facile d'organiser la centralisation de ces renseignements statistiques de façon à ne menacer en rien le secret médical. Voici les mesures proposées par M. Passant :

1° Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, état civil du décédé (c'est-à-dire s'il est célibataire, marié ou veuf), nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt.

2° Le bulletin sera remis au maire sous enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département.

3° Le maire sera chargé de transmettre sur-le-champ au président du conseil d'hygiène de l'arrondissement, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé.

4° Tous les trois mois le médecin du conseil d'hygiène, chargé de ce service, procédera au dépouillement des documents qui lui auront été transmis et les fera adresser, aussi par voie administrative, à son collègue du conseil d'hygiène siégeant au chef-lieu du département où ils seront centralisés.

« Vous verrez, je l'espère, ajoute M. Passant, que ce système a l'avantage de mettre entièrement à couvert la responsabilité du médecin. Il fait connaître des maladies et non des malades. Il est impossible, dès lors, que le médecin, dont le nom ne paraît nulle part, soit inculpé de révélation de secrets professionnels, et, si le procédé que nous préconisons était appliqué, les statisticiens auraient à leur disposition des éléments d'étude d'une importance et d'une valeur indiscutables. »

Le projet de M. Passant rendra sans doute les meilleurs services lorsqu'on voudra étendre à tout le territoire l'enquête si instruc-

tive sur les causes de décès, ainsi qu'on l'a fait dans plusieurs pays étrangers.

Mais il n'en est pas actuellement question. Les statistiques sanitaires ne se font en France que dans les villes. On a vu plus haut qu'elles sont établies de façon à ne pouvoir en rien menacer le secret médical : parce que l'administration est astreinte au secret professionnel, exactement comme les médecins (à Paris d'ailleurs et dans plusieurs autres villes elle a à sa tête un médecin pour qui l'obligation du secret existe à deux titres différents); parce que même si, par impossible, l'administration voulait violer le secret du médecin, elle ne le pourrait pas, attendu qu'aucun nom n'est connu d'elle; parce que le médecin traitant n'est consulté que s'il le veut bien, et n'est nullement obligé de répondre lorsqu'il ne le juge pas à propos; son diagnostic, en effet, ne sert que pour contrôler celui du médecin.

Aussi depuis sept ans que le service est organisé, on n'a pas vu qu'il ait donné lieu à un seul abus. Cela est et restera sans exemple.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

Des plaies de l'avant-bras.

Hier nous est venue à la consultation une jeune femme de vingt-cinq ans, présentant une plaie de la face antérieure de l'avant-bras droit, nous devrions dire plutôt du poignet, suite d'une chute sur un tesson de bouteille survenue la veille.

C'est ainsi, d'ailleurs, que ces plaies se produisent le plus généralement et presque toujours au membre supérieur droit dont les droitiers se servent de préférence pour se protéger en cas d'accident; tantôt c'est le talon de la main qui se trouve intéressé, tantôt c'est un peu plus haut que la blessure a lieu, c'est-à-dire à deux ou trois travers de doigt de l'articulation radio-carpienne.

Quoi qu'il en soit, cette femme présente trois plaies, toutes trois obliques de haut en bas et de dedans en dehors : l'une superficielle, les deux autres, que sépare seulement une petite languette de peau, très profondes. Elle est arrivée à l'hôpital avec un bandage recouvrant une couche de diachylon et enveloppant l'avant-bras, bandage qui avait été placé par un pharmacien pour arrêter l'hémorrhagie et, chose exceptionnelle, il avait réussi. Mais dès que j'ai eu défait le tout, l'hémorrhagie artérielle s'est reproduite, abondante, comme cela arrive toujours en pareils cas, ces blessés commettant toujours la même sottise de se rendre chez un pharmacien au lieu d'aller trouver un médecin qui placerait les ligatures nécessaires sur les vaisseaux sectionnés.

J'ai endormi aussitôt la malade afin de reconnaître l'état des parties et faire le nécessaire. La plaie était profonde surtout au côté interne, et la lésion intéressait tout à la fois la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, les tendons du cubital antérieur et du petit palmaire complètement sectionnés, mais heureusement les tendons fléchisseurs étaient indemnes. L'artère cubitale et le nerf du même nom étaient coupés, ainsi qu'une petite artère collatérale. Je fis immédiatement la ligature des deux bouts artériels au catgut, puis je pratiquai, avec un fil de soie phéniquée, la suture des deux bouts du nerf cubital sectionné à 6 centimètres environ au-dessus du poignet, c'est-à-dire au-dessous du point où il fournit la branche dorsale, qui va contourner le bord interne du cubitus, de sorte que ladite suture ne comprenait pas cette branche dorsale. Enfin j'ai suturé aussi le tendon du muscle cubital sans toucher à celui du petit palmaire, ce qui ne présente pas une grande importance, j'ai placé un drain dans la plaie également suturée et recouverte du pansement de Lister, en ayant soin de maintenir la main dans la flexion.

Aujourd'hui la malade va bien, nous constatons un certain degré d'hyperesthésie dans la zone des muscles animés par le nerf médian; le doigt annulaire est à peu près sensible partout; le cinquième doigt, hier dépourvu de toute sensibilité après le pansement, — nous avons oublié de constater la sensibilité avant la suture nerveuse, — commence à la recouvrer un peu aujourd'hui. Y aurait-il déjà quelque modification sous l'influence de cette suture? Je ne saurais le dire et ne puis que me borner à le constater.

Ceci dit, je profite de l'occasion qui m'en est fournie par cette malade, pour vous dire quelques mots des plaies de la face antérieure de l'avant-bras.

La gravité de ces plaies est en raison même de leur profondeur, c'est-à-dire de la lésion des nombreux organes de la région : vaisseaux, tendons et nerfs; aussi faut-il toujours examiner celle-ci avec le plus grand soin.

S'il y a plaie artérielle, la première indication est d'arrêter le sang, c'est-à-dire d'aller à la recherche des *deux* bouts des vaisseaux et les lier; je dis les *deux* bouts, et non pas le bout supérieur seul, sous peine de voir l'hémorrhagie se reproduire par le bout inférieur, en raison des nombreuses collatérales des artères à ce niveau. Il faut donc chercher les bouts des trois artères radiale, cubitale et même intra-osseuse, qui quelquefois est très volumineuse, et les lier tous sans exception s'ils sont sectionnés, alors même que l'hémorrhagie aurait cessé, l'expérience ayant démontré que, faute de ce soin, on a vu le sang s'échapper de nouveau une, deux ou trois heures plus tard. D'ailleurs quand la plaie est récente, cette petite opération est généralement assez facile; la plaie étant ancienne, la ligature est, il est vrai, plus difficile, néanmoins elle doit toujours être faite même dans les plaies en suppuration. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels d'ancienneté de la plaie et de difficultés absolues de retrouver les bouts artériels et de les lier, que l'on sera autorisé à faire la ligature à distance, celle-ci étant loin de donner de bons résultats, et laissant, au contraire, le plus souvent l'hémorrhagie continuer ou se reproduire par des branches collatérales.

La plaie de l'avant-bras est aussi plus ou moins grave selon que tels ou tels tendons ont été sectionnés; c'est ainsi que la section des fléchisseurs est d'une haute gravité par l'impotence fonctionnelle qui résulte alors de la prépondérance des extenseurs; la gravité varie aussi selon que la section est située au-dessus des gaines synoviales ou à leur niveau. Dans ce dernier cas il y a dangers plus grands par suite de la suppuration possible desdites gaines, il y a pronostic plus sérieux aussi parce que le mécanisme de la réparation est beaucoup plus difficile. Il faut souvent disséquer assez haut pour aller retrouver le bout supérieur plus ou moins rétracté du tendon; enfin dans les cas où cette dissection devient trop difficile, on se contente de suturer le bout inférieur de ce tendon à un tendon voisin.

Quant à la section des nerfs médian et cubital, c'est là une grosse question qui n'est pas encore jugée définitivement. On comprend très bien que la section des nerfs de la motricité et de la sensibilité entraîne la paralysie des mouvements et de la sensibilité; cependant il est des cas

où cette sensibilité a persisté dans des points où le nerf sectionné se distribuait. Vous connaissez le fait rapporté par Laugier, où les bouts du nerf mis en contact, on vit la sensibilité se reproduire. Vous savez aussi l'observation de M. Richet en 1867 : il y avait section du nerf médian, et cependant l'exploration de la sensibilité, avant l'application de toute suture nerveuse, montra la conservation de cette sensibilité dans les points animés par ce nerf. Le fait fut expliqué par MM. Arloing et Tripier par la sensibilité récurrente à l'aide des anostomoses existant entre les troncs nerveux.

D'autre part les recherches anatomiques ultérieures de M. Richelot sur la véritable distribution des nerfs de la main montrèrent que la face dorsale de la première phalange était innervée par le nerf radial, tandis que le nerf médian animait les deux dernières phalanges. Enfin, à la suite de deux cas de section du nerf médian, dans lesquels la motricité de tous les doigts avait été conservée, M. Verneuil a fait faire des recherches anatomiques au point de vue des anomalies nerveuses et a constaté, à la partie supérieure de l'avant-bras, une anastomose du nerf médian avec le nerf cubital, anastomose qui donnait aussi de son côté l'explication de la conservation de la motricité dans une zone, considérée jusqu'alors comme animée seulement par le nerf médian. Cette anastomose a été rencontrée onze fois sur quinze.

En résumé, le fait se trouverait donc expliqué à la fois par les recherches de MM. Arloing et Tripier, de M. Richelot et de M. Verneuil.

Enfin j'ajoute que la réapparition de la sensibilité et de la motricité, à la suite de la suture du nerf médian, a été aussi parfaitement démontrée par M. Richelot, il y a deux ans, ainsi que par une observation publiée en Angleterre. Le fait de la réparation des nerfs ne saurait donc être nié.

Mais nous avons encore des faits plus nouveaux, je veux parler de ceux qui ont été rapportés par Survey, par M. Tillaux et par M. Nicaise, faits dans lesquels la suture nerveuse a ramené presque immédiatement la réapparition de la sensibilité.

Le fait est vrai, mais il est encore inexplicable par les données de la physiologie moderne, malgré les hypothèses émises par M. Tripier, qui a invoqué la possibilité d'une névrite, et par M. Brown-Séquard, qui a pensé que la suture avait donné comme une sorte de coup de fouet au nerf sectionné.

Quoi qu'il en soit, cette question est encore grosse de difficultés à résoudre, et je crois pouvoir conclure de la manière suivante : 1° quand il y a section nerveuse, la motricité et la sensibilité sont le plus souvent supprimées, sauf le cas d'anomalies anastomotiques ; 2° peut-on compter sur leur rétablissement ? il existe des cas où ce rétablissement a eu lieu, mais ils sont exceptionnels ; 3° quant à la réparation immédiate, les faits sont trop nouveaux encore pour pouvoir être expliqués ; 4° il faut toujours néanmoins tâcher d'obtenir la régénération nerveuse par le rapprochement et la suture des deux bouts du nerf, mais le pronostic doit toujours être des plus réservés, quant à la récupération des fonctions des parties innervées par le nerf sectionné. Cette non-récupération, dans le cas de section du cubital, entraîne la paralysie des muscles animés par ce nerf et, par suite, l'infirmité déplorable de la main en griffe, ce que l'on appelle la *griffe cubitale*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Poincaré (de Nancy) qui se porte candidat au titre de membre correspondant national ;

2° Une note de M. Séjournet (de Revin) sur l'alimentation des enfants en bas-âge.

COMMUNICATIONS

Des caractères chimiques des diverses espèces de digitaline. — M. BROUARDEL a pensé que, vu les difficultés qui entourent la recherche de divers alcaloïdes dans le cas d'intoxication présumée, et qui sont singulièrement augmentées par la variété des produits que l'on vend sous le même nom, il y avait lieu de procéder par l'analyse de chacun des produits étudié isolément.

M. Lafon, préparateur au laboratoire de toxicologie, a fait un travail de cet ordre et a comparé la digitaline française, la digitaline et la digitoxine d'Allemagne.

A la suite d'expériences multipliées faites simultanément avec toutes les digitalines connues, MM. Brouardel et Lafon ont constaté que tous les produits d'origine française étaient entièrement solubles dans le chloroforme, peu solubles dans l'éther, insolubles dans la benzine, et qu'ils se coloraient en vert sous l'influence de l'acide chlorhydrique concentré. Les produits allemands sont, au contraire, insolubles dans le chloroforme et ne donnent aucune réaction en présence de l'acide chlorhydrique concentré.

Après une enquête minutieuse, nous avons pu constater, dit-il, qu'il existe dans le commerce français une très grande quantité de produits vendus sous le nom de digitaline amorphe, de digitaline cristallisée, de granules de digitaline, qui ne contenaient pas trace de digitaline. Ces produits ne portent pas généralement de marque de fabrique; ils se conduisent en présence des réactifs chimiques d'une façon identique à ceux que nous avons reçus de Darmstadt.

Il résulte de ces recherches que le produit de cette provenance n'est pas de la digitaline. Par là s'expliquent les contradictions que signalent différents auteurs au point de vue de l'action physiologique de la digitaline.

Le but actuel de cette communication est de signaler les confusions qui pouvaient se produire entre ces substances : la digitaline française et la digitaline allemande, confusions qui présenteraient des inconvénients graves lorsqu'il s'agit d'une substance aussi active et aussi toxique.

RAPPORT

Eaux minérales. — M. PLANCHON, au nom de la Commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur les demandes en autorisation d'exploitation de nouvelles sources minérales.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'Académie procède au scrutin par appel nominal pour l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Ch. Robin.

Les candidats ont été classés sur la liste de présentation dans l'ordre suivant : 1° M. Ranvier; 2° M. Aug. Voisin ; 3° M. Grancher; 4° M. Hanot.

Le nombre des membres votants étant de 68, majorité 35, le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

M. Ranvier obtient	50 voix.
M. Aug. Voisin.	17 —
M. Grancher	1 —

M. Ranvier ayant obtenu la majorité est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation du président de la République.

LECTURE

Dangers de l'emploi de la cocaïne. — M. JAVAL fait sur ce sujet la communication suivante :

On sait depuis longtemps que l'atropine produit dans les yeux glaucomateux une aggravation plus ou moins permanente du mal. Une expérience récente me permet d'affirmer que la cocaïne présente les mêmes dangers. J'ai vu 1/2 milligramme de cocaïne produire une forte obnubilation et une dureté très marquée sur un œil sur lequel il n'existait que des phénomènes prodromiques très légers et où le diagnostic de glaucome pouvait paraître douteux. Les accidents ne cédèrent qu'à l'emploi immédiat de doses énormes d'ésérine. Mes expériences ont été renouvelées à deux reprises et à plusieurs mois d'intervalle ; elles ne laissent donc prise à aucun doute.

Les fâcheux effets de la cocaïne sur le glaucome ont été constatés en même temps en Allemagne de deux côtés différents. Voilà donc trois observateurs qui, chacun de son côté, ont constaté le danger de l'emploi inconsidéré de la cocaïne en ophthalmologie.

M. Javal recommande tout particulièrement, à cette occasion. les rondelles gélatineuses pour remplacer les collyres, toutes les fois qu'on devra expérimenter sur les quantités connues de médicaments et surtout quand on voudra confier au malade une substance très active.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET LA THÉORIE MICROBIENNE

La parole est à M. Béchamp pour la continuation de l'exposition qu'il a commencée dans la dernière séance.

La nutrition selon la théorie des microzymas. — M. BÉCHAMP continue l'argumentation commencée dans la précédente séance. Il en était resté à la troisième partie.

Dans cette troisième partie de son argumentation, il traite de la nutrition selon la théorie des microzymas. Il commence par développer cette proposition : La vie d'un tout organisé est l'ensemble des fonctions des microzymas divers qui en composent les parties ; et ce sont les microzymas de ces parties, leurs fonctions multiples et eux-mêmes qui résistent à la mort.

Sans cette vérité, dit-il, je ne peux pas démontrer que la vie n'est pas une putréfaction. Voilà pourquoi il faut encore un peu mieux faire connaître le microzyma.

Le microzyma est la particule primitive, l'atome de l'organisation; comme l'atome des corps bruts, il n'est pas à lui-même sa cause ; mais il a été fait de telle sorte qu'il est cause, qu'il a en lui-même la cause propre des phénomènes qu'il manifeste ou dont il est l'agent dans les organismes qu'il forme et dans les parties des touts vivants qu'il sert à constituer.

C'est la considération de ces faits qui supprime les causes occultes appelées vertus de transformation, force vitale créatrice, force végétative.

Cela posé, M. Béchamp expose sa théorie de la nutrition qu'il définit selon les termes d'Ambroise Paré. Pour lui, la nutrition dans l'homme, pour être plus compliquée, n'est pas essentiellement différente de ce qu'elle est dans la levure ou dans un microzyma.

En résumé, conclut-il de cette troisième partie, si l'on considère les faits dans l'ordre de leur succession et le but de la nutrition, la vie loin d'être la manifestation d'une destruction est, au contraire, la manifestation d'une synthèse et d'une édification incessante.

La nutrition est un acte essentiellement synthétique ; les éléments anatomiques se servent des matériaux que l'absorption leur fournit pour renouveler leur substratum matériel ou pour se multiplier ; les produits désassimilés sont les résidus de ces opérations. Et puisqu'il en est ainsi et qu'elle est l'apanage de l'être vivant, elle ne peut être l'effet d'une influence exclusivement analytique, comme on le suppose, de la fermentation ou de la putréfaction.

Les leucomaïnes, les microzymas et la pathologie; tel est le titre de la quatrième partie, dans laquelle M. Béchamp se propose de démontrer que les alcaloïdes, leucomaïnes et autres de l'économie n'ont pas la signification qui leur est attribuée par M. Gautier. Il s'attache à démontrer qu'*a priori*, en aucun cas, les alcaloïdes animaux ne peuvent normalement et par eux-mêmes être cause de maladie caractérisée du cadre nosologique.

M. Béchamp pressé par le temps abrège ses démonstrations et il résume l'ensemble de son argumentation dans les conclusions suivantes :

1° L'intérieur du corps vivant n'est point quelque chose de passif plus ou moins comparable à un vase rempli de matériaux fermentescibles et il n'y a pas primitivement de germes morbifiques dans l'air.

2° L'organisme vivant l'est dans toutes ses parties, non grâce à des qualités occultes mais bien en tant que formé par des éléments anatomiques vivants qui sont les microzymas.

3° L'organisme ne contient pas de germes, de microbes atténués, latents ou manifestes, qui lui seraient étrangers ; mais les microzymas de ces diverses régions deviennent, dans certains cas, ce que l'on appelle improprement des microbes.

4° Le corps vivant n'est pas réfractaire à l'introduction des micro-organismes du dehors, mais grâce aux microzymas il réalise l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.

5° Les microzymas *ab ovo* expliquent les phénomènes chimiques et histologiques de l'organisation pendant le développement de l'organisme.

6° Les microzymas changent de fonction en même temps que les cellules des organes.

7° Les microzymas pendant ces changements sont morphologiquement semblables, mais leur composition change en même temps que leurs fonctions.

8° L'évolution fonctionnelle avec changement de composition des microzymas explique comment les différentes espèces de cellules dans les organes ne se nourrissent pas de la même manière. et pourquoi ils sécrètent avec les mêmes matériaux nutritifs des produits différents.

9° Les microzymas d'une partie soustraite à l'organisme vivant peuvent par évolution devenir vibrioniens, soit dans un milieu de culture approprié, soit dans cette partie même. Ce fait seul ruine par sa base le système microbien.

10° L'organisme physiologiquement sain est celui dans lequel les microzymas n'ont subi aucune modification.

11° Les microzymas d'une région donnée peuvent subir l'évolution vibrionienne.

12° Dans les pustules, les tumeurs, les phlegmons, etc., lorsque les microzymas pullulent, ils proviennent de la fonte des cellules.

13° Les microzymas peuvent aussi, sous les influences les plus diverses, subir dans leurs fonctions une nouvelle manière d'être qui fait qu'on est doué de tel tempérament, telle prédisposition, etc.

14° Les microzymas peuvent aussi devenir morbides.

15° Les microzymas morbides d'une morbidité donnée appartiennent à tel ou tel ordre de tissus ou d'organes, sans que ceux des ordres dissemblables le deviennent en même temps.

16° Les microzymas morbides des maladies contagieuses, infectieuses ou virulentes, peuvent transmettre, suivant divers modes, leur état aux microzymas du même ordre d'un organisme sain.

17° Les microzymas morbides peuvent être cultivés comme les microzymas sains.

18° Les microzymas morbides d'une espèce animale peuvent ne pas transmettre leur morbidité aux microzymas du même ordre d'un individu d'une autre race, de la même espèce et du même âge ; mais la même maladie, ils peuvent la communiquer à des individus plus jeunes de cette race.

19° Les microzymas de deux espèces animales plus ou moins éloignées ne sont pas nécessairement fonctionnellement identiques. C'est pourquoi les microzymas morbides qui communiquent la maladie à une espèce peuvent ne pas la communiquer à une autre.

20° Par régression ou autrement, les diverses formes de l'évolu-

tion bactérienne des microzymas peuvent revenir à leur forme initiale, un peu modifiée, de microzymas; mais alors la fonction morbifique acquise peut disparaître.

21° Après la mort, les microzymas morbides perdent la fonction morbifique acquise. Ils deviennent de l'ordre des microzymas atmosphériques, des eaux, de la terre, etc., c'est-à-dire inoffensifs.

22° Les microzymas morbifiques perdent également leur morbidité par certaines cultures ou dans certaines conditions de température; c'est ce qu'on appelle l'atténuation du microbe.

23° Il résulte des deux derniers faits que ce n'est qu'accidentellement que les microzymas morbifiques peuvent exister dans l'air.

24° Les microzymas du canal alimentaire représentent essentiellement les microzymas des aliments digérés.

25° Les microzymas morbides, évolués ou non, peuvent redevenir sains.

26° Il faut distinguer les maladies vraiment parasitaires des maladies des microzymas.

27° Les antiseptiques sont utiles, non pour empêcher la nocuité des prétendus microbes atmosphériques, mais pour empêcher l'évolution fonctionnelle morbide de nos microzymas propres.

— La parole est à M. Hergott, correspondant de l'Académie, sur un point de vue spécial du même sujet.

M. HERGOTT lit une courte Note sur la haute utilité du traitement antiseptique dans les opérations chirurgicales et obstétricales. Là où régnait, dit-il, une effrayante mortalité, on constate aujourd'hui une heureuse innocuité. La théorie microbienne qui est issue de ces changements, qui entraîne en ce moment le grand nombre, peut-elle rendre compte de tous les faits de la pratique? N'y a-t-il pas plus d'inconvénients à dégager du problème de la pathologie, des réserves à faire contre la généralisation? Il ne le pense pas. Ses doutes à cet égard sont basés sur quelques faits simples et saillants de sa pratique, qu'il rapporte et dont il déduit les conclusions suivantes :

Le fait de la préservation des accidents chirurgicaux et obstétricaux par l'emploi des antiseptiques est si positif, que je ne me croirais pas autorisé à ne pas en faire bénéficier mes malades, mais la préservation n'est pas absolue, pourquoi? Deux facteurs ne sont-ils pas en jeu et indispensables à l'activité des microbes : un objectif, dépendant de son degré de virulence; un subjectif, qui chez le sujet contaminé, donne les conditions nécessaires à son développement; ces conditions ne seraient-elles pas chez lui favorisées dans certains cas par un développement excessif de ces alcaloïdes toxiques de l'économie vivante dont l'existence vient d'être constatée si heureusement par le travail de M. le professeur Gautier, qui confirme par la démonstration directe un fait depuis longtemps deviné par la clinique.

C'est à ces questions complexes que les réponses sont importantes et nécessaires. Elles auront pour résultat de soustraire la médecine à ce qu'on a appelé la tyrannie du microbe, qui, comme toutes les tyrannies, est exclusive et contraire à la liberté de l'essor scientifique, et de rendre au malade qui doit être exposé à cette influence funeste, au médecin qui doit l'étudier pour l'en préserver, le rôle qui doit nécessairement leur appartenir.

LECTURE

Nature mycosique de la tuberculose et évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène. — M. DUGUET en son nom et celui de M. Héricourt donne lecture d'un travail sur la nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Cornil, Mathias-Duval et Besnier.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 avril 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — MM. les médecins en chef Barthélemy et Dugé de Bernonville.

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux Bourru, Monin et Talairach.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Manson et Kermorgant.

Au grade de pharmacien en chef. — MM. les pharmaciens professeurs Sambuc et Coutance.

— Par décision en date du 19 avril 1886, les provenances de Brindisi et des environs sont soumises, dans les ports français du littoral de la Méditerranée, à une observation de trois jours, et celles des autres ports de l'Italie à une observation de vingt-quatre heures.

Dans les ports de l'Océan et de la Manche, les provenances de l'Italie sont respectivement soumises : celles de Brindisi et des environs à une observation de vingt-quatre heures, et les autres à une visite médicale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charcot, professeur de clinique des maladies du système nerveux, est dispensé, jusqu'au 31 octobre 1886, du service des examens.

Un congé pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guyon, professeur de pathologie externe.

M. Richelot, agrégé, est chargé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de pathologie externe à la Faculté.

— Le délai de la remise des mémoires, adressés pour les prix de l'Académie de médecine de 1886, expire le 30 juin 1886.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Henri Thorens, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, décédé ces jours derniers à Fontenay-sous-Bois à l'âge de quarante ans.

— L'ouverture de la session générale de la Société française d'otologie et de laryngologie aura lieu à la mairie du Ier arrondissement le mardi 27 avril, à huit heures du soir.

Ordre du jour. — 1° Correspondance. Rectifications. Membres nouveaux.

2° Modifications au Statut. Règlement. Élections des membres du comité pour l'année 1886-87.

3° Questions à l'étude : A. Traitement de la suppuration de la caisse du tympan. (Inscrits pour prendre la parole : MM. Miot, Héring, Baratoux, Ménière, Berthold [Mémoire], etc.); — B. Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse) par les moyens chirurgicaux. (Inscrits pour prendre la parole : MM. Gouguenheim, Baratoux, Masséi [Mémoire], Moura, etc.)

4° Tuberculose. Musée anatomo-pathologique des affections laryngées de l'Hôtel-Dieu. (M. Moura, de Paris.) — 5° Crises épileptiformes produites par une otite moyenne. Chronique simple. (M. Noquet (de Lille.) — 6° Fibro-sarcome primitif des fosses nasales. Opération. Guérison. (M. Moure, de Bordeaux.) — 7° Bourdonnements de l'oreille dans les maladies de l'estomac. (M. Ménière.) — 8° Les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières. (M. Charazac, de Toulouse.) — 9° Thérapeutique auriculaire et laryngée; médicaments nouveaux. (M. Baratoux.) — 10° Contribution à l'étude du cancer du larynx. (M. Moure, de Bordeaux.) — 11° Hémi-atrophie de la langue. (M. Schiffers, de Liège.) — 12° Présentation d'instruments. (M. Guye, d'Amsterdam.) — 13° Divers. (MM. Garel, Brébion.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19419.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.

Le rhumatisme, ce vaste *caput mortuum*, comme l'appelait Lasègue, dans lequel sont jetées beaucoup d'affections bien différentes, au moins en apparence, les unes des autres, et dont ce maître regretté considérait la définition comme impossible, — convenant qu'après s'être bien souvent posé la question : Qu'est-ce que le rhumatisme? il n'avait pu encore la résoudre d'une manière suffisante, — le rhumatisme, disons-nous, se présente en effet à l'observation sous des formes et avec des aspects tellement divers, que rien n'est difficile comme de l'embrasser dans un tableau d'ensemble, et qu'on ne parvient à se reconnaître un peu et à se débrouiller dans son histoire qu'à la condition d'en étudier séparément chacune des manifestations si variées, sauf à les ramener ensuite au principe commun auquel elles se rattachent toutes par des liens d'origine ou de parenté légitimes.

Voyez plutôt, comme justification de ce petit préambule, parmi les travaux les plus complets ou les plus récents sur ce difficile sujet, l'article RHUMATISME du *Dictionnaire encyclopédique* de M. Besnier, par exemple, qui, tout en laissant subsister quelques lacunes, n'en occupe pas moins, par les nombreuses divisions qu'il a nécessitées, une grande moitié d'un volume. Voyez surtout, au point de vue de la dernière réserve que nous venons de faire, le livre si remarquable de M. Bouchard sur *les Maladies par ralentissement de la nutrition,* où le rhumatisme est considéré comme l'un des anneaux d'une chaîne morbide qui comprend à la fois la goutte, l'asthme, la gravelle, la migraine, l'eczéma, etc., toutes manifestations morbides que l'on trouve constamment associées, et qui sont des maladies de même ordre, dépendant d'une même cause générale, enchaînées par un même lien et dérivant d'un même fait primordial, le vice de la nutrition.

C'est l'histoire de l'une des grandes variétés de l'affection rhumatismale, le rhumatisme du tissu cellulaire sous-cutané, que le jury du concours d'agrégation pour la médecine a demandé à l'un des candidats, M. le docteur Chuffard, dont le nom figure parmi les élus.

Bien que la notion du rhumatisme du tissu cellulaire sous-cutané ne soit pas absolument nouvelle, et qu'il en soit fait mention, sous diverses dénominations, dans plusieurs auteurs anciens, on peut dire que ce n'est que de nos jours et tout récemment que la science s'est enrichie à cet égard d'observations nouvelles, scrupuleusement étudiées, et que l'attention des médecins a été appelée sur ces manifestations toutes particulières du rhumatisme. C'est à M. Potain d'abord, puis à M. Verneuil, que l'on est surtout redevable de quelques-unes de ces nouvelles observations sur lesquelles nous aurons à revenir tout à l'heure.

Laissant de côté, pour le moment, la question d'étiologie et celle encore obscure de la pathogénie, faute d'examens nécroscopiques suffisants, M. Chuffard va nous exposer la description purement clinique de cette variété du rhumatisme.

A ce point de vue, il a cru pouvoir diviser les manifestations rhumatismales que l'on observe dans le tissu cellulaire sous-cutané en deux grandes classes : les manifestations franchement aiguës et à courte durée; les manifestations subaiguës ou chroniques, avec les lésions secondaires qu'elles peuvent entraîner.

Dans les manifestations aiguës on trouve : les œdèmes péri-articulaires, déjà signalés par Chomel, qui, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, peuvent survenir autour des jointures malades; les œdèmes qui surviennent au-dessous du derme irrité par un exanthème cutané, constituant les uns et les autres une irradiation de la lésion principale; les pseudo-phlegmons ou ces formes décrites par divers auteurs, et en particulier par M. Kirmisson sous le nom d'œdèmes inflammatoires des membres de nature rhumatismale, disparaissant graduellement sous l'influence de la chaleur et de la compression, sans laisser de traces; l'œdème rhumatismal essentiel, cette sous-variété qui a été récemment décrite par M. Potain dans ses leçons cliniques, et par plusieurs de ses élèves dans des thèses dont les sujets ont été puisés dans son service. Celle-ci consiste : soit en une anasarque généralisée, coïncidant le plus souvent avec des symptômes congestifs du côté des cavités splanchniques, ou avec des éruptions également généralisées, rappelant par leur aspect l'érythème polymorphe, et qui paraît être liée

aux rhumatismes infectieux ou à des conditions cachectiques; soit en œdèmes circonscrits, localisés, aux allures les plus capricieuses par leur mode de début, leur marche et leur siège, cas de beaucoup les plus communs, et que l'on a rencontrés dans le rhumatisme aigu, dans le rhumatisme articulaire subaigu, et chez les arthritiques, c'est-à-dire chez ces rhumatisants sans rhumatisme, qui représentent les formes héréditaires de la maladie.

On trouve encore dans ces manifestations aiguës : les nodosités cutanées et sous-cutanées éphémères ou transitoires décrites par M. Féréol et par M. Troisier, et qui se distinguent par leur caractère éphémère même, d'autres nodosités sous-cutanées également d'origine rhumatismale, d'une persistance et d'une durée beaucoup plus grande, et ayant une évolution anatomique différente.

Si nous passons aux manifestations subaiguës ou chroniques, nous allons voir des productions morbides qui se séparent des œdèmes et des nodosités éphémères par un caractère bien tranché, la longue durée. Tandis que l'œdème rhumatismal essentiel et les nodosités éphémères ne constituent qu'un trouble circulatoire entraînant des modifications anatomiques négligeables, et disparaissant en même temps que la cause qui leur a donné naissance, les nodosités sous-cutanées rhumatismales, non seulement sont, comme l'indique ce qualificatif, de très longue durée, sinon tout à fait persistantes; mais elles entraînent une altération plus ou moins prononcée dans la structure anatomique des tissus. Il en est de même pour le pseudo-lipome de la région sus-claviculaire, signalé, il y a quelques années seulement, à l'attention des médecins par M. Potain.

Nous allons rapidement passer en revue ces diverses manifestations.

Les nodosités sous-cutanées rhumatismales durables s'observent plus fréquemment que les nodosités éphémères. Les enfants sont un terrain beaucoup plus favorable que les adultes à leur production. Elles n'ont aucun siège de prédilection; elles respectent en général le thorax et l'abdomen; on les rencontre surtout aux membres, au niveau des articulations, des os superficiels et surtout de la boîte cranienne. Dans la plupart des cas, c'est au cours d'une attaque articulaire qu'on les voit apparaître. Elles consistent en indurations aplaties ou sphériques, nettement limitées, du volume d'un pois à celui d'une noisette, en nombre variable; elles donnent à la main les mêmes sensations que les saillies de l'érythème noueux, dont elles ne diffèrent que par un moindre volume et l'absence de rougeur.

Au point de vue histologique, ces nodosités sont caractérisées par la production et la néoformation d'éléments jeunes du type conjonctif.

Le pseudo-lipome ou cette saillie décrite par M. Potain, qui transforme la dépression habituelle de la région sus-clavière en une convexité ovoïde, avec bords mal limités, angles mousses et contours indécis, ne s'accompagnant d'aucun changement de coloration à la peau, etc., assez fréquent pour que le professeur de l'hôpital Necker ait pu en recueillir une vingtaine de cas dans l'espace de peu d'années, paraît frapper de préférence le sexe féminin. D'après des observations ultérieures, il y aurait lieu d'étendre au-delà de la région sus-claviculaire le siège de ces productions morbides, qui ont été rencontrées sur les côtés du tendon rotulien ou du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, ou plus exceptionnellement au-dessous des bosses occipitales, dans les régions temporales, parotidiennes, sous-maxillaires, etc.; en un mot, dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche semble plus susceptible de se surcharger de graisse et de sérosité.

De l'examen critique détaillé auquel se livre M. Chuffard sur ce sujet et du rapprochement des observations anciennes qui semblent se rapporter le mieux aux observations récentes, il conclut que l'on peut rattacher effectivement, comme l'ont fait MM. Potain et Verneuil, le pseudo-lipome à l'œdème rhumatismal essentiel et aux nodosités sous-cutanées, qu'il constitue une affection rhumatismale dans laquelle l'élément nerveux paraît jouer le plus grand rôle.

Les résultats de cet examen analytique, joints à ses propres observations, l'ont conduit à admettre trois variétés de ce pseudo-lipome : un œdème circonscrit, dépressible; un œdème circonscrit, non dépressible; enfin le lipome vrai du creux sus-claviculaire. Ces trois variétés représenteraient trois termes ou trois degrés différents d'évolution d'une seule et même lésion : l'une d'invasion, caractérisée par l'œdème, l'infiltration et la prolifération d'éléments nouveaux; l'autre correspondant à la période de résorption de l'exsudat et des éléments cellulaires; la troisième correspondant à l'organisation définitive des produits de nouvelle formation.

La diathèse lipomateuse que décrit ensuite M. Chuffard comprend ces cas de lipomes multiples qui n'ont pas de siège de prédilection, pouvant apparaître partout dans le tissu cellulaire sous-cutané, apparaissant par poussées successives, et qui ont été rattachées par plusieurs auteurs à l'arthritisme. On trouve, en effet, dans la plupart des observations qu'on en a rapportées, l'indication d'attaques antérieures de rhumatisme.

Enfin, comme conséquences éloignées et secondaires des manifestations rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, ou lésions secondaires générales dominées par la diathèse rhumatismale, M. Chuffard étudie successivement les rétractions aponévrotiques et tendineuses, les rétractions des tendons fléchisseurs de la main, avec endurcissement calleux de la peau, auxquelles on a donné le nom de maladie de Dupuytren (pourquoi pas celui d'Alibert, qui les a décrites le premier?), les sclérèmes localisés ou généralisés, les éléphantiasis consécutifs aux œdèmes prolongés, l'obésité qui accompagne souvent le rhumatisme chronique et entretient des liens étroits de parenté avec cet état pathologique et la sénilité précoce.

Toutes les manifestations rhumatismales qu'on vient de passer en revue exigent pour se produire, ainsi que le dit M. Chuffard dans les brèves conclusions qui résument son intéressant travail : une prédisposition individuelle qui crée l'imminence morbide, et une cause extérieure (froid ou traumatisme) qui crée la localisation.

Du sommeil non naturel, ses diverses formes.

« Du sommeil non naturel et de ses diverses formes », tel est le sujet qu'a eu à traiter M. Henri Barth dans sa thèse de concours, sujet un peu vaguement délimité et que M. Barth, interprétant les intentions du jury plutôt que le texte de la question, a cru devoir limiter au sommeil nerveux ou pathologique, aux phénomènes de l'hypnose et du somnambulisme, dont l'étude a si vivement attiré l'attention depuis quelque temps.

M. Barth divise les maladies du sommeil en trois classes:

1° Celles où l'activité cérébrale, anormalement surexcitée pendant le sommeil, réagit sur les fonctions de relation et les réveille en partie : somnambulisme avec toutes ses variétés.

2° Celles où la torpeur cérébrale portée à son comble paralyse non seulement les fonctions animales, mais encore à un certain degré les fonctions organiques : léthargie ou sommeil léthargique.

3° Celles où l'activité nerveuse est anormalement localisée en certains centres, notamment dans ceux de la motilité, les autres étant frappés de stupeur complète : catalepsie.

Après la description des caractères généraux du somnambulisme naturel, M. Barth analyse au point de vue des diverses fonctions l'état physique et l'état mental du somnambulisme, les formes et les divers degrés du somnambulisme, le noctambulisme ou rêve en action, le somnambulisme proprement dit, le somnambulisme avec extase, le somnambulisme à l'état de veille, le somnambulisme périodique avec doublement de la personnalité. Puis il étudie l'étiologie ou les états morbides du système nerveux qui précèdent ou accompagnent le somnambulisme.

L'histoire du sommeil léthargique comprend les divers troubles fonctionnels qui ont été décrits sous les noms de narcolepsie ou somnolence invincible, d'attaques de sommeil (trance des Anglais), de mort apparente, de maladie du sommeil ou hypnosie des nègres de Guinée.

Enfin l'état cataleptique est décrit dans son aspect général qui, à côté de ce qu'il a de constant, présente de nombreuses variétés selon les sujets.

Nous enjambons sur ces divers chapitres, dans lesquels l'auteur montre successivement chacune des formes du sommeil morbide avec ses caractères spéciaux, tels qu'on les observe dans les cas simples, et dégagés de toute complication, pour arriver à un chapitre particulièrement intéressant, celui où sont étudiées les relations qui existent entre ces diverses formes du sommeil pathologique.

Dans le plus grand nombre des faits, les phénomènes de somnambulisme, de sommeil léthargique, de catalepsie, sont précédés, accompagnés et suivis d'une série d'autres accidents nerveux, ne formant ainsi qu'un anneau d'une longue chaîne de désordres variés. Il est des cas, par exemple, où, parmi ces accidents précurseurs ou consécutifs, on découvre d'autres formes du sommeil pathologique : c'est la catalepsie qui apparaît à la suite du somnambulisme, l'extase qui succède aux accès léthargiques, etc. Plusieurs exemples de ce genre défrayent ce chapitre. Je citerai parmi les plus démonstratifs, au point de vue du mélange entre elles des différentes formes cliniques du sommeil pathologique, les histoires des épidémies de manie religieuse dans lesquelles l'exaltation mystique, aidée par l'esprit d'imitation, a développé à la fois chez de nombreux sujets les phénomènes nerveux les plus variés.

Dans toute cette série de faits complexes dans lesquels on voit toutes les formes du sommeil morbide associées, confondues parmi les accidents de la grande névrose qui joue chez tous ces malades le rôle prépondérant, l'hystérie. Or dans l'étude de chacun de ces sommeils envisagés isolément, que trouve-t-on constamment comme condition étiologique ? L'hystérie ou l'état névropathique.

De ce double rapprochement étiologique et symptomatique, M. Barth s'est cru, avec raison, en droit de conclure que tous les sommeils non naturels sont liés entre eux par une sorte de lien de parenté ; qu'ils appartiennent en réalité à un même état morbide, à cette maladie protéiforme qui prend dans la pathologie moderne une place chaque jour plus grande, l'état nerveux.

Cette unité d'origine et de nature qu'impose en quelque sorte l'observation clinique, n'est pas moins démontrée par l'expérimentation. C'est ce qui va ressortir de la deuxième partie de cette thèse, consacrée à l'étude de l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué.

M. Barth étudie d'abord les deux ordres de moyens de provoquer l'hypnose, les moyens physiques, ceux qui s'adressent plus particulièrement au sens de la vue, quelquefois aussi au sens de l'ouïe, plus rarement aux excitations cutanées, et les moyens ou actions psychiques agissant surtout sur l'imagination. Puis passant à l'étude des symptômes et formes de l'hypnose considérée spécialement chez les hystériques, il trace rapidement l'histoire de trois états distincts si bien déterminés par M. Charcot, qui ont chacun leur temps et leurs symptômes spéciaux : l'état cataleptique, l'état léthargique et l'état somnambulique, ce dernier étant plus particulièrement en cause ici. Il étudie, enfin, l'état des fonctions organiques (respiration, circulation, nutrition), l'état des fonctions de relation (action musculaire, sensibilité générale, sens spéciaux, état mental) pendant la période d'hypnotisme.

L'idée fondamentale qui a guidé M. Barth d'un bout à l'autre de ce travail, est celle-ci, savoir : que les diverses formes du sommeil non naturel, spontané ou provoqué, ne sont en dépit de leurs contrastes que les manifestations d'un seul et même état morbide ; c'est que leur étude représente un chapitre homogène dans l'histoire de la diathèse nerveuse.

Tout en déclarant ignorer quelle est la nature de cette tare particulière, de cette débilité fonctionnelle des éléments nerveux, qui constitue l'état névropathique, M. Barth n'en constate pas moins que c'est elle que l'on voit, transmise par hérédité ou développée par accident, engendrer toutes les névroses. C'est elle qui, implantée par un concours de circonstances dans une famille, produit chez l'enfant les convulsions, chez la jeune fille l'hystérie, chez la femme faite le goître exophthalmique. C'est elle qui, lorsqu'on remonte dans l'histoire de plusieurs générations, se trahit chez l'une par la neurasthénie et l'hypochondrie, chez une autre par l'épilepsie, chez la dernière par la paralysie générale.

Cette même prédisposition, commune à la plupart des maladies nerveuses, se retrouve plus ou moins nettement dessinée, dans l'étiologie de toutes les formes du sommeil pathologique, qu'il s'agisse d'un simple accès de somnambulisme consécutif à une violente préoccupation morale, d'une crise cataleptiforme chez un enfant affecté de vers intestinaux, ou qu'on ait affaire à une de ces formes compliquées de grand somnambulisme, d'extase ou de sommeil léthargique, telles qu'on les observe dans l'hystérie grave. La base pathologique est toujours la même et l'on découvre toujours, soit dans les antécédents personnels du sujet, soit dans ceux de sa famille, la même tache originelle, l'état névropathique.

C'est ce même état qui existe, plus ou moins latent, chez les sujets impressionnables aux manœuvres de l'hypnotisme.

Qu'il s'agisse de sommeil morbide spontané ou d'hypnotisme, les symptômes diffèrent aussi peu que les causes, et

l'on retrouve dans l'hypnose expérimentale tous les phénomènes des maladies du sommeil. Dans un cas comme dans l'autre le processus est toujours le même. A la faveur d'une débilité fonctionnelle particulière, l'harmonie des facultés nerveuses se laisse troubler, certains centres nerveux anormalement excités réagissent sur les autres par inhibition ou par dynamogénie, et il en résulte une dissociation des fonctions cérébrales, exagération de celle qui existe normalement dans le sommeil avec rêve. Le résultat de cette dissociation est la paralysie de certaines facultés, l'exaltation de quelques autres.

Dans l'hypnotisme, tel qu'il est aujourd'hui scientifiquement connu, tous les phénomènes ont leurs analogues dans la pathologie ; ils ne présentent rien d'extraordinaire, rien qui ne soit d'accord avec les lois de la science.

Un mot, maintenant, sur les applications thérapeutiques et médico-légales.

Après les tentatives infructueuses, comme on le sait, de l'application de l'hypnotisme à l'anesthésie chirurgicale, de nouveaux essais ont été faits récemment pour le traitement des maladies nerveuses et mentales au moyen de la suggestion. Ce sont surtout les résultats obtenus par M. Aug. Voisin, chez les aliénés, qui ont fixé l'attention de M. Barth et qui méritent de fixer ici la nôtre en cet instant. M. A. Voisin, qui avait déjà annoncé au dernier congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, avoir obtenu par la suggestion hypnotique des effets très satisfaisants chez des aliénés atteints de délire partiel ou d'excitation maniaque, a réussi depuis, dans de nouvelles tentatives dont il a communiqué les résultats à M. Barth, à provoquer l'hypnotisme chez des hallucinés, des maniaques, des lypémaniaques, des dipsomanes, ainsi que chez des hystériques et des épileptiques frappés d'aliénation. Voici comment il a procédé : « Quand on a réussi à provoquer le sommeil chez un aliéné, dit-il, il est utile de le laisser durer les premières fois pendant douze ou quinze heures et de ne commencer la suggestion que plus tard. Après deux ou trois séances d'hypnotisme, on commence à user de la suggestion ; il faut procéder lentement, agir d'abord sur une conception délirante, sur une hallucination, puis sur d'autres. Les suggestions doivent être faites à haute voix, formulées d'une manière précise et articulées avec autorité. Il faut signifier aux malades de ne plus entendre telle voix, de ne plus avoir telle idée délirante ; leur affirmer que toutes ces idées sont fausses et résultent de leur maladie, qu'ils ne doivent pas y croire, qu'ils guériront, qu'ils sont guéris, etc. » Dans divers cas, deux ou trois séances ont suffi pour amener une guérison qui ne s'est pas démentie depuis plusieurs mois, affirme M. Voisin. Ce sont là évidemment des résultats encourageants et des applications nouvelles à poursuivre, mais avec toute la prudence et la circonspection qu'exigent de pareilles manœuvres, qui, comme on peut le pressentir et comme on le sait déjà par expérience, ne sont pas exemptes de danger.

Enfin le point de vue médico-légal soulève des questions toutes nouvelles et du plus haut intérêt que M. Barth n'a pas omis d'indiquer dans son intéressant travail, qu'il termine par un appendice sur les phénomènes cérébraux produits par quelques substances narcotiques et anesthésiques et leurs rapports avec les symptômes du sommeil naturel et du sommeil non naturel.

DE LA VALEUR NUTRITIVE DES EXTRAITS DE VIANDE

D'après les expériences de Lehmann (1).

Quelques doutes ont été émis dans ces derniers temps sur la valeur alimentaire des extraits de viande, et on est allé jusqu'à les accuser d'être toxiques par les sels de potasse qu'ils contiennent. Il y a quelque témérité, ainsi que le fait observer M. le professeur Pettenkofer, qui nous a adressé une note personnelle à ce sujet, de vouloir conclure d'expériences qui consistent à injecter des sels de potasse dans le sang d'un lapin, lesquels vont immédiatement agir sur le cœur, à ce qui se passe lorsque ces sels pénètrent dans l'économie par les organes digestifs. MM. Lehmann et Bleuler ont fait de nombreuses expériences très intéressantes et des plus probantes à cet égard. Lehmann a fait absorber à des animaux des quantités relativement considérables d'extrait de viande, sans avoir jamais constaté des effets nuisibles. De plus, il a expérimenté sur l'homme : il a pris lui-même en une fois, de 5 à 10 grammes de chlorure de potassium (quantité correspondant à 30 ou 60 grammes d'extrait de viande), et cette dose ne lui a pas produit plus d'effet que les 44 grammes de citrate de potasse ou les 32 grammes de phosphate de potasse (correspondant à 180 grammes d'extrait de viande), pris en douze heures, par le professeur Bunge à Dorpat (actuellement à Bâle). Cela ne peut guère surprendre, car dans 1 livre de viande et 2 livres de pommes de terre, il entre environ 20 grammes de sels de potasse, et nous voyons l'ouvrier des champs, en Irlande, se nourrir abondamment de pommes de terre et absorber ainsi, par jour, jusqu'à 80 grammes de sels de potasse, ce qui correspond au moins à 520 grammes d'extrait de viande de Liebig.

Au reste, ainsi que Liebig l'avait présumé, et comme le professeur Robert l'a reconnu à Dorpat dans ces derniers temps, les actions vivifiantes de l'extrait de viande sont dues à des substances organiques qui lui sont propres : la créatine et l'hypoxanthine, matières qui, pour l'action physiologique et par leur composition chimique, sont très rapprochées du café, du thé, de la caféine.

Reste cependant encore une objection. Soit, dit-on, l'extrait de viande est sans danger pour l'homme arrivé à son entier développement et bien portant ; mais pour les individus faibles, délicats, notamment les enfants, ne peut-il pas devenir dangereux, surtout si l'usage en est prolongé?

A ce sujet, le docteur Lehmann cite deux exemples tirés de la pratique médicale de M. le docteur Oscar Wyss, professeur à l'Université et directeur de l'hôpital des Enfants, à Zurich, qui nous paraissent si concluants que nous croyons devoir les reproduire en entier :

Un enfant, âgé de huit semaines, qui ne supportait le lait sous aucune forme, prit journellement, pendant deux mois, le bouillon de 375 grammes de viande de bœuf. La viande, hachée et pesée exactement, était mise dans l'eau froide et cuite au bain-marie dans une bouteille, pendant deux heures, et le bouillon ainsi préparé était donné à l'enfant. Déjà, au bout de quelques semaines de ce régime, on put donner au malade, en même temps que ce bouillon de viande concentré, de la soupe au biscuit, et, après que l'enfant eut été nourri ainsi *deux mois entiers*, on put le remettre au laitage habituel.

Le second concerne un enfant qui, ayant pesé 4 kilogrammes lors de sa naissance et s'étant très bien porté jusqu'à l'âge de treize mois, fut atteint à cette époque de troubles digestifs qui amenèrent un amaigrissement rapide. La diminution de poids alla en progressant constamment, de telle sorte qu'au bout de cinq mois, l'enfant, âgé d'un an et demi, ne pesait guère que 5 kilogrammes. Il était passé à l'état de squelette; tout vestige de graisse semblait avoir disparu, la peau était flasque et vidée.

Lorsque le docteur Wyss se chargea du traitement de l'enfant, il était impossible de lui faire prendre la moindre quantité de lait ou d'une préparation lactée quelconque. On eut alors recours au bouillon de viande concentré, qui fut d'abord donné par petites

(1) Extrait de la *Gazette sanitaire de Bordeaux et de la province.*

quantités et bientôt après à doses très fortes. L'enfant prenait journellement 1 litre de bouillon préparé avec 1/2 kilogramme de viande et non salé. Dès le premier jour, il l'avala avec plaisir. Cinq fois par jour et à des intervalles convenables, il prenait de la nourriture, le bouillon de viande alternant avec un mélange de blancs d'œufs mélangés et de sherry. Plus tard, on ajouta aussi un peu de viande crue et râpée avec du sherry et du sucre. Ce traitement fut continué pendant quatre mois, durant lesquels on a employé 150 kilos de viande de bœuf désossée et dégraissée, à savoir : 500 grammes par jour pendant le premier mois et 1350 grammes les trois mois suivants. Il fut en même temps fait usage de 600 œufs. Le professeur Wyss avait commencé le traitement de la maladie en juillet, et, au commencement d'août, le poids commence à augmenter, d'abord de 25 grammes par semaine; à la fin de décembre, l'enfant était de nouveau rose et bien portant, et pesait 10 kilos. Pendant tout l'hiver et plus tard encore, l'enfant prit, outre le lait et des aliments farineux redevenus sa nourriture principale, la décoction de 500 grammes de viande coupée. Cette petite fille a aujourd'hui sept ans; elle jouit d'une parfaite santé, ainsi que le docteur Lehmann a pu s'en convaincre lui-même, et se développe d'une façon normale.

M. Lehmann a calculé l'équivalent d'extrait de viande et de sels de potasse que chacun des enfants avait absorbé par jour en moyenne en partant de cette base que 1 kilogramme d'extrait correspond à 30 kilogrammes de viande fraîche. Il a trouvé que le premier, âgé de huit semaines, avait pris par jour 15 grammes d'extrait de viande, et le deuxième (pendant les trois derniers mois de sa maladie), 55-60 grammes. Les pesées du corps manquent pour le premier enfant; quant au second, malgré l'état de cachexie où il était tombé, il a non seulement fort bien supporté, par jour, un centième environ de son poids d'extrait de viande préparé directement à la maison, mais encore ses forces se sont relevées rapidement à ce régime.

De ses expériences, le docteur Lehmann tire les conclusions suivantes :

1° L'extrait de viande de Liebig n'est point un toxique du cœur et n'exerce aucune action spéciale sur cet organe;

2° Les personnes bien portantes ou malades peuvent, sans aucun danger, en absorber des quantités aussi fortes que leur estomac peut le supporter, et cela pendant des mois;

3° Les bouillons de viande préparés chez soi contiennent même plus de potasse que ceux préparés avec une quantité équivalente d'extrait de Liebig.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Origine des tumeurs congénitales. — **M. LARGER**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Kirmisson (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 365), élève quelques doutes sur le diagnostic de méningocèle admis par plusieurs de ses collègues dans ce cas. Ce diagnostic, dit-il, ne peut être basé d'une façon précise que sur la nature du liquide et sur le point d'attache. Or M. Larger a déjà démontré que le liquide clair n'est pas caractéristique de la présence des méninges, et qu'il peut exister dans toute autre tumeur congénitale. Quant au point d'attache, il peut être le même pour tous les kystes congénitaux. Les méningocèles ont été niées par Houel; elles sont extrêmement rares pour M. Larger qui n'en connaît, parmi les cas publiés, qu'un seul exemple bien certain. La tumeur dont a parlé M. Kirmisson est donc, pour M. Larger, un kyste congénital, peut-être dermoïde.

M. Larger repousse la théorie de l'inclusion pour expliquer la formation des kystes dermoïdes. Il invoque le travail néoformatif considérable qui se fait au voisinage des fentes branchiales pour expliquer tous les cas observés.

M. TRÉLAT proteste contre ces théories absolues. Tous les faits ne peuvent pas s'expliquer par une seule théorie. Il est inadmissible de vouloir donner une seule origine à toutes les tumeurs congénitales. M. Trélat ajoute qu'il n'y a pas une grande différence entre la théorie admise par M. Larger et l'inclusion telle qu'on la comprend généralement,

M. KIRMISSON s'est abstenu d'aller rechercher avec un stylet les rapports de la tumeur avec le canal médullaire. Il ne comprend pas que M. Larger nie l'existence des méningocèles de la région vertébrale; il y a des exemples qui ne laissent aucun doute sur ce sujet. Contrairement à M. Larger, il continue à admettre la théorie de l'inclusion pour la formation des kystes dermoïdes.

M. TILLAUX croit qu'il faut réserver le nom de kystes dermoïdes à ceux dont la poche est constituée à l'intérieur par les éléments de la peau. Il ne faut pas confondre ces kystes avec les kystes par inclusion fœtale du testicule ou de l'ovaire dans lesquels on trouve des poils, des os, etc. Il y a une troisième espèce, c'est le kyste branchial du cou. Le kyste branchial n'est plus le kyste dermoïde. Ce n'est pas le même mode de formation.

M. KIRMISSON rappelle les kystes de la membrane thyroïdienne, adhérents à l'os hyoïde, qui sont des kystes bronchiaux et non des kystes dermoïdes.

M. LARGER demande qu'on prouve l'existence des méningocèles dont parle M. Kirmisson. Il ajoute n'avoir jamais confondu les kystes dermoïdes avec les kystes branchiaux. C'est précisément sur l'extrême variété des tumeurs qu'on trouve dans le même point, qu'il s'appuie pour repousser la théorie de l'inclusion.

Rétrécissement uréthral. — **M. HUMBERT** fait un rapport sur une observation adressée par M. de Santi, médecin militaire, qui l'a recueillie au Tonkin et qu'il intitule : rétrécissement uréthral d'origine syphilitique.

Il s'agit d'un jeune soldat qui portait à la partie postérieure de l'urèthre et au périnée une tumeur en forme de crosse de pistolet. Ce malade avait une rétention d'urine; une bougie n° 6 s'arrêtait à 14 centimètres du méat. M. de Santi pensa avoir affaire à un phlegmon péri-uréthral; il fit une incision qui donna issue à un liquide louche, épais, sur la nature duquel il n'était pas fixé. Après cette ponction, il crut devoir diagnostiquer un syphilome de la région bulbaire de l'urèthre. Cependant le malade n'avait aucun signe de syphilis. M. de Santi prescrivit l'iodure de potassium. Trois jours plus tard l'induration avait beaucoup diminué et la plaie de l'incision était cicatrisée; le malade urinait mieux; la bougie ne put passer qu'un peu plus tard.

M. Humbert élève des doutes sur l'origine syphilitique de cette tumeur. Il croit qu'il s'agissait plutôt d'une infiltration urineuse. Il ne connaît pas de rétrécissements syphilitiques de l'urèthre.

M. BOUILLY a vu récemment un malade qui paraissait atteint d'une infiltration d'urine et qui, en réalité, était atteint d'une gomme de la région périnéale. Le sirop de Gibert amena la résorption de cette tumeur. Ce fait est à rapprocher de celui dont vient de parler M. Humbert.

M. HUMBERT fait observer que chez le malade de M. de Santi il y avait une rétention d'urine qui n'existait pas chez le malade de M. Bouilly.

Sarcomes vasculaires des os. — **M. THOMAS** (de Tours) communique l'observation d'un garçon de vingt-neuf ans qui se fractura le bras en février 1885. La consolidation était parfaite après soixante-dix jours. Il fait une nouvelle chute sur le bras. Quand il se présente pour faire son service militaire, le médecin le refuse pour une atrophie et une faiblesse du bras droit. Un an après le premier traumatisme, il ne pouvait plus se servir de son bras. Il entre dans le service de M. Thomas au mois de mars; son bras était en fuseau. Il y avait une tumeur fluctuante, avec une mobilité anormale à la partie moyenne du bras. Pas de battements, pas de bruit de souffle, pas de réductibilité. M. Tho-

mas crut à un abcès sous-périosté. Il fit une ponction exploratrice qui donna issue à 500 grammes de liquide sanguin. La poche vidée, on ne sentait plus de surface osseuse. Il diagnostique alors une tumeur vasculaire de l'humérus. Il essaie de la compression, mais le liquide se reproduit après quinze jours; nouvelle ponction donnant 620 grammes de liquide. Nouvelle compression; troisième ponction donnant du sang veineux absolument pur. M. Thomas propose alors la désarticulation de l'épaule, étant donnée l'augmentation de la raréfaction osseuse. L'épaule fut désarticulée; l'opération fut assez simple. Le malade aujourd'hui va très bien.

L'examen de la pièce montre qu'il n'existe pas de communication directe entre la tumeur et l'artère humérale. Les muscles du bras étaient absolument sains, ainsi que les vaisseaux et les nerfs. La cavité paraît formée par le périoste. La face interne de la poche présente un aspect réticulé qui rappelle celui de la face interne des cavités cardiaques. La paroi interne est extrêmement mince mais continue. Il semble que la raréfaction de l'os se soit accomplie de la moelle à la périphérie. Les deux extrémités osseuses paraissent absolument saines. Il existe deux petites poches charnues qui, examinées par M. Latteux, ont été reconnues pour du sarcome fasciculé. Ce fait distingue cette observation de celles qui ont été décrites par M. Richet, et qui étaient des tumeurs vasculaires simples. Il résulte de ce fait qu'il faut examiner avec le plus grand soin les tumeurs dites vasculaires simples, dont on peut même mettre en doute l'existence.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE insiste sur cette intéressante observation. Il croit qu'il s'agit d'un sarcome pur et il est probable que ce malade succombera prochainement à une infection sarcomateuse généralisée. La maladie s'est développée avec une rapidité extraordinaire. Il y a eu dans ce cas, comme dans presque tous les cas de ce genre, un traumatisme. Il cite plusieurs faits analogues, entre autres celui d'un enfant qui était tombé d'un arbre; il ressentit des douleurs dans le fémur avec gonflement. M. de Saint-Germain et lui pensèrent qu'il s'agissait d'une ostéomyélite et conseillèrent la trépanation. En incisant, M. Lucas-Championnière trouva une poche contenant des caillots et eut une hémorrhagie extrêmement abondante; il fit séance tenante l'amputation de la cuisse.

L'examen de la pièce montra une paroi dans laquelle il fut impossible de rien trouver qui constituât le sarcome, puis, tout autour, un os nouveau qui avait une longueur de 12 centimètres. M. Lucas reforma alors son diagnostic et revint à celui d'ostéomyélite. L'enfant alla bien et se rétablit très promptement. Mais, deux mois après, il eut une récidive dans le moignon et des ganglions sarcomateux; l'enfant succomba à un cancer des deux poumons. M. Lucas-Championnière n'a jamais rencontré de tumeurs vasculaires des os et a rencontré souvent des sarcomes. Il y a donc lieu de se demander si ces tumeurs vasculaires des os existent réellement. M. Lannelongue est partisan, dans ces cas, de la désarticulation de l'os; il a parfaitement raison, et encore dans ces cas la généralisation à brève échéance est-elle la règle.

M. ANGER rappelle un cas qu'il a communiqué et dans lequel il fut impossible de trouver la moindre cellule sarcomateuse. Il croit qu'il faut continuer à admettre l'existence de tumeurs anévrysmales des os.

M. POLAILLON rappelle l'observation d'un jeune garçon de dix-huit ans auquel il a enlevé les trois quarts de la clavicule pour un sarcome. Moins de deux mois après, il a eu une récidive de sarcome, à deux reprises. Un an après ces opérations, il est mort avec des sarcomes généralisés. Ce fait vient donc à l'appui des récidives rapides et de la gravité des ostéo-sarcomes.

Il rapproche de ce fait celui d'un homme de cinquante-sept ans qui paraissait atteint d'une tumeur blanche du coude. C'était un sarcome; M. Polaillon fit la désarticulation de l'épaule, et ce malade vit encore, sans récidive.

M. MARCHAND cite un exemple dans lequel la récidive n'a pas encore paru deux ans après l'opération. C'était un homme de trente-quatre ans.

M. DELORME fait une communication sur deux cas très intéressants de restauration partielle de la voûte palatine et de rhinoplastie. (Comm. : MM. Bouillyet Polaillon.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 avril 1886, M. Naïl, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de réserve.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 avril 1886, la composition du conseil de perfectionnement des écoles vétérinaires, institué par l'arrêté du 20 février dernier, a été ainsi déterminée :

Le ministre de l'agriculture, président.

M. Hervé Mangon (de l'Institut), vice-président.

MM. Pasteur (de l'Institut); Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Tisserand, directeur de l'agriculture; de Cormette, directeur des haras; Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires; Leblond, inspecteur général des services sanitaires des animaux domestiques; Risler, directeur de l'Institut agronomique; Lavalard, membre du conseil supérieur de l'agriculture; Capon, vétérinaire principal; Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon; Baillet, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse; C. Leblanc, membre de l'Académie de médecine; Quivogne, vétérinaire à Lyon; Guittard, vétérinaire à Astoffort; Larmet, vétérinaire à Besançon.

— M. le docteur Le Juge de Segrais vient de recevoir la décoration de chevalier de l'ordre du Christ de Portugal pour services professionnels rendus aux nationaux portugais pendant près de dix années.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du jeudi 12 août au jeudi 19 août 1886 inclusivement, sous la présidence de M. Friedel, professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris.

Les personnes qui désireraient faire des communications au Congrès de Nancy sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter à M. le docteur C.-M. Gariel, secrétaire du Conseil de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris, ou à M. le docteur Stœber, secrétaire général du Comité local, 66, rue Stanislas, à Nancy.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bertin-Sans, aide de physiologie, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Lauret, démissionnaire.

M. Gervais de Rouville (Jules-Paul-Georges), bachelier ès lettres et bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1886, des fonctions d'aide de physiologie, en remplacement de M. Bertin-Sans, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Labussière (Henri-Constant) est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Vizern, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Friedel, professeur de chimie organique, est nommé assesseur du doyen, en remplacement de M. Hermite, non acceptant.

— L'assemblée générale annuelle de la caisse des pensions de retraite du corps médical français, aura lieu le dimanche 2 mai 1886, à dix heures du matin, salon du grand Véfour.

— M. le docteur Le Dentu est nommé chirurgien du collège Rollin, en remplacement de M. le docteur Gillette, décédé.

— M. le docteur Saliéges est nommé médecin du lycée d'Alger (petit lycée de Ben-Aknoun). (Emploi vacant.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19430.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de cette séance a été occupée par l'exposé analytique que M. Lagneau a fait, de vive voix à la tribune, d'un travail très considérable sur une importante question d'hygiène scolaire : le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles. Se fondant sur des témoignages nombreux d'universitaires et de médecins des deux mondes, qu'il a scrupuleusement compulsés et dont il cite et reproduit un peu compendieusement les textes, M. Lagneau en fait ressortir la constatation d'un accord à peu près unanime sur les inconvénients et les dangers du surmenage intellectuel et de la trop grande sédentarité auxquels sont soumis en général les enfants et les jeunes gens dans presque toutes les écoles et les établissements universitaires. Il en déduit et démontre la nécessité de réformer les programmes d'étude trop étendus, trop encyclopédiques, imposés à nos jeunes gens, et de restreindre le travail trop continu, trop considérable, exigé de leur intelligence. C'est à l'étude de cette grave question, la plus importante sans contredit au double point de vue de la santé et de l'avenir de nos enfants, et qui intéresse au plus haut point, pour nous servir de ses propres expressions, la prospérité démographique de la portion instruite de notre nation, qu'est consacré le travail que M. Lagneau a déposé sur le bureau de l'Académie, après en avoir indiqué l'objet et développé quelques-uns des points principaux. L'étendue de ce travail ne nous ayant pas permis d'en présenter aujourd'hui l'analyse dans notre compte rendu, nous y reviendrons à huitaine.

L'Académie, après cette lecture, est revenue à la discussion en cours. C'est M. Cornil qui a pris encore une fois la parole. Son discours bref, incisif, tranchant, étayé sur des faits précis opposés à la théorie hypothétique du microzyma de M. Béchamp, dont il ne voit nulle part la preuve, nous fait singulièrement l'effet d'une exécution..... Mais attendons la fin et ne nous hâtons pas de conclure. M. Béchamp a réclamé et obtenu la parole pour mardi prochain. N'avons-nous pas aussi à entendre encore M. Gautier?

Nous signalerons trois communications intéressantes faites : par M. le professeur Cazeneuve (de Lyon), sur les procédés de coloration des vins au point de vue hygiénique ; par M. Duroziez, sur le pouls veineux présystolique dans la chloro-anémie, et par M. Gibier, sur un procédé de désinfection. On trouvera un résumé de ces deux dernières communications dans le compte rendu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Pneumonie lobaire, état infectieux ; mort.

Depuis samedi nous avons perdu plusieurs malades ; l'un d'eux surtout était un cas intéressant, et je voudrais vous en entretenir aujourd'hui, tant au point de vue des phénomènes morbides observés pendant la vie que des lésions révélées par l'autopsie.

Il s'agit d'un homme atteint de pneumonie, mais dans des conditions toutes particulières.

Ce malade, cordonnier, âgé de soixante-quatre ans, n'avait jamais eu, auparavant, de maladie grave. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, le 30 du mois dernier — il y a aujourd'hui quatorze jours — il était souffrant depuis huit jours, se plaignant d'une douleur dans le côté droit de la poitrine, et toussant. Néanmoins il avait pu continuer à travailler jusqu'au 28 au soir.

Absent du service pendant quelques jours, je ne pus l'examiner que quatre jours après son arrivée dans nos salles. Cet homme toussait, mais son expectoration, muqueuse, était à peu près insignifiante ; on entendait des râles sibilants et sous-crépitants, un peu dispersés dans les deux côtés de la poitrine, qui ne nous renseignaient que très faiblement au point de vue d'une inflammation du parenchyme pulmonaire. En même temps la température oscillait entre 39 et 40 degrés, et les battements du pouls entre 100 et 110.

En somme il y avait une sorte de contradiction entre certains phénomènes qui indiquaient bien plutôt une trachéo-bronchite et le point de côté qui semblait être l'indice de quelque chose de plus.

Le lendemain la fièvre était un peu plus forte (110 à 116 pulsations) ; le malade était assez abattu, les yeux brillants, la douleur de côté toujours assez vive. L'expectoration cependant n'était pas colorée comme dans la pneumonie, les crachats étaient un peu jaunes verdâtres ; mais leur viscosité, leur aération, leur transparence, leur cohérence telles

qu'ils formaient masse dans le crachoir, avaient tous les caractères de ceux de la pneumonie, moins la coloration. A droite, dans l'aisselle, à l'auscultation, on entendait des râles sous-crépitants; en arrière, dans la région sous-scapulaire, du souffle, de la bronchophonie; on percevait, à la percussion, une matité très prononcée; les vibrations étaient conservées au-dessous du souffle et des râles sibilants ainsi que du côté gauche.

En résumé nous portâmes le diagnostic de bronchite compliquée de pneumonie lobaire du côté droit, et comme traitement nous prescrivîmes une nouvelle application de ventouses — notre chef de clinique en avait fait appliquer déjà, une première fois, le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital — et une potion au cognac.

Le point de côté disparut. Mais le lundi 4 de ce mois, la température s'était relevée à 40°,6, le pouls à 120, l'état local restait le même : matité, souffle, bronchophonie. C'est alors que j'ordonnai le tartre stibié à haute dose : 25 centigrammes dans une potion gommeuse administrée par cuillerée toutes les deux heures, en ayant soin de s'arrêter après trois vomissements ou trois selles ou bien encore après deux vomissements et une selle. C'est cette dernière éventualité qui se produisit et la médication fut suspendue après la quatrième cuillerée.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable se produisait : la température était tombée à 39°,6 et le pouls à 110; les phénomènes locaux avaient également diminué en ce sens qu'on entendait à l'auscultation une grosse crépitation à bulles inégales, véritable crépitation de retour.

Le mardi et le mercredi l'amélioration se prononça de plus en plus : la température oscilla entre 38 et 39 degrés et le pouls entre 80 et 90 pulsations, si bien que le malade semblait devoir entrer promptement en convalescence. Il demandait même à manger, et nous lui permîmes des potages, tout en continuant la potion au cognac.

Tout semblait donc marcher vers une guérison prochaine lorsque, le jeudi soir, nous fûmes surpris de constater une recrudescence de la fièvre, une température remontant de 38°,4 à 40 degrés; le lendemain même, elle s'élevait plus haut encore et atteignait le soir 41°,3. En même temps le malade présentait un certain degré d'anxiété et dans la nuit un peu de subdelirium. Cependant l'examen de la poitrine ne nous révélait rien de particulier, aucun signe d'un retour de la pneumonie. L'expectoration n'était plus visqueuse comme au début de la maladie; seul, un certain degré de matité persistait encore.

Enfin le samedi la situation était grave; le matin nous constations une température de 40°,4 et un pouls de 124 pulsations; le soir 41°,2 et 132 pulsations. Néanmoins l'auscultation et la percussion ne nous révélaient absolument aucun signe de récidive de la pneumonie : point de souffle, point de bronchophonie. On entendait seulement de loin en loin un peu de sibilance dans les deux côtés de la poitrine et quelques râles sous-crépitants à droite.

En présence de quelle affection nouvelle nous trouvions-nous donc? S'agissait-il de quelque noyau central de pneumonie entouré par un tissu parenchymateux sain? Cela nous paraissait la seule hypothèse possible, sans qu'il nous fût permis cependant de l'affirmer. Dans tous les cas, l'état était grave, le malade était pâle, anxieux, subdélirant, bien qu'il n'y eût ni dyspnée, ni respiration précipitée; et nous nous prononcions soit pour une pneumonie centrale probable avec recrudescence des phénomènes généraux, soit pour un état général à marche rapide vers un dénouement funeste.

La nuit suivante, c'est-à-dire la nuit du samedi au dimanche, le malade succombait, soit douze jours après son entrée à l'hôpital et vingt jours après le début des premiers accidents.

L'autopsie, faite par notre chef de laboratoire, M. Gaucher, nous a révélé les faits suivants :

Congestion très intense des deux poumons; plusieurs noyaux d'hépatisation dans la partie centrale du poumon droit; une rate très volumineuse, diffluente comme lorsqu'il s'agit d'un état infectieux; des reins très congestionnés également, volumineux, types aussi d'un état infectieux, d'une néphrite de nature infectieuse; un foie très gros présentant d'assez nombreux îlots de dégénérescence graisseuse, la vésicule biliaire contenant trois gros calculs, ronds et verdâtres comme des olives d'Espagne; du reste j'avais oublié de vous dire, en décrivant les phénomènes morbides de notre malade, que sa peau présentait une certaine teinte subictérique.

Quant au cœur, nous avons trouvé une valvule mitrale un peu altérée mais déjà de date ancienne.

En somme, l'autopsie nous présente tous les caractères d'un état infectieux, elle nous explique la mort par un état général, dont nous ignorons la cause, et non par le poumon.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette.

(Leçon recueillie par M. H. Désir de Fortunet, interne du service.)

I

Bien souvent déjà les fibromes intra-pariétaux ont attiré l'attention des chirurgiens. Si parfois un long pédicule, rattachant ces tumeurs au squelette, semblait indiquer leur origine périostique, personne n'hésitait à reconnaître que parfois elles pouvaient se développer aux dépens des aponévroses. Dernièrement (1) cependant, le docteur Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, reprenait la question à propos d'une tumeur qu'il avait cru adhérente à la sclérotique et qui, en réalité, n'avait avec la couche externe du globe de l'œil que des rapports de contiguïté. M. Lagrange déniait à ces tumeurs fibreuses toute origine aponévrotique pour les regarder comme développées uniquement aux dépens du tissu conjonctif voisin. Si cette hypothèse est vraie dans certains cas, elle est cependant loin d'être toujours confirmée par les faits.

Bodin, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1861), accepte l'opinion de Huguier et de Nélaton regardant ces tumeurs comme nées du périoste.

Quelques années plus tard, Salesses (thèse de Paris, 1876) se déclare aussi franchement partisan de l'origine périostique.

En 1877, M. Bard publie dans le *Lyon médical* l'observation d'une malade opérée par M. Fochier, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, pour une tumeur fibreuse déve-

(1) *Progrès médical*, 26 décembre 1885.

loppée dans les tendons des grands droits et fixée au pubis sur une étendue de 3 centimètres. Malgré cette adhérence, il regarde la tumeur comme étant avant tout d'origine aponévrotique.

A la même époque, M. Guyon fait paraître un mémoire qu'il intitule : *Fibromes aponévrotiques intra-pariétaux,* dans lequel il établit nettement l'origine aponévrotique de ces tumeurs, leurs connexions avec le squelette ne s'établissant que secondairement, Ces tumeurs, dit-il, apparaissent tout d'abord loin des points osseux qu'on veut leur assigner pour origine. Ce n'est que plus tard qu'elles sont entraînées près du squelette par la contraction musculaire, par la tension des membranes fibreuses, par la rétraction de ces tissus et par l'envahissement progressif de leur propre substance.

L'année suivante, en 1878, M. Nicaise lut à la Société de chirurgie la relation d'un cas observé par Letailleur (d'Alençon). Il s'agissait d'une tumeur fibreuse implantée sur la paroi profonde de la ligne blanche par une base assez large, mais n'envoyant au squelette aucun prolongement. Cherchant des observations analogues dans les ouvrages étrangers, M. Nicaise rapporte plusieurs observations dues à Suadicani, à Billroth, à Esmarch. Partout ce sont des tumeurs adhérentes à la face profonde du *fascia transversalis* et présentant par conséquent des rapports intimes avec le péritoine.

Des faits semblables avaient déjà été observés par Limange et M. Bouchacourt et rapportés dans la *Gazette des hôpitaux* de 1850 et 1851. Dans la même revue, M. Panas publiait, en 1873, l'observation d'un fibro-myome développé dans les parois abdominales et relié au squelette par un long pédicule.

Si l'on veut classer, au point de vue de leurs connexions, les fibromes développés dans l'épaisseur des parois abdominales, on voit immédiatement que ces tumeurs peuvent être rangées en plusieurs groupes :

1° Les unes sont adhérentes au périoste seul :

Cruveilher (*Traité d'anat. path.*), Depaul (Soc. de chirurg., 1877), etc. ;

2° D'autres sont fixées au périoste et aux aponévroses :

Nélaton (*Union méd.*, 1859 et *Gaz. des hôp.*, 1862), Bodin, Huguier (*Union méd.,* 1863), Bottini (*Union méd.*, 1874), Richard (*Gaz. des hôp.*, 1862), Blandin (*Bull. Ac. de méd.*, t. VIII), Salesses, Panas, Guyon, Bard, etc. ;

3° D'autres ne sont adhérentes qu'aux aponévroses :

Limange, Bouchacourt, Suadicani, Billroth, Letailleur.

Enfin, suivant les idées de M. Lagrange, on devrait former un quatrième groupe comprenant les tumeurs fibreuses développées dans le tissu cellulaire et n'ayant avec les aponévroses que des rapports de contiguïté.

C'est dans cette catégorie que M. Lagrange voudrait faire rentrer toutes les productions fibreuses intra-pariétales. Nous ne pouvons admettre une telle hypothèse; l'observation que nous apportons étant une nouvelle preuve en faveur de l'origine aponévrotique.

Il est vrai qu'en parcourant les quelques observations de tumeurs fibreuses développées dans les parois abdominales, mais sans connexion avec le squelette, on est immédiatement frappé par l'unité de leur siège. Toutes étaient fixées à la paroi profonde du *fascia transversalis*, développées par conséquent dans le tissu conjonctif qui recouvre le péritoine, et toujours plus ou moins adhérentes à la séreuse. Il semble donc que l'aponévrose du transverse ait, en quelque sorte, le monopole de la production de ces tumeurs fibreuses, ou que la cause de ce siège doive être recherchée dans la présence, à ce niveau, d'une couche plus ou moins considérable de tissu conjonctif. L'opinion de M. Lagrange paraît ainsi recevoir un commencement de confirmation.

Nous avons trouvé des exemples nombreux de tumeurs fibreuses adhérentes au *fascia lata*, à l'aponévrose poplitée, à l'aponévrose cervicale, au manchon fibreux qui entoure les muscles de l'avant-bras; mais nous n'avons vu aucune observation où il fût nettement indiqué que la tumeur était fixée à l'aponévrose du grand ou du petit oblique, et sans union aux dernières côtes, aux épines iliaques ou à la crête pubienne. M. D. Mollière nous a dit cependant avoir déjà enlevé des tumeurs fibreuses semblablement situées, ainsi que des fibromes adhérents au centre ovale aponévrotique du trapèze, et sans connexion avec les apophyses des vertèbres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Ranvier dans la section d'anatomie pathologique ; — M. le docteur Ossian Bonnet (de Rio-Janeiro) se porte candidat au titre de membre correspondant ; — M. le docteur Sandras adresse une note intitulée : *Comment peut-on tendre et détendre les cordes vocales?* (Comm. : M. Gariel.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET LA THÉORIE MICROBIENNE

M. Cornil demande à répondre quelques mots à M. Béchamp, à propos de l'origine et de la morphologie des micro-organismes. Qu'est-ce que les microzymas? se demande M. Cornil. Il rappelle la définition qu'en a donnée M. Béchamp; c'est une classe nouvelle, un ordre nouveau de productions organisées répandues partout. L'origine de la conception de la doctrine de M. Béchamp est dans l'assimilation, dans la confusion qu'il établit entre les granulations moléculaires ou élémentaires répandues partout et les micro-organismes. Ces granulations deviennent des microcoques, des bâtonnets, des filaments, etc. Or la preuve de cette transformation n'a pas été donnée, tandis que nous savons que les tissus normaux d'un animal sain, pris pendant sa vie ou immédiatement après sa mort, mis dans un liquide de culture stérilisée, avec toutes les précautions désirables, ne donnent lieu à aucune végétation microbienne. C'est ce qu'ont prouvé les expériences de MM. Pasteur, Duclaux, Cornil, Babès, etc.

Elles prouvent qu'il n'y a pas, dans les cellules des organes internes ni du sang, de granulations capables de donner lieu à une végétation de microbes. Elles minent absolument, par conséquent, la conception des microzymas de M. Béchamp. Cette démonstration est faite depuis longtemps, non seulement par les travaux de M. Pasteur, mais encore de ses élèves et de presque tous les savants qui s'occupent de bactériologie.

M. Cornil croit utile de montrer et de critiquer les origines expérimentales de la doctrime des microzymas de M. Béchamp. Il rappelle l'expérience consistant à ajouter de la craie à un bouillon de levure ou de sucre de canne et à obtenir ainsi une fermentation. M. Béchamp conclut de cette expérience que la craie contenait des microzymas qui sont devenus des microcoques ou des bâtonnets dans le bouillon nutritif. Mais cette craie, ajoute M. Cornil, avait été extraite depuis un an de la carrière, n'avait-elle retenu aucun germe de l'air? Poser la question, c'est la résoudre. Un morceau de viande a d'abord été coagulé à la surface par ébullition de quelques minutes, puis aban-

donné à l'air où il s'est putréfié. La périphérie présentait des vibrions, mais non le centre, qui contenait des bactéries diverses. M. Béchamp en conclut que ces dernières proviennent de microzymas existant antérieurement dans les tissus. Est-ce que les bactéries quelconques, ajoute M. Cornil, ne peuvent pas pénétrer à la surface de cette viande. Et si certaines bactéries ont pullulé à la surface, tandis que d'autres végétaient dans la profondeur, cela prouve uniquement, suivant M. Cornil, que les vibrions avides d'air sont restés à la surface, tandis que les microbes anaérobies vivaient dans la partie centrale.

Cette expérience ne semble-t-elle pas tout à fait comparable à celle dans laquelle on débouche un flacon contenant un bouillon stérilisé. Tant que le flacon est bouché, il ne se produit rien dans son intérieur; si l'air y arrive, le bouillon se trouble et montre une infinité de micro-organismes. Les aérobies sont à la surface, les anaérobies au fond du liquide.

Dans une réponse au discours de M. Peter, je disais qu'il ne fallait pas s'étonner que M. A. Béchamp fût à peu près seul de son avis. Il cite comme partageant ses convictions ses collaborateurs et deux auteurs qui font du mot microzyma le synonyme de micrococcus. S'il en était ainsi, toute la doctrine de M. Béchamp s'évanouirait.

M. Béchamp n'a donné aucun caractère des microzymas, ni par les procédés de coloration ni par les procédés de culture et d'isolement. On ne sait ce que c'est.

M. Béchamp n'a nullement prouvé les modifications qu'il croit que ce microzyma subit. Pour lui cet être indéterminé, cette granulation d'une petitesse extrême faisant partie des végétaux, des animaux et des minéraux peut devenir l'une quelconque des bactéries et des moisissures connues, et elle serait l'origine de tous ces petits êtres appartenant au régime végétal. Comme il n'existe aucune preuve de cette sorte de transformation qui se passerait en un temps très court, je pourrais dire : attendons que M. Béchamp nous apporte des faits confirmatifs.

Mais on sait qu'il existe une grande quantité de bactéries de toute sorte, de moisissures, de champignons microscopiques, bien connus, bien déterminés, possédant une morphologie, leurs caractères propres et leur manière de se comporter, et ayant enfin des propriétés pathogènes spéciales, pour telle ou telle classe d'animaux, que beaucoup d'espèces déterminées sont en relation de cause à effet avec une maladie donnée.

Comment concevoir que toutes ces espèces proviennent d'une même origine, du microzyma de M. Béchamp ?

On sait, au contraire, que lorsqu'on sème une bactérie donnée sur une substance nutritive, on n'obtient que cette bactérie et nulle autre.

En un mot et pour conclure, M. Béchamp n'apporte aucune preuve directe à sa doctrine des microzymas. Elle est en contradiction avec toute l'œuvre de ces dernières années par laquelle on a spécifié les espèces de bactéries et avec les idées générales qui dominent l'histoire naturelle des êtres organisés.

M. BÉCHAMP demande à être inscrit pour répondre à M. Cornil dans la prochaine séance.

LECTURES

Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles. — M. LAGNEAU dépose sur le bureau de l'Académie un travail très étendu sur ce sujet, dont il fait de vive voix un exposé analytique et dont il lit seulement quelques fragments. (Voir le Premier-Paris.)

Coloration des vins. — M. CAZENEUVE (de Lyon), correspondant de l'Académie, fait une courte communication sur les procédés de coloration des vins.

Pouls veineux présystolique dans la chloro-anémie. — M. DUROZIEZ fait sur ce sujet la communication suivante :

Il est si important de ne pas diagnostiquer des lésions du cœur chez des individus simplement chlorotiques ou chloro-anémiques, faute souvent commise, que tout signe qui aide au diagnostic de la chloro-anémie est bien venu. Ce signe est fourni par l'inspection des jugulaires; on assiste à une danse spéciale des jugulaires; cet article pourrait être intitulé : de la Danse chloro-anémique des jugulaires. On a dit que ces mouvements sont physiologiques, ils ne se voient pas dans l'état normal; ils ne se voient que dans la chloro-anémie, d'autant plus forts que celle-ci est plus grave. L'auscultation n'est pas nécessaire; où on voit des mouvements, on entend des souffles.

L'examen des veines du cou, qui doit toujours précéder celui du cœur, n'est pas assez pratiqué. On croit trop que les instruments sont nécessaires; on ne les a pas toujours à sa disposition et ils sont inférieurs à nos sens. Que de temps pris par l'examen d'une seule artère! Le diagnostic ne se fait pas par l'examen d'une radiale. J'ai eu le temps d'étudier toutes les artères, toutes les veines, le cœur; vous n'avez pas encore enregistré, plus ou moins sûrement, le pouls radial. La clinique se fait avec les doigts, les yeux, les oreilles et le cerveau.

Dans la chloro-anémie l'affaissement de la jugulaire a lieu pendant la systole et non pendant la présystole; le pouls veineux est présystolique. Parrot ne pouvait pas attribuer le battement de la jugulaire à l'insuffisance de la tricuspide parce que le battement n'est pas systolique. Il suffit de tenir la carotide et de regarder le pouls veineux; on voit le pouls jugulaire précéder le pouls carotidien et la veine s'affaisser en même temps que la carotide bat. Nous n'avons pas besoin d'instrument pour le constater. Les cas ne manquent pas.

Les souffles sont d'autant plus intenses que les mouvements sont mieux dessinés.

Il est facile d'expliquer la succession des souffles au premier et au deuxième temps. Après la présystole, le sang descend dans l'oreillette, un souffle se forme, puis le ventricule se dilate, un second souffle apparaît.

Pour les mouvements, la présystole rejette le sang en arrière et produit le pouls veineux; puis la veine s'affaisse quand l'oreillette se dilate.

Le souffle du deuxième temps peut s'entendre aussi bien au-dessous qu'au-dessus de la clavicule. On a l'explication de ces souffles extra-cardiaques qui ne sont que des souffles anémiques. Pourquoi ne pas faire des souffles veineux du cou des souffles extra-cardiaques?

Les bruits chloro-anémiques du cœur sont mal connus et trop souvent pris pour des bruits organiques valvulaires ou péricardiques. C'est là qu'est tout l'intérêt de l'étude des maladies du cœur. La thérapeutique s'en ressent.

Étuve à désinfection. — M. PAUL GIBIER lit une note pour présenter une étuve à désinfection se démontant, de telle façon qu'elle peut être introduite dans la chambre même du malade. L'auteur a eu pour but en construisant cet appareil d'éviter la dissémination des germes morbides par le transport des effets au dehors. Cette étuve est construite en tôle mince galvanisée et doublée de feutre à l'extérieur; elle rappelle l'appareil à stérilisation de Koch et comme lui elle *stérilise* la literie, même un *sommier*, au moyen de la vapeur d'eau à 100 degrés. On sait que quelques rares microbes résistent à cette température pendant un temps assez long, mais lorsqu'ils restent soumis pendant trois quarts d'heure ou une heure à ce degré de chaleur humide il est bien exceptionnel d'en voir survivre. En tous cas M. Paul Gibier a vu périr dans son appareil tous les microbes pathogènes sur lesquels il a expérimenté et il cite notamment le bacille du choléra, celui de la fièvre typhoïde, plusieurs sortes de micrococcus, des levures, des champignons du genre aspergillus tel que l'*aspergillus fumigatus*, l'*A. flavescens*, du sang desséché contenant le microbe du charbon symptomatique, etc., etc.

La cheminée de la pièce où se fait la désinfection reçoit la fumée et la vapeur qui se dégagent de l'appareil. L'opération dure une heure ou plus suivant les dimensions données à l'étuve, car par le système des segments qui constituent son mode de démontage on se trouve avoir trois étuves de différentes grandeurs dans le

même appareil et si la quantité d'effets à désinfecter est peu considérable, on utilise seulement un ou deux segments sur lesquels on place le couvercle mobile qui ferme la chambre à désinfection.

Outre l'avantage qu'il a de pouvoir être transporté chez les malades, cet appareil pourra en raison de sa simplicité qui, suivant nous, doit rendre à bon marché de réels services dans les hôpitaux, hospices, communautés, etc., où la désinfection est parfois rendue impraticable (ainsi que le fait remarquer M. Paul Gibier dans sa note) par les prix élevés des appareils actuels à vapeur sous pression.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. GUYOT.

COMMUNICATIONS

Paralysie atrophique juvénile des extrémités. — M. JOFFROY fait une communication sur ce sujet. MM. Charcot et Marie attiraient récemment l'attention sur une forme particulière d'atrophie musculaire progressive, souvent familiale, débutant par les pieds et les jambes, atteignant plus tard les mains et respectant la face et le tronc. Ils ont réuni trente observations de ce genre, dont cinq personnelles. Tous ces cas présentent entre eux les plus grandes similitudes :

Il s'agit d'une atrophie musculaire commençant par les pieds et les jambes, y restant localisée pendant un temps plus ou moins long; puis l'atrophie gagne les mains et les avant-bras. Les cuisses sont intéressées seulement dans leur partie inférieure; on constate toujours l'intégrité des muscles de la face et du tronc. On observe des troubles vaso-moteurs dans les extrémités atteintes. Les muscles sont atrophiés et présentent les réactions électriques indiquant la dégénérescence musculaire; pas de rétractions tendineuses du côté des articulations; il y a des contractions fibrillaires, souvent aussi des crampes dans les muscles en voie d'atrophie.

L'affection débute dans l'enfance et atteint fréquemment plusieurs personnes de la même famille, avec une prédilection marquée pour le sexe masculin.

M. Joffroy observe depuis le mois de juin 1884 une jeune fille atteinte de cette affection. Il s'agit d'une enfant de treize ans qui, jusqu'à l'âge de cinq ans, ne présenta rien de particulier; à cette époque, elle eut une scarlatine, et, huit ou dix mois plus tard, on remarqua que la marche devenait gênée; progressivement il se produisit un pied équin pour lequel on pratiqua une ténotomie. et on appliqua des appareils orthopédiques. Toutefois la marche restait lente et défectueuse.

Cet état persista jusqu'à l'âge de dix ans, époque à laquelle, sans aucune cause appréciable, on s'aperçut que les mains se fatiguaient plus vite qu'à l'ordinaire, perdaient leur force, s'amaigrissaient et se déformaient en griffe. La flexion et l'extension des poignets s'affaiblissaient et se limitaient. Il n'y avait ni douleurs, ni crampes, ni engourdissements, ni aucun trouble de la sensibilité. Il se produisait seulement un léger tremblement dans les mouvements volontaires, et, de temps en temps, on constata des contractions fibrillaires. Malgré cet affaiblissement et ces déformations des mains, la petite malade continua à écrire et à jouer du piano, et ce ne fut que quelques semaines plus tard qu'elle dut renoncer à ces exercices.

Il y a eu deux étapes bien distinctes dans le processus morbide chez cette malade : à cinq ans, les extrémités inférieures, à onze ans les extrémités supérieures se sont atrophiées; il y a eu, dans l'intervalle, une pause complète, et l'on peut considérer la maladie comme arrivée aujourd'hui au terme de son évolution.

M. Joffroy fait ressortir la similitude absolue qui existe entre tous les cas observés : même début, même marche, mêmes symptômes, même terminaison. Il est donc nécessaire de décrire désormais à part cette forme d'atrophie, que M. Joffroy propose d'appeler atrophie musculaire juvénile des extrémités.

Ces faits doivent être distingués de ceux qui ont été rapportés récemment par M. Brossard dans sa thèse inaugurale sous le titre de : *Étude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant par les membres inférieurs*. Dans ces cas, la maladie ne présente pas la même marche; les muscles du tronc sont envahis; l'atrophie atteint les muscles des épaules avant ceux des mains; elle est nettement progressive, contrairement à ce qui a lieu dans les faits dont il vient d'être question.

Relativement au traitement, M. Joffroy, chez sa petite malade, croit avoir retiré de bons effets de l'électricité, des bains locaux très chauds, du massage, de l'immobilisation des mains et des avant-bras dans une bonne position. Cette jeune fille, aujourd'hui âgée de treize ans et demi, peut écrire fort lisiblement et commence même à jouer de nouveau du piano,

M. CADET DE GASSICOURT avait deux malades identiques à ceux dont vient de parler M. Joffroy. Ce sont deux frères à trois ans de distance. Pendant un certain temps, l'atrophie était restée limitée aux membres inférieurs; environ deux ans après, les membres supérieurs ont été pris. Le plus jeune a succombé à la diphthérie et l'autopsie a été faite. Les pièces sont en ce moment soumises à l'examen de M. Cornil. M. Cadet de Gassicourt en fera connaître le résultat.

M. HERVIEUX fait observer que M. Joffroy n'a pas parlé des causes autres que l'hérédité et l'influence familiale.

M. JOFFROY répond qu'on a cherché ces causes et qu'on ne les a pas trouvées. Dans une seule observation, on a noté la scarlatine. Dans le cas qui lui est personnel, M. Joffroy a également constaté la scarlatine.

Hystérie chez l'homme. — M. TROISIER présente de nouveau le malade qui était atteint de monoplégie brachiale d'origine hystérique. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 157.) A la suite d'une violente colère, ce malade a recouvré les mouvements de son bras; mais il a encore l'anesthésie et la perte du sens musculaire, ce que M. Charcot a désigné sous le nom de stigmates hystériques. Cet homme reste donc hystérique, bien qu'étant guéri de sa paralysie.

M. BUCQUOY a vu une seule fois ce malade dans son service et l'a considéré comme un simulateur, ainsi que M. Vulpian, qui l'avait eu également dans son service.

M. DU CASTEL a vu ce malade il y a quatre ou cinq ans; il présentait alors des troubles de paraplégie incomplète, et il avait pensé à la formation d'un mal de Pott. Il a eu également de la congestion pulmonaire; celle-ci, ainsi que l'a fait observer M. Debove, pouvait être un accident hystérique.

M. TROISIER persiste à croire que cet homme est un hystérique; mais c'est en même temps un farceur et un exploiteur.

M. JOFFROY est d'accord avec M. Bucquoy pour considérer ce malade comme un exploiteur; mais cela n'empêche pas qu'il soit hystérique, l'un n'empêchant pas l'autre; il présente d'ailleurs un certain nombre de symptômes qui ne se simulent pas.

M. CHAUFFARD observe en ce moment en ville un malade qui a été atteint de monoplégie brachiale d'origine hystérique. Il communiquera cette observation dans la prochaine séance.

Hyperthermie hystérique. — M. DEBOVE communique l'observation d'une jeune fille hystérique qui n'a jamais passé huit ou dix jours sans avoir un accès de fièvre. Au commencement de novembre dernier, elle présenta une température de 39 degrés, puis celle-ci s'éleva, en décembre et en janvier, à 40 degrés, à 41 degrés et à 41°,3.

Le type de cette fièvre était un type continu; elle a duré trois mois. La terminaison a été brusque et la convalescence instantanée. Ces très hautes températures n'ont amené aucune altération d'organes. On arrive à se demander si l'hyperthermie seule, sans aucune lésion, suffit pour amener les altérations viscérales profondes qu'on rattache habituellement à la fièvre intense.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Canules nasale et auriculaire du docteur Moure.

M. le docteur Moure vient de présenter récemment à la Société de médecine de Bordeaux la canule nasale dont il se sert pour pratiquer les irrigations nasales (douche de Weber). Cette canule, coudée à angle droit, a l'avantage de forcer, en quelque sorte, le malade à être adroit malgré lui et à diriger comme il convient le liquide dans les cavités du nez. La plupart des personnes usant de la douche de Weber, persuadées que les fosses nasales se dirigent en haut vers le cerveau, se servent d'embout plus ou moins olivaire, envoient le liquide médicamenteux vers leurs sinus frontaux ou la lance criblée de l'ethmoïde. Il résulte de cette manière de faire que l'injection occasionne des maux de tête et même des névralgies qui forcent bien souvent le médecin à renoncer à l'emploi d'un moyen thérapeutique si précieux dans bien des cas.



Fig. 1.

1° Extrémite de la canule s'adaptant sur l'embout du tuyau de l'irrigateur ou du siphon; 2° Extrémité nasale percée d'un trou et destinée à être introduite dans l'une des narines; 3° Portion coudée de la canule légèrement renflée pour bien fermer l'orifice de la narine dans laquelle elle est introduite.

Pour éviter ces inconvénients et surtout pour ne pas être obligé de donner des explications anatomiques qui risqueraient d'être mal comprises ou mal interprétées, il suffit de recommander au malade de tenir le manche de la canule en bas vers le menton, *éloigné d'environ 4 ou 5 centimètres* de ce dernier. L'ouverture dont est percée la canule regarde alors directement en arrière vers le pharynx nasal, et le liquide injecté se trouve ainsi forcé de suivre le plancher des fosses nasales.



Fig. 2.

Cette figure représente une canule pour injection auriculaire. L'extrémité effilée est munie d'un embout olivaire empêchant l'introduction trop profonde de la canule dans le conduit auditif. D'un autre côté, cet embout est muni de rainures destinées à laisser le liquide injecté s'écouler au dehors.

Pour bien pratiquer la douche de Weber on recommande ensuite au malade de pencher assez fortement la tête en avant et d'ouvrir largement la bouche pour éviter que le liquide ne tombe dans cettte cavité.

Comme d'habitude, on emploiera toujours une solution médicamenteuse tiède et appropriée à l'état du malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 avril 1886, ont été nommés dans la réserve de l'armée active :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lescaret, Courtade, Menut, Coumailleau, Bernard, Dagonet, Degoul, Margerite, Leroy, et Mazel.

— Dans sa séance de lundi dernier, l'Académie des sciences a élu M. Chauveau, professeur de médecine expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Lyon, par 47 suffrages sur 50 votants, membre titulaire, dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Bouley, décédé au mois de décembre dernier.

— Le registre d'inscription du concours qui doit s'ouvrir samedi prochain 1er mai 1886, pour la nomination à trois places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris, est clos. Les candidats sont au nombre de douze, qui sont : MM. Gaillard, Winter, Gérard, Berthoud, Blanchard, Thabuis, Desobry, Béhal, Héret, Causse, Gasselin et Meillère.

Les membres qui constituent le jury sont : MM. Planchon, Bourgoin, Bourquelot, Guinochet, Sonnié-Moret, Limousin et le docteur Chantemesse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bouveault est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Combes, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — Mme Fumat est nommée aide d'anatomie en remplacement de M. Labbé, dont la délégation est expirée.

M. Labbé est nommé prosecteur, en remplacement de M. Castelli, dont la délégation est expirée.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Cesbron, pharmacien de première classe, est chargé, à titre provisoire, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Lefèvre (Jacques-Julien), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, agrégé de physique, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Diacon, professeur de chimie, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École.

— M. d'Arsonval, professeur au Collège de France, est nommé membre de la Commission spéciale constituée à l'effet de préparer et proposer un règlement pour fixer les conditions techniques à remplir dans l'intérêt de la sécurité publique pour l'installation des conducteurs affectés à la transmission de la lumière ou au transport de la force par l'électricité.

— M. Bertrand (Alexandre), membre de l'Institut, a présidé hier mardi la séance d'ouverture du Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne. Suivant l'ordre de leurs travaux, MM. les délégués ont formé des réunions distinctes. Le bureau des sciences est constitué ainsi qu'il suit :

MM. Faye, président; Milne-Edwards, Mascart et Darboux, vice-présidents; Vaillant et Angot, secrétaires.

Les assesseurs ont été pris parmi les délégués présents aux réunions.

— M. le docteur Burthe, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du ministère de l'intérieur, est chargé d'une mission à l'effet d'entreprendre des recherches anthropologiques dans les dolmens, les grottes funéraires, etc., des départements d'Alger et de Constantine.

— M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Bordeaux.

— M. le docteur Coronat est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Gap.

— M. le docteur Corson, conseiller municipal, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Guingamp.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edmond Habillon, de Blaise (Haute-Marne), précédemment à Thézey-Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19450.

N° 51. — SAMEDI 1er MAI 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 1er MAI 1886. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'antiseptie médicale.

En formulant comme sujet de thèse : « De l'antiseptie médicale », le jury du concours d'agrégation a ouvert largement à tout un avenir de la thérapeutique, la porte que lui avait entrebâillée déjà M. le professeur Bouchard, dans sa célèbre communication au congrès de Copenhague, où prévoyant et réfutant d'avance les objections qu'on pouvait faire à l'idée d'une méthode antiparasitaire, il en posait les premiers principes.

L'application aux maladies infectieuses d'ordre médical, des méthodes antiseptiques si heureusement employées en chirurgie et en obstétrique ou de méthodes similaires, est-elle possible? Quels sont les moyens de la réaliser? Quels sont les résultats partiels de quelques-unes des tentatives qui ont été faites dans cette direction, quels sont les résultats plus généraux qu'on en peut attendre pour l'avenir? Telles étaient les questions implicitement contenues dans l'énoncé concis du sujet proposé par le jury et qui est incombé, de par le sort, à M. le docteur G. Lemoine.

M. Lemoine a trouvé les éléments d'un travail du plus grand intérêt dans les idées et les arguments de ce que l'on pourrait appeler « le manifeste » de M. Bouchard, et dans les nombreuses recherches dont il a été l'origine à l'étranger comme en France. Nous allons essayer d'en esquisser les parties principales.

On sait — et nous n'avons pas besoin de le rappeler ici — comment on interprète généralement en chirurgie l'action des méthodes antiseptiques, inspirées et éclairées à la fois par la doctrine parasitaire de M. Pasteur. Mais la notion principale qui ressortait des expériences du maître, savoir : que dans l'état de santé les tissus et les humeurs, entrant dans la constitution du milieu intérieur de l'organisme, sont purs de tout parasite comparable à ceux qui, en chirurgie, deviennent l'origine de l'infection des plaies et consécutivement de l'économie tout entière, cette notion, disons-nous, semblait exclure *a priori* l'hypothèse d'actions morbigènes dues, en dehors de tout traumatisme, à l'introduction dans l'organisme de parasites analogues à ceux qui trouvent dans les plaies et dans les solutions de continuité quelconques leur point d'insertion. Aussi l'idée conçue *a priori* qu'un certain nombre d'affections médicales, celles, en particulier, qui ont le plus de ressemblances symptomatiques avec les infections chirurgicales, pourraient avoir une même origine parasitaire, vint-elle tout d'abord se heurter contre une difficulté en apparence insoluble. Les faits ne tardèrent pas cependant à justifier cette assimilation, en révélant aux recherches d'Ebert, de Bouchard et de Weigert, l'existence de bacilles propres à la fièvre typhoïde et à la variole. Or pour infecter l'organisme, la fièvre typhoïde et la variole n'exigent pas une plaie ouverte. Il fallait donc chercher quelles pouvaient être dans cet organisme fermé de toute part, les portes d'entrée accessibles aux germes pathogènes venus des milieux extérieurs.

Tel est le premier point de la question que M. Lemoine s'est proposé d'élucider.

Recherche des portes d'entrée des germes pathogènes.

Partout où pénètrent l'air extérieur et les aliments, les germes pathogènes des divers ordres peuvent tomber sur les surfaces qui limitent le milieu intérieur de l'organisme... Ces surfaces, peau et membranes muqueuses, sont tapissées par les épithéliums, qui constituent la barrière à franchir. Grâce à une découverte d'anatomie générale faite par le professeur J. Renaut (de Lyon), celle des stomates temporaires des follicules clos de l'intestin, que M. Lemoine a ingénieusement fait passer, pour les besoins de la cause, du domaine de l'anatomie générale dans celui de la pathogénie, la clef du problème était trouvée ; et il a été possible, dès ce moment, d'aborder l'étude en question.

M. Lemoine s'attache, en effet, à démontrer que l'organisme est accessible, sans traumatisme ni vulnération préalable, par trois points ou par trois portes :

1° Par « la porte ectodermique » : les muqueuses buccale, nasale, pharyngienne, trachéo-bronchique, c'est-à-dire par les points où pénètre l'air extérieur. Les voies bronchiques conduisant dans les alvéoles pulmonaires, dans ces alvéoles viendront s'accumuler des parasites qui exerceront secondairement une action pathogène sur la paroi qui les limite (micrococcus en capsule de Friedlander dans la pneumonie fibrineuse...)

2° Par « la porte entodermique » également ouverte aux

parasites introduits avec les aliments, parasites qui pullulent avec les matières stercorales et celles en digestion dans l'intestin...

3° Par « une porte d'entrée cloacale », vagin confinant à la muqueuse utérine.

L'objet de toute antiseptie médicale serait donc de chercher à défendre ou à garantir ces trois voies d'introduction contre les germes pathogènes. Théoriquement, il suffirait, pour cela, d'obtenir la pureté parfaite des circumfusa, des tacta et des ingesta... Dans ces conditions, le milieu intérieur ne pourrait être contaminé, fût-il même en état d'imminence morbide.

Sans doute, comme le fait remarquer avec beaucoup de raison M. Lemoine, il serait puéril dans l'état de santé parfaite d'essayer de réaliser, au point de vue des ingesta, des circumfusa, et des contacts l'antiseptie rigoureuse qui seule pourrait avoir, en pareil cas, une valeur préventive certaine. Mais dès que l'organisme fléchit et que l'imminence d'une maladie s'impose à l'esprit; dès qu'une affection préalable ouvre à des intoxications possibles des portes d'entrée aisément franchissables pour les germes; dès qu'une épidémie se produit, la méthode antiseptique s'impose en principe. L'antiseptie médicale doit donc, conclut M. Lemoine, être considérée comme une méthode commandée par l'occasion.

Quelle est la prophylaxie utile à faire en pareil cas? La seule que l'on puisse faire en médecine, dans l'état actuel, se réduit à deux chefs : la stérilisation du milieu intérieur, la vaccination.

Antiseptie prophylactique. Stérilisation du milieu.

Stériliser le milieu intérieur et le rendre impropre à la pullulation des organismes dont on redoute l'introduction, semble la seule applicable à la prévention des maladies qui ne créent pas l'immunité par une première atteinte, ou de celles qui la créent, mais dont on ne connaît pas encore le vaccin.

La deuxième méthode, la vaccination, n'est applicable qu'aux maladies qui, comme la variole, le charbon, la rage, créent l'immunité pour un temps, après qu'elles se sont produites, soit sous la forme ordinaire, soit sous la forme atténuée.

Cette dernière méthode n'entrant pas dans le plan de son travail, M. Lemoine s'engage immédiatement dans la question de l'antiseptie. Il commence par l'antiseptie des surfaces en particulier.

Dans un premier chapitre de prolégomènes, M. Lemoine formule les principes généraux de l'antiseptie médicale. Il y étudie surtout les méthodes qui portent leur action sur les parasites eux-mêmes, soit en les empêchant de vivre en un point donné, soit en entravant leur pullulation et leur diffusion, soit enfin en réduisant l'activité de leur vie propre à un terme tel qu'ils deviennent incapables de produire les poisons qu'ils élaborent parfois, lorsqu'ils peuvent poursuivre leur plein développement.

L'antiseptie médicale s'adresse aux maladies infectieuses; elle poursuit la « malignité », qui dans l'esprit de la doctrine pastorienne a pris corps dans les deux facteurs, la virulence du parasite et la réceptivité de l'organisme, avec leurs degrés variables. Elle poursuit la contagion ou l'ensemble des circonstances qui déterminent le transport du germe morbide d'un organisme contaminé dans un organisme sain; l'épidémicité ou la formation d'un milieu général, où les germes pathogènes d'un même ordre se sont multipliés dans l'air, les eaux, le sol, les ingesta, de manière à contaminer les organismes en état de réceptivité morbide, etc., etc.

Tel est, avec toutes les données accessoires qui le complètent, le cycle accompli par les parasites pathogènes que nous montre M. Lemoine : parasites amenés par l'air, par l'eau et par les ingesta au contact des surfaces perméables, portés de là dans le milieu intérieur où ils pullulent s'ils y trouvent un terrain propice, y créant, suivant les circonstances, des lésions directes ou des lésions réactionnelles, tantôt empoisonnant l'organisme aux dépens duquel ils se multiplient, auquel cas c'est celui-ci qui succombe, tantôt éliminés et entraînés par le courant des excrétions. Et l'on entrevoit déjà la possibilité d'intervenir utilement dans cette lutte en venant en aide aux efforts réactifs de l'organisme pour se débarrasser de ces germes malfaisants.

C'est là l'objet de cette seconde question : la stérilisation de l'organisme est-elle possible?

Prenant en considération, d'une part, les faits connus d'antagonisme entre certains états morbides et les maladies infectieuses, d'autre part le fait des individus prédisposés par des maladies antérieures et celui des individus réfractaires, il y avait à en déduire le principe de la méthode antiseptique et de la stérilisation préalable de l'organisme.

Jusqu'à présent une seule stérilisation serait expérimentalement acquise, celle de l'imprégnation quinique opposée aux spirilles de la malaria...

Pour les maladies qui ne sont pas justiciables des méthodes de vaccination, la méthode préventive se réduit à la pratique de l'aseptie préalable. Si l'on ne possède pas de données suffisantes pour l'effectuer avec certitude, on est forcé de la tenter par un ensemble de moyens généraux de l'hygiène. M. Lemoine se fonde en cela sur les exemples de la septicémie puerpérale et sur la pratique des accoucheurs, l'antiseptie obstétricale.

L'aseptie préalable doit être considérée comme une des plus importantes à établir pour toute épidémie de maladies sur la pathogénie desquelles on n'est pas encore fixé ou dont on n'a pas exactement déterminé le véhicule, telles que la fièvre typhoïde, la diphthérie, le choléra, etc. — Elle consiste principalement dans l'usage des eaux pures, minérales ou de sources, ou bouillies, de lait bouilli, etc.; en un mot, dans la pureté des ingesta, dans la pureté des voies digestives, et la stérilisation des excreta. Telle est, en effet, la formule générale à laquelle se sont arrêtées toutes les grandes commissions médicales, dans les instructions qu'elles ont été appelées à rédiger.

Antiseptie des surfaces et des foyers locaux.

S'agit-il de l'antiseptie des surfaces de l'organisme, le but à se proposer sera d'empêcher les germes insérés sur elles de franchir les épithéliums et de pénétrer dans le milieu intérieur. L'emploi d'agents antiseptiques et des désinfectants connus et éprouvés remplira cette indication, de même la protection des surfaces contaminables sera le moyen de s'opposer au transport des organismes pathogènes.

Les microbes ont-ils franchi les épithéliums et forment-ils des foyers locaux, le moyen de les atteindre et d'empêcher leur extension consistera dans l'usage d'agents chimiques (injections antiseptiques interstitielles) et d'agents physiques (réfrigérations, chauffage, suivant les circonstances).

Antiseptie diffuse.

Les parasites pathogènes sont dans la lymphe et dans le sang; ce sera le cas de recourir à l'antiseptie diffuse ou du milieu intérieur proprement dit. Ici se présentent divers problèmes à résoudre : détruire les microbes sans détruire la cellule humaine adjacente; apprécier les équivalents antiseptiques et l'équivalent toxique des agents employés, rechercher les antiseptiques spéciaux et les antiseptiques généraux, etc., etc.

Ici, on le voit, nous sommes en plein champ d'hypothèses. Sauf deux ou trois agents dont l'action antiseptique générale ou spéciale nous a été révélée depuis longtemps par l'empirisme, tels que le quinquina et le mercure, et que la doctrine nouvelle est parfaitement en droit de s'approprier, presque tout est inconnu et encore à chercher; presque tout est hypothétique. Mais l'hypothèse n'est-elle pas un procédé scientifique, une théorisation provisoire susceptible d'inspirer et de diriger les recherches qui devront plus tard ou l'infirmer et diriger l'esprit dans une autre voie, ou la confirmer et lui donner force de loi? N'est-ce pas par des hypothèses préalables que Claude Bernard a été conduit le plus souvent, suivant son propre aveu, à la conception des belles expériences qui les ont transformées plus tard en faits démontrés. Ne repoussons donc pas des hypothèses qui vont stimuler les travailleurs et leur inspirer tout un nouvel ordre de recherches et d'expérimentations thérapeutiques, d'où ressortira probablement la confirmation des premiers principes acquis de la doctrine et qui ne pourront dans tous les cas avoir que des résultats utiles pour la pratique.

Il nous reste, pour terminer cette analyse déjà longue, mais que justifient l'importance et l'intérêt du sujet, après cet aperçu jeté sur l'avenir, à signaler en peu de mots quelques faits destinés à montrer ce qu'est l'antiseptie médicale dans le présent, quels sont ses agents, ses méthodes techniques, les résultats qu'elle a donnés dans les divers cas particuliers où elle a été mise en œuvre.

Faits relatifs à l'antiseptie des surfaces ectodermiques (peau et muqueuses).

Voici quelques-uns des faits pratiques acquis, rappelés par M. Lemoine :

Guérison d'une pustule maligne par des injections sous-cutanées d'une solution iodo-iodurée, faites en grand nombre autour de la pustule initiale (professeur Richet).

Arrêt de l'extension et guérison rapide d'un érysipèle, par l'application sur sa surface et sur son pourtour d'une solution à consistance crémeuse de carbonate de plomb (Parrks d'Ashton).

Arrêt immédiat d'érysipèle dû à la réfrigération intense produite par le chlorure de méthyle sur les parties malades (professeur Renaut, de Lyon).

Destruction de la virulence d'un chancre syphilitique et sa transformation en une plaie simple, par l'acide pyrogallique (Vidal).

Traitement des furoncles par l'incision et les lavages avec une solution fortement alcoolique d'acide borique et pansement de la petite plaie avec de l'acide borique en poudre fine (Lawenberg).

Arrêt rapide de la marche des amygdalites infectieuses par l'emploi local de l'acide salicylique et de l'acide phénique, combiné avec un traitement interne dont le benzoate de soude constituait la partie importante (Landouzy).

Traitement de la diphthérie par une solution de 5 grammes de perchlorure de fer et 5 grammes d'acide phénique pour 100 grammes d'eau, projetée en pulvérisation dans la gorge ou en lavages au pinceau cinq ou six fois par vingt-quatre heures (Ranty, d'Ambazac).

Traitement de l'ozène par des insufflations de poudre de talc iodé dans les fosses nasales (Rochet, de Lyon).

Saturation de l'air respiré par des substances antiseptiques, pour combattre la diphthérie (Renou, Bitterlin de Saint-Maur). [Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 115.]

Emploi du traitement antiseptique contre les manifestations laryngées de la fièvre typhoïde (professeur Renaut).

Emploi contre la coqueluche d'une solution de résorcine à 1 p. 100 portée sur la glotte avec un pinceau ou en pulvérisation (Moncorvo); d'inhalations de thymol et de potions avec du sirop phéniqué (Bouchut); séjour des malades dans une atmosphère remplie de vapeurs phéniquées (Scheiding).

L'antiseptie dans la phthisie pulmonaire est en ce moment à l'étude un peu partout, les expériences sont trop récentes et les résultats encore trop incertains, pour les rappeler ici. Nous aurons certainement l'occasion plus ou moins prochaine d'en parler.

Nous réservons aussi, comme question d'avenir, l'antiseptie comme moyen de faciliter la chirurgie pulmonaire en voie d'essai.

Antiseptie du milieu intérieur.

Nous ne pouvons enfin que signaler un dernier chapitre relatif à l'antiseptie du milieu intérieur, et indiquer les principaux moyens ou agents qui ont été proposés ou soumis à l'expérimentation. Ce sont : 1° les modifications de la température, chauffage, réfrigération, dont il a été déjà dit un mot plus haut; l'action de l'électricité et de la lumière; l'action directe sur le sang par les injections intraveineuses; l'emploi de la saignée dans les cas d'intoxication par les ptomaïnes; l'action indirecte sur le sang et les tissus par voie d'ingestion (absorption intestinale, absorption cutanée, injections sous-cutanées).

Parmi les antiseptiques généraux, M. Lemoine range le mercure et ses différents composés : le sublimé dont on a retiré déjà de si grands avantages surtout comme prophylactique des affections puerpérales; le calomel et la salivation qu'il produit, contre les maladies infectieuses. Comme antiseptiques spéciaux, il signale l'arsenic, le benzoate de soude, l'acide benzoïque, le mercure et la quinine.

Expérimentateurs, à l'œuvre! Mais avec toute la prudence possible.

Des migraines.

Des migraines et non pas de la migraine. Ce pluriel indique déjà et préjuge à lui seul dans quel sens le candidat devait envisager son sujet au point de vue de l'unité ou de la multiplicité des états morbides qui doivent être compris sous ce nom, de l'essentialité ou de la dépendance des accès d'un état morbide général ou diathésique antérieur. M. le docteur G. Sarda (de Montpellier) à qui est échu ce sujet, a étudié les migraines à un triple point de vue : 1° au point de vue des variétés symptomatiques (migraine vulgaire, migraines sensorielles); 2° au point de vue de l'étiologie de

l'accès et de l'affection; 3° dans leurs variétés physiologiques (vaso-motrice, vaso-constrictive).

Comme toute classification en pathologie est forcément plus ou moins artificielle, nous ne chicanerons pas l'auteur sur celle-ci, l'acceptant telle quelle pourvu que, dans ces divisions un peu arbitraires nous retrouvions les principaux traits cliniques qui justifient leurs distinctions, et surtout les indications pratiques qui s'en déduisent.

Au point de vue symptomatique, M. Sarda n'admet et ne décrit comme variétés distinctes, que la migraine vulgaire, dont la caractéristique essentielle consiste dans les phénomènes douloureux céphaliques soit hémi-craniques, soit généralisés, accompagnés de prostration, de troubles stomacaux et de phénomènes vertigineux, moteurs, sensitifs et intellectuels diversement associés entre eux, non seulement chez les différents sujets, mais sur le même sujet, dans ses divers accès ; la migraine ophthalmique, dont les caractères si tranchés, bien connus, d'hémiopie périodique, de scotome scintillant, d'amaurose et de photophobie migraineuse et ses formes simple, fruste, différemment associées ou dissociées, réclament une place, une description distinctes.

Quant aux crises gastroxiques, à la gastroxie nerveuse décrite dans ces derniers temps comme une variété de migraine, M. Sarda ne croit pas qu'il y ait lieu de l'admettre dans le cadre de cette affection.

L'étiologie des migraines a particulièrement fixé l'attention de l'auteur. C'est aussi sur ce point que nous nous arrêterons. Comme causes générales de l'affection, en première ligne se présente l'hérédité, généralement admise aujourd'hui et démontrée d'ailleurs par maintes observations journalières ; hérédité soit directe, soit indirecte, comme le démontre encore si clairement ce grand fait de pathologie générale que nous rappelions, il y a quelques semaines à peine, à l'occasion de la thèse de M. Dejerine sur l'hérédité dans les affections nerveuses : savoir que ce que les ascendants transmettent, ce n'est pas telle ou telle forme morbide déterminée, mais la prédisposition ou le tempérament morbide qui se révèle par l'une des expressions souvent assez variées d'un groupe diathésique. Ajoutons que l'hérédité migraineuse directe s'observe beaucoup plus fréquemment que l'hérédité transformée; ce qui n'est pas le cas pour toutes les névroses, comme on le sait. Il ne fallait cependant point négliger l'étude des rapports de la migraine avec d'autres affections diathésiques ou constitutionnelles. C'est ce dont M. Sarda s'est bien gardé. Aussi nous cite-t-il, observations et autorités en main, des exemples de migraines procédant, par voie héréditaire, de la goutte, du rhumatisme, de l'arthrite déformante, de l'asthme, de l'angine de poitrine, des hémorrhoïdes et des varices, par la filiation d'un lien qui leur est commun, l'arthritisme. La gravelle, la lithiase biliaire, le diabète, l'obésité, l'herpétisme, la scrofule, la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme, enfin le grand groupe des affections nerveuses figurent également au nombre des causes générales de la transmission héréditaire de la migraine.

Au nombre des conditions individuelles du développement de l'affection migraineuse, se rangent, avec des degrés divers d'importance, celles de l'âge, du sexe, des professions.

La conclusion où conduit l'étude de tout cet ensemble de conditions étiologiques est celle-ci : c'est que, dans la grande majorité des cas, la migraine n'est pas une affection idiopathique mais un syndrome clinique, manifestation d'un des états morbides constitutionnels les plus communs tels que l'arthritisme ou l'herpétisme.

L'étude des migraines au point de vue physiologique conduit M. Sarda à admettre deux formes de migraine fondées sur la considération des phénomènes vaso-moteurs qui accompagnent les accès et répondent aux deux types d'excitation et de paralysie du grand sympathique. Il les décrit sous les noms de migraine sympathico-tonique et de migraine angio-paralytique. Cette distinction ne laisse pas que d'avoir quelque importance au point de vue du traitement des accès, comme on va le voir tout à l'heure.

Arrivons à la thérapeutique.

Rien ne dépose mieux contre l'unité et l'essentialité de la migraine que l'inefficacité des nombreux moyens de traitement qui ont été mis en pratique. Les principales indications thérapeutiques se déduisent de l'état constitutionnel, arthritisme, herpétisme, nervosisme, anémie, sous la dépendance duquel se sont développés et se manifestent les accès de migraine ; les causes occasionnelles (dyspepsie, fatigue intellectuelle, etc.), fournissent des indications secondaires, qui sont remplies par des moyens hygiéniques plutôt que par des agents thérapeutiques.

En l'absence de ces deux ordres d'indications, la migraine en tant que constituant par elle-même un état diathésique, une vraie névrose, peut être combattue avec quelque avantage par l'usage des préparations bromurées associées, suivant les circonstances, aux pratiques hydrothérapiques.

Quant à l'accès en lui-même, sauf de rares exceptions où, les migraineux réclamant avec instance un adoucissement à leurs souffrances, on peut, selon que l'accès revêt la forme angio-paralytique ou la forme angio-tonique, prescrire utilement, dans le premier cas, les agents vaso-constricteurs : digitale, sulfate de quinine, ergot de seigle, paullinia, caféine; et dans le second, les vaso-dilatateurs : opium, chloral, nitrite d'amyle, etc. La règle générale est qu'il n'y a rien du tout à prescrire, que de laisser les malades en repos.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Sarcomes vasculaires. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente une pièce anatomique provenant de l'enfant dont il a donné l'observation dans la dernière séance. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 390.)

On constate sur cette pièce tous les caractères de l'ostéite juxta-épiphysaire; il a été impossible d'y trouver la moindre trace de sarcome. Or on se rappelle que cet enfant est mort de sarcome généralisé.

M. THOMAS (de Tours) fait observer que cette pièce diffère de celle qu'il a présentée dans la dernière séance et sur laquelle on trouvait deux petits points charnus qui ont été reconnus pour du sarcome, tandis que, dans l'observation de M. Lucas, la nature sarcomateuse de l'affection n'a été démontrée que par la généralisation.

M. TERRILLON a recueilli, il y a deux ans, l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans qui présentait à la partie inférieure du radius une tumeur pulsatile. Il diagnostiqua cependant un sarcome. Il fit une incision exploratrice et reconnut que l'artère était aplatie à la surface et que la tumeur en était indépendante. Il fit l'amputation de l'avant-bras. Il y avait une poche présentant l'aspect d'un anévrysme, mais il y avait aussi un ostéo-sarcome

évident qui a été examiné par M. Ranvier. Cette jeune fille a été opérée il y a trois ans et n'a pas encore de récidive.

M. POULET a examiné la pièce présentée par M. Thomas et y a trouvé des cellules à myéloplaxes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, d'une manière générale, la récidive est fatale à courte échéance. Les faits semblables à ceux de MM. Marchand et Terrillon sont exceptionnels.

Luxation du pouce. — M. BERGER fait un rapport sur une observation de M. Dubar (de Lille), relative à une luxation de la phalangette sur la phalange du pouce. Il s'agit d'un homme qui était tombé sur la face palmaire de la main; il se fit une plaie et une luxation de la deuxième phalange du pouce sur la première. Il y avait en outre une rotation telle que la face palmaire de la seconde phalange regardait en dehors et en avant. Plusieurs tentatives de réduction restèrent sans résultat. La réduction ne put être obtenue qu'après qu'on eut corrigé la torsion de la seconde phalange de dehors en dedans.

Périostite externe. — M. BERGER analyse une seconde observation adressée par M. Dubar et dans laquelle il s'agit d'une périostite externe du fémur chez un homme de cinquante ans, pris de fièvre intense, d'état typhoïde; on diagnostiqua une tuberculose aiguë. Bientôt apparut un œdème de la cuisse, qui fit penser à une tuberculose osseuse. M. Dubar constata, deux mois après, une collection énorme; il fit plusieurs incisions, qui amenèrent 1 litre de pus. L'examen lui fit constater un décollement considérable et l'existence d'une hyperostose avec épaississement du périoste. Il y eut une suppuration abondante pendant trois mois. M. Dubar pense qu'il s'agit là d'un exemple de périostite externe. L'âge du sujet fait écarter l'idée d'une poussée d'ostéo-myélite, ainsi que la guérison sans nécrose, sans élimination de séquestre et sans fistules.

Blessure d'un fœtus dans la cavité utérine par une plaie faite à la mère. — M. BERGER fait un rapport sur une troisième observation présentée par M. Guelliot (de Reims). Il s'agit d'une femme enceinte de huit mois qui reçut un coup de couteau à la fesse; elle perdit environ 2 litres et 1/2 de liquide sanguin et accoucha le lendemain matin d'un enfant mort. M. Guelliot reconnut sur le pariétal gauche de cet enfant une plaie très nette avec une fente osseuse; il y avait eu blessure du fœtus dans l'utérus. Il y avait donc à craindre chez la mère des accidents de péritonite ou le retour d'hémorrhagies graves. Pourtant cette femme guérit sans aucune complication. Les faits de ce genre sont rares. La plaie de la fesse avait été faite à 10 centimètres du grand trochanter. M. Guelliot reproduisit cette blessure sur le cadavre et constata que le péritoine, dans ces conditions, n'est pas traversé; mais le nerf sciatique et l'artère ischiatique sont lésés. La femme observée par M. Guelliot a présenté une anesthésie indiquant que le nerf sciatique avait été touché. Il est probable que l'écoulement qu'elle a présenté au moment de la blessure n'était autre que le résultat de la rupture de la poche des eaux.

Hypertrophie congénitale de nature lipomateuse. — M. DUPLOUY (de Rochefort) fait une communication sur un cas d'hypertrophie congénitale de nature lipomateuse de la plante du pied, observé et opéré sur une petite fille de cinq ans. La marche était devenue impossible. M. Duplouy fit l'amputation de Lisfranc avec l'intention d'enlever les trois cunéiformes s'ils étaient altérés. Il dut enlever les deux premiers. M. Péan a signalé un cas analogue, mais dans lequel il s'agissait plutôt d'une tumeur isolée que d'une masse diffuse lipomateuse comme dans ce cas.

M. TRÉLAT a observé un fait semblable au médius. Il y a plusieurs autres cas, mais ce sont des tumeurs fort rares. M. Trélat croit que la tumeur présentée par M. Duplouy ne rentre pas dans les lipomes vrais. Il rappelle un travail qu'il a fait en 1871, en collaboration avec M. Monod, sur certains cas d'hypertrophie congénitale des tissus, de tumeurs graisseuses diffuses. Il y a une distinction catégorique à faire entre les lipomes vrais, simples, et ces cas de lipomatose congénitale d'origine télangiectasique.

M. POLAILLON a opéré, il y a plusieurs années, une tumeur singulière du dos du pied, située sur le trajet du tendon du long extenseur du gros orteil; c'était un lipome volumineux; il s'agissait d'un homme de quarante ans. Quant à ces tumeurs éléphantiasiques, il partage l'opinion de MM. Trélat et Monod sur leur origine télangiectasique. Quand on opère ces hypertrophies, il faut enlever tout le mal, sous peine de les voir récidiver.

M. GAYET (de Lyon) a fait, en 1865, un mémoire sur ce sujet, qui était basé sur cinq observations fort curieuses. Il insistait sur la flaccidité de ces parties hypertrophiées. Il les a constatées sur les membres inférieurs, les membres supérieurs et, dans un cas, sur la tête. Deux de ces malades sont morts de tumeurs sarcomateuses d'ailleurs indépendantes des parties hypertrophiées. Il ne pense pas qu'il faille attribuer une origine télangiectasique à ces tumeurs.

M. TRÉLAT persiste à reconnaître cette origine à ces cas, et en particulier à ceux de M. Gayet. Il ne croit pas qu'il y ait de lien entre ces tumeurs et les sarcomes observés par lui consécutivement.

On comprend cependant que des organes mal formés soient plus disposés que d'autres à devenir le siège de néoplasmes.

M. DUPLOUY se rattache complètement à l'opinion émise par plusieurs membres sur l'origine de ces difformités. Il serait intéressant d'en faire l'examen histologique. M. Duplouy n'a trouvé, à l'œil nu, que de la matière graisseuse.

M. TERRILLON signale deux cas analogues dans le dernier numéro du *British medical*. L'examen histologique de ces tumeurs a été fait et n'a révélé aucun caractère malin.

Autoinfection. — M. PAMARD (d'Avignon) communique un cas d'autoinfection à la suite d'une opération de hernie étranglée. Il s'agissait d'une hernie crurale du côté droit, devenue irréductible. Toutes les précautions antiseptiques ont été prises. Sur la face interne du sac on observait deux ou trois vésicules contenant un liquide noirâtre; sauf ce détail, l'opération ne présenta rien de particulier. Le malade était mort quarante-huit heures après. L'autopsie a été faite; on trouva les phlegmons gangreneux. M. Pamard pense que l'agent infectant a été le liquide de ces vésicules constatées pendant l'opération. Si pareil cas se représentait, il n'hésiterait pas à cautériser au fer rouge ou à enlever tout le sac.

M. DESPRÉS n'a jamais eu d'accidents semblables, bien que n'employant pas le pansement de Lister. Il a récemment opéré un homme de quatre-vingts ans qui avait subi un taxis prolongé, et dont l'épiploon était gangrené; il lui fit la kélotomie, empêcha volontairement la réunion par première intention, n'appliqua pas le pansement de Lister, et aujourd'hui, vingt-et-unième jour, son malade est guéri.

Il se demande si, dans le cas de M. Pamard, la solution phéniquée forte qu'il a employée n'a pas été trop caustique et n'est pas pour quelque chose dans la septicémie aiguë à laquelle a succombé son malade.

M. TRÉLAT regrette que, le lendemain, le malade de M. Pamard n'ait pas été pansé.

M. PAMARD n'aurait pas manqué d'intervenir s'il avait vu le malade au moment où ont commencé les accidents.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. POLAILLON communique une observation de cure d'un kyste hydatique du foie par la simple ponction avec un gros trocart, laissé en place pendant vingt-quatre heures et remplacé par un gros tube. En un mois et demi, la tumeur était revenue sur elle-même; les lavages ont été continués pentant trois mois, et ce malade est maintenant complètement guéri. M. Polaillon considère que ce résultat est meilleur que celui d'une incision abdominale.

Décortication traumatique du doigt annulaire. — M. THOMAS (de Tours) communique l'observation suivante : un de ses clients, rentrant tard chez lui et n'ayant pas la clef de sa porte, veut passer par-dessus une grille en fers de lances. Au moment

où il sautait de l'autre côté, il se sentit retenu par le doigt annulaire qui finit par céder, et, rentré dans sa chambre, il constata que son doigt avait été complètement dépouillé de ses téguments. Un médecin, aussitôt appelé, trouva le doit accroché à la grille, avec une bague chevalière, cause de tout le mal. Ce doigt paraissait complet, mais il manquait de squelette.

M. Thomas, appelé à son tour, seulement une heure après, réintroduisit le squelette, resté à sa place, dans sa gaine cutanée, fit deux points de suture et immobilisa la main. La greffe ne prit pas. L'extrémité du doigt se sphacéla; cependant le malade tira de cette tentative ce bénéfice qu'il conserva à peu près une phalange et demie de son doigt.

M. Thomas n'a pas trouvé dans la littérature chirurgicale de faits semblables à celui-ci.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 avril 1886, M. le docteur Delefosse, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale, a été promu au grade de médecin aide-major de première classe dans les cadres de ladite armée.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Rochet est nommé prosecteur, en remplacement de M. Jaboulay.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Griner est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Œchsner de Coninck.

— Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28. Ils remettront à l'appui de leur demande leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance.

— Les épreuves préparatoires de l'agrégation des sciences naturelles commenceront dans toutes les académies, le 26 juillet prochain, au lieu du 2 du même mois.

— L'Académie royale de médecine de Belgique vient de mettre au concours les questions suivantes :

1° Étudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. La valeur du prix à décerner est de 800 francs, et la clôture du concours est fixée au 31 décembre 1887.

2° Déterminer par de nouvelles expériences la composition chimique du seigle ergoté. Le prix à décerner est d'une valeur de 600 francs. Le concours sera clos le 1er février 1888.

3° Faire l'exposé et la critique des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales. Valeur du prix 600 francs; clôture du concours, 15 janvier 1887.

4° Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement. Établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. La valeur du prix à décerner est de 800 francs et la clôture du concours est fixée au 15 janvier 1887.

5° Élucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. Le prix est de 8000 francs. La clôture du concours aura lieu le 31 décembre 1888. Des encouragements de 300 à 1000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix mais dont les travaux seraient jugés dignes d'une récompense.

Une somme de 25000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, francs de port, à M. le docteur W. Rommelaere, secrétaire de l'Académie royale de médecine, à Bruxelles. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques le samedi 1er mai 1886, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis.

— M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours clinique de gynécologie et de syphiliographie, le mercredi 5 mai 1886, à neuf heures, et le continuera tous les mercredis et samedis, à la même heure.

Le mercredi : thérapeutique de la métrite; le samedi : thérapeutique de la syphilis. Visite et examen des malades, tous les jours, à neuf heures.

Pour assister à ce cours, MM. les étudiants recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique, le mercredi 5 mai 1886, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Il traitera cette année de l'hygiène thérapeutique.

Visite et interrogatoire au lit du malade, tous les matins à neuf heures et demie.

— M. le docteur J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, reprendra son cours sur la structure et les maladies du système nerveux, le jeudi 6 mai 1886, à dix heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure (amphithéâtre du 2e étage). — Le cours de cette année aura principalement pour objet la structure du cerveau et la paralysie générale.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Le cours de botanique (classifications), suspendu pendant les vacances de Pâques, recommencera le mardi 4 mai.

Les leçons de botanique fossile continueront tous les samedis à midi et demi, dans le grand amphithéâtre.

Des leçons théoriques et pratiques sur les familles des plantes vivantes auront lieu dans le laboratoire, rue de Buffon, 63, les mardis à midi et demi, et samedis à une heure et demie. On commencera par l'étude des Dicotylédones polypétales.

— M. le professeur Albert Gaudry commencera son cours de paléontologie le mercredi 5 mai 1886, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il étudiera la paléontologie des environs de Paris. Le cours aura lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Le lundi, le professeur fera des conférences pratiques soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques, Une affiche spéciale annoncera l'heure et l'endroit où ces conférences auront lieu.

— M. le docteur Mathias Duval, professeur d'anthropologie zoologique, commencera son cours à l'École d'anthropologie, le vendredi 7 mai 1886, à deux heures de l'après-midi, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. — Il s'occupera d'anthropogénie et d'embryologie comparée et traitera du blastoderme et de la théorie de la gastrula.

— La polyclinique de chirurgie des femmes, du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29, est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi, à neuf heures, leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. A dix heures, consultations ouvertes aux auditeurs inscrits. — On s'inscrit de trois à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19462.

66

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANEMIE,

et toutes les malad es provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

39

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

49

ÉLIXIR HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

En raison de ses propriétés anesthésiques, l'**Elixir Houdé** constitue un puissant sédatif des **névroses stomacales**. — Recommandé pour combattre les **gastrites, gastralgies, dyspepsies, vomissements**; il calme aussi les douleurs de l'estomac résultant d'**ulcérations** et d'**affections cancéreuses.**

DOSAGE. — 10 milligr. de principe actif par 20 gr.

MODE D'EMPLOI. — Un petit verre à liqueur après le repas et au moment des crises.

DÉPÔT : Ancnne Phie Vée et Duquesnel, A. HOUDÉ, succr, 42, r. du Faubourg St-Denis, Paris et Phies.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences.— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

113

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	**Peptonisent 30 grammes albumine.**
Ou cinq pilules Defresne...........	**Dédoublent 11 grammes corps gras.**
Ou une cuillerée sirop digestif.......	**Saccharifient 10 grammes amidon.**

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DÉFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPÔT : *2, rue des Lombards,* et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE.*

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt: Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Très facile et très agréable à prendre.

Ne contient aucun drastique.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

91

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

22

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiques cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix: **0f50 à 3f.** Envoi cont. timbres. — Ph. BERTRAND aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. ».** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La politique et la folie (1).

INFLUENCE DES GRAVES ÉMOTIONS PUBLIQUES SUR LES PARTICULARITÉS DU DÉLIRE.

III

Les préliminaires de paix sont signés. Un armistice est conclu. La grande ville affamée va se ravitailler. Les communications avec la province se renoueront à la première heure. La nation est convoquée dans ses comices.

Les nouvelles sont accueillies avec étonnement et sans joie. Les habitants étaient décidés à tous les sacrifices, et ils sont presque désappointés de ne pas pouvoir prouver jusqu'à quelle extrémité généreuse pouvaient les conduire leur amour pour le pays et leur exécration pour l'étranger.

Au mois de février, l'état sanitaire ne s'améliore pas. Il y a partout affluence de malades. La mortalité s'élève de plus en plus. Un très grand nombre d'individus ont courageusement lutté pendant le temps des épreuves imposées et des privations nécessaires, mais lorsque les denrées alimentaires reparaissent dans les marchés rouverts, il n'y a chez eux ni entrain, ni appétit, ni désirs. Leur économie est profondément altérée, leur amaigrissement est notable, leur intelligence est inerte.

En lisant la relation des grands voyages de circumnavigation, j'avais remarqué tout ce qui avait été dit au sujet d'une affection caractérisée par de l'abattement des forces, de la fétidité de l'haleine, du ramollissement, de la turgescence et de la putridité des gencives, des taches sous-cutanées rouges ou bleuâtres à la peau, des tumeurs sanguines et des troubles gastriques graves. Cet état, dû à une altération profonde du sang, était attribué à l'usage exclusif des viandes salées, qui avaient défrayé l'alimentation des équipages. On appelait la maladie « le scorbut ». Mais, en y regardant bien, voici que des cas nombreux de scorbut éclatent dans Paris. C'est que l'affection scorbutique n'est pas spéciale à la navigation et n'est pas seulement déterminée par l'abus des salaisons. Pendant le siège de Paris, il a été très peu fait usage de viandes salées, mais la population a été insuffisamment nourrie, a enduré de grandes fatigues et a été soumise à d'excessives déperditions. En faut-il donc davantage pour amener le scorbut?

L'administration s'émeut, fait passer l'inspection minutieuse de tous les hôtes des prisons de la Seine, et elle ouvre un grand service temporaire de scorbutiques à Sainte-Pélagie. M. Lasègue en est nommé le médecin et il se fait seconder par M. Legroux.

Les aliénés de l'infirmerie près le Dépôt présentent surtout les formes dépressives du délire et tous les attributs de ce qu'on est convenu d'appeler « la misère physiologique. » La plupart n'ont qu'un trouble passager, éminemment superficiel, qui n'autorise pas une séquestration, mais qui réclame impérieusement des distributions de bon pain, de viande fraîche et de vin.

La révolution du 18 mars s'accomplit et intimide profondément la population. Les peureux sont en grand nombre, et ils se sauvent dans toutes les directions. Que devait faire le médecin? Rester auprès de ses malades. Pour lui, la politique n'existe pas. Il doit constamment planer au-dessus des discussions de parti, des aventures gouvernementales, des agitations passionnées, des trames insurrectionnelles, et ne jamais descendre dans ces brûlantes arènes où les hommes débutent par des discours et finissent par des violences.

Pour le médecin, toute question relative à la forme du gouvernement doit être lettre morte. Ce qu'il doit recevoir, conserver et transmettre, c'est la tradition médicale. Ce qu'il doit aimer, c'est le progrès scientifique. Celui qu'il doit servir, c'est son semblable aux prises avec la souffrance. Les malheureux, les infirmes et les malades, quel que soit le vent politique qui souffle, ont besoin du médecin, et le médecin est toujours là. A l'heure du danger, il n'a pas appris à déserter. Il a un rôle bienfaisant pour tous et son impartial dévouement le neutralise. Lorsqu'il panse une plaie, a-t-il donc à rechercher quelle est la nationalité de l'arme vulnérante? La blessure est là, sous ses yeux, et que lui importe, à lui, qu'elle ait été pratiquée par un combattant de telle ou telle nuance, ou subie par un volontaire enrôlé sous telle ou telle autre bannière politique, sociale ou religieuse? Dans un domicile privé, à l'hôpital, dans une prison ou au milieu de la rue, il doit mettre son savoir

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 369.

scientifique, son habileté professionnelle et son cœur de Français au service du militant tombé. Voilà tout.

Pendant toute la durée de la Commune, les rouages municipaux sont totalement désorganisés. C'est à peine si les gardes nationaux amènent deux aliénés à l'infirmerie par jour, tandis que la moyenne, en temps ordinaire, oscille entre sept et douze. Des insensés toutefois sont placés d'office dans les hôpitaux de l'Assistance publique et évacués de là sur les établissements spéciaux.

Le délirium tremens à forme grave et rapidement mortelle devient fréquent, et, à la suite des perturbations très grandes apportées dans les positions de fortune — revers commerciaux ou emplois perdus — on observe volontiers chez les prédisposés les formes aiguës de la folie : le délire maniaque et le délire mélancolique.

Si nous passons maintenant de l'infirmerie spéciale au Dépôt de la préfecture, nous rencontrons l'archevêque de Paris et soixante-trois membres du clergé, d'anciens sénateurs de l'Empire, un général de division, des fonctionnaires, des médecins, des financiers, des gens appartenant à toutes les classes de la société, d'anciens sergents de ville, d'anciens gardes de Paris, tout le personnel des otages, en un mot. Un peu plus loin, plusieurs centaines de femmes jeunes ou presque jeunes, encombrent toutes les salles et couchent à terre sur un matelas. Le médecin passe chaque jour, adresse avec intérêt la parole à tout le monde et consacre plusieurs heures aux visites hygiéniques et aux constatations cliniques et médico-légales qui lui incombent. Du 18 mars au 24 mai 1871, huit cents mises en liberté sont ordonnées sur certificats individuels signés par lui, sous sa propre et unique responsabilité, au péril de sa liberté et de sa vie.

Les splendeurs de Paris sont en feu. Le tocsin tinte jour et nuit. Le canon tonne dans la rue. Les poudrières font explosion. La fusillade est partout. L'incendie gagne de proche en proche. L'artillerie fédérée gravit les hauteurs et épuise sur nos maisons son immense provision d'obus au pétrole. La bataille dure sept jours.

La préfecture de police est réduite en cendres. Le Dépôt, grâce à l'énergie de deux surveillants, est soustrait aux flammes. Il est inondé, mais intact. Je m'y rends, le 26 mai, en passant à travers les décombres des barricades. Les murs des anciens bâtiments de l'administration centrale s'effondrent avec fracas, les ruines fument, et des millions de feuilles de papier noirci ou brûlé voltigent dans les cours. Les pompiers du Loiret entourent la Sainte-Chapelle et la protègent. Ils me croisent partout la baïonnette et ils ont l'ordre de faire feu sur quiconque transgresse la consigne. J'arrive cependant et je trouve quatre aliénés camisolés, témoins depuis quatre grands jours de tous les désastres. L'un d'eux, ancien sergent de ville, allait être fusillé, quand un surveillant le disputa au chef du peloton, en lui disant avec autorité : « Non, les fous, ça ne se fusille pas ! » L'aliéné eut la vie sauve.

Les quatre malades étaient affolés de terreur. Ils n'avaient ni mangé ni dormi. Du ton le plus plaintif, ils se lamentaient sans cesse. Sans la camisole, il y aurait eu parmi eux un ou deux suicides.

A propos de suicide, je tiens à relever ici un détail très significatif. Pendant tous les événements qui se sont accomplis depuis neuf mois, les cas de mort volontaire ont été rares. Comme il y en a d'ordinaire de sept à huit cents à Paris par an, il est facile de se rendre un compte exact de la situation. Trop préoccupés, trop tourmentés et trop émus par les douleurs de la patrie, les habitants voyaient leurs chagrins disparaître en face du deuil national. S'associant pleinement aux convulsions du pays, aux privations du siège, aux périls du bombardement ou aux alarmes de la guerre civile, la pensée ne leur est pas venue de déserter la vie en un pareil moment. Les aspirants au suicide ont spontanément reculé l'échéance de leur résolution préméditée. Par le fait, ils ont été des courtisans du malheur.

Dans la première semaine de juin, j'observe au Dépôt, dans la même journée, trois femmes atteintes de mélancolie avec stupeur. L'une a été trouvée immobile et inerte dans une cave ; l'autre a vu fusiller son mari et a failli elle-même être passée par les armes ; la troisième a été transportée sans renseignement aucun.

Plusieurs aliénés sont panophobes et gémisseurs : on les poursuit, on va les arrêter et les fusiller ; ils sont innocents ; ils n'ont pas mis le feu ; ils pleurent, se jettent à genoux, demandent grâce et répètent constamment les mêmes mots : *Ah ! mon Dieu, mon Dieu !... Achevez-moi !... mais ce n'est pas moi !*

Le seul point dont il faille tenir compte, à l'occasion de l'influence que les événements politiques peuvent exercer sur le développement de la folie, est celui-ci : les révolutions sont capables d'amener la terreur, et la terreur peut non seulement modifier l'état intellectuel des générations présentes, mais s'appesantir encore lourdement, par la voie de l'hérédité, sur les dispositions mentales des générations futures. Ne sait-on pas, en effet, que tel enfant conçu alors que l'un de ses auteurs se trouvait dans telles conditions déterminées, est exposé beaucoup plus que tout autre à l'irritabilité, à la mobilité, à la mélancolie, à l'imbécillité, à l'épilepsie ? L'alcoolisé ne procrée-t-il pas un fils dégénéré ? N'ai-je point relevé avec un soin méticuleux les tares nombreuses et très variées que présentaient soixante enfants conçus pendant le siège de Paris (1), et ne vous ai-je pas présenté ici même sept jeunes filles, nées en 1871, et appartenant à ce groupe si intéressant à étudier ?

Cette action exercée par les grandes émotions terrifiantes est relativement rare, et, après les très graves événements de Paris, je ne crois pas qu'il y ait eu un chiffre sérieux de cas d'aliénation aiguë dépendant certainement des catastrophes subies par la population, mais enfin il convient de prendre ce fait en considération. Cela a été dit et avancé d'ailleurs par d'autres, et Morel, par exemple, a cité les exemples suivants : « J'ai donné successivement, dit-il, mes soins à deux frères dont l'un, témoin de l'incendie de sa fabrique, est tombé subitement dans une morne stupeur, à laquelle succéda une violente exaltation maniaque. L'autre, juré dans une affaire où le peuple ameuté envahit le sanctuaire de la justice, fut à son tour frappé d'une telle frayeur, que l'oppression mélancolique qui l'envahit se termina ultérieurement de la manière la plus déplorable. — Un artilleur, exposé pendant les journées de juin au feu le plus terrible, et resté seul de tous ses camarades sur la pièce qu'il servait, tomba immédiatement dans une profonde stupeur et fut longtemps retenu à l'asile par un état consécutif de manie avec fureur. — Un incendie effroyable détermina chez plusieurs habitants d'un village entièrement détruit par cet accident, des crises de désespoir auxquelles succédèrent des états mélancoliques avec tendance au suicide. »

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 385.

Du 8 au 30 juin, l'alcoolisme disparaît presque complètement. Les hommes jeunes font défaut. La folie frappe les femmes de préférence. Le délire des persécutions semble être tout à fait à l'ordre du jour. Cette variété délirante s'organise d'autant plus volontiers que les dénonciations s'exercent sur une plus grande échelle, que les arrestations sont plus nombreuses, que les mesures d'ordre public sont plus intimidantes, et que les actes de répression sont plus terribles. L'angoisse générale des esprits prédisposés aux lésions morbides rencontre là un aliment dangereux. A ces calamiteuses époques, il ne faut être ni impressionnable, ni turbulent, ni déprimé, ni débile. Le calme est l'apanage du fort. L'orage ne frappe guère que les têtes recommandées.

A ce moment, on voit défiler tour à tour au Dépôt un certain nombre de membres de la Commune, les officiers supérieurs de l'armée fédérée, les magistrats, les officiers ministériels et les agents divers du gouvernement du 18 mars, les gardes nationaux blessés et arrêtés à domicile, les brigades de pétroleuses, etc. Le médecin ignore ce qui s'est passé. Des malades s'adressent à lui, et il est aussi attentif et aussi dévoué pour eux qu'il l'a été quelque temps auparavant pour les otages.

Si, pour un instant seulement, nos souvenirs se reportent en arrière, nous voyons les otages qui ont survécu venir s'inscrire, quelques heures après leur libération, au domicile du médecin; puis, dix ou onze ans plus tard, d'anciens membres et d'anciens condamnés de la Commune faire la même démarche auprès du même homme. L'accueil le plus ému a répondu à ces manifestations si spontanées et si empreintes de gratitude.

Quelle admirable profession que celle qui place un homme au-dessus de tous les événements qui troublent et ensanglantent son pays ; qui lui donne accès partout et lui procure l'occasion de faire également le bien partout ; qui lui permet de tout voir, de tout entendre et de garder le silence; de ne trouver, dans les individus les plus égarés, les plus malheureux ou les plus coupables, que des malades dignes d'une égale sollicitude ; de n'être influencé par aucun des bruits du dehors et de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le vainqueur ou le vaincu, le mendiant sur son grabat ou l'archevêque de Paris dans son cachot, l'espion prussien à la pistole ou le président de la Cour suprême dans une cellule de condamné à mort, et de recevoir de tous les mêmes marques de déférence et le même remerciement !

A la conclusion définitive de la paix, après la perte si poignante de nos deux chères provinces et l'obligation pour nous de payer 5 milliards à la Prusse, au moment, dis-je, de cette nouvelle crise convulsive de notre histoire nationale, apparaissent encore les déclassés de l'intelligence, avec leurs expédients prétendus merveilleux et leurs propositions plus ou moins grotesques pour payer la rançon, sauver le pays et relever la France. L'un écrit à M. Thiers, à Versailles, et lui indique un moyen infaillible pour fabriquer de fausses pièces d'or; l'autre soumet un projet de faux billets de banque; celui-ci rachète l'Alsace et la Lorraine moyennant l'abandon à la Prusse de certaines possessions coloniales; celui-là soumet un plan sur l'emploi des fonds secrets et veut établir sans frais à l'étranger tout un système d'informations générales; un autre donne des conseils politiques et administratifs, réorganise la France, supprime l'indemnité des députés et abolit tous les impôts; mais il prélève une taxe de 8 p. 100 sur les revenus de tous ceux qui possèdent; un autre enfin diminue de moitié les droits perçus par l'octroi, mais il impose lourdement les célibataires et même les veufs n'ayant point dépassé la cinquantième année. Ces libérateurs platoniques se mettent tous à la disposition du Gouvernement pour la prompte exécution du système proposé. Après examen, les neuf dixièmes sont remis en liberté.

Pendant l'été de 1871, le chiffre total des aliénés est de beaucoup au-dessous de la normale. En admettant même une diminution considérable dans la population, par suite de la mortalité excessive de l'hiver, de la guerre civile, des exécutions sommaires de la fin de mai, du départ des étrangers et d'un plus ou moins grand nombre de peureux et d'individus compromis, du transfèrement à Satory ou ailleurs de 40 000 fédérés, et même de la décapitalisation provisoire de Paris, il n'en est pas moins démontré une fois de plus que les événements politiques les plus graves, — s'ils donnent au moment où ils surviennent une couleur spéciale au délire, — ne produisent nullement un accroissement d'aliénés, ainsi qu'on le croit d'ordinaire.

De 1847 à 1854, il est entré à l'hospice de Bicêtre un nombre égal de malades, eu égard aux oscillations connues de la population parisienne à cette époque. Dans un établissement renfermant 1 000 aliénés, Morel n'en a trouvé que 5, de 1848 à 1856, que l'exagération des idées politiques avait menés tout droit à l'aliénation mentale. « Encore faut-il faire la part, dit-il, des sentiments exaltés et des théories fausses qui avaient depuis longtemps troublé leur raison. » Que Belhomme ait déclaré avoir observé quelques cas de folie en 1848, à la suite des émotions politiques, je le sais, mais les observations démontrent que les malades de Belhomme appartenaient à la grande classe des prédisposés.

L. Lunier s'est livré, pendant trois ans, à une enquête générale sur l'influence des événements, du 1er juillet 1870 au 31 décembre 1871, au point de vue du mouvement de l'aliénation mentale en France, et voici à quelles conclusions il est arrivé : « Les asiles français ont reçu 1 300 malades de moins que dans la période correspondante de 1869-1870. Les événements de 1870-1871 ont donc eu pour résultat immédiat de diminuer considérablement le nombre des admissions dans les asiles et par suite le chiffre des *restants en fin d'année*. Ainsi le chiffre des aliénés, qui aurait dû être, toutes choses égales d'ailleurs, de 40 056 au 1er janvier 1872, n'était en réalité que de 37 451, ce qui constitue une différence de 2 605 sur les prévisions normales » (1).

La question est donc jugée maintenant : *La politique ne fait point pulluler les fous*. Jusqu'à présent on a cru le contraire, car rien ne fait plus vite son chemin dans le monde qu'une appréciation fausse. Voilà encore un préjugé battu en brèche !

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette (2).

(Leçon recueillie par M. H. DÉSIR DE FORTUNET, interne du service.)

II

OBSERVATION. — Marie C..., vingt et un ans, ménagère, née à la Mulatière (Rhône) entre, le 30 novembre 1885, à la salle Saint-Paul, service de M. Daniel Mollière.

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1874, p. 386.

(2) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 394.

Comme antécédent pathologique sérieux, on ne trouve que la rougeole suivie d'une longue convalescence, à l'âge de cinq ans. Depuis lors, elle a joui d'une excellente santé.

Jamais elle n'a été occupée à des travaux pénibles. Mariée à dix-huit ans, elle n'a eu qu'une seule couche, dix mois après son mariage. Elle a toujours été bien réglée. On ne trouve chez ses parents la trace d'aucune diathèse.

Il y a huit mois à peine, elle constata dans l'hypochondre droit la présence d'une petite tumeur ayant le volume d'une amande. Elle la montra aussitôt à un médecin qui, outre divers révulsifs cutanés, lui prescrivit à l'intérieur de l'iodure de potassium. Malgré le traitement, la tumeur augmenta progressivement; elle atteint actuellement le volume d'un œuf de poule.

On ne peut trouver comme étiologie de l'affection actuelle ni traumatisme ni frottements prolongés dus à sa profession. Elle a l'habitude de porter un corset, mais sans chercher à diminuer outre mesure ses dimensions.

État actuel. — Le 30 novembre 1885, on constate dans l'hypochondre droit une tumeur un peu allongée dans le sens transversal, et dont le centre est situé à 5 centimètres au-dessous de la dixième côte, à 12 centimètres de la ligne médiane et à 6 centimètres de l'extrémité antérieure de la onzième côte.

La peau, légèrement soulevée à ce niveau, n'offre la trace d'aucune lésion et glisse facilement sur la tumeur. A la palpation, on sent sa surface lisse et sans bosselure. Sa consistance très dure rappelle celle de l'enchondrome. La masse de la tumeur est facile à circonscrire; au côté supérieur seul, il semble exister un peu d'empâtement se prolongeant vers les fausses côtes; mais la sensation obtenue est bien loin de ressembler à celle que donnerait la présence d'un pédicule. La tumeur est fortement fixée à sa partie profonde; on peut à peine lui imprimer de légers déplacements.

La toux, les mouvements respiratoires, n'ont pas d'influence sur l'état de la tumeur et de ses parties avoisinantes. Elle se soulève avec les parois abdominales et s'abaisse avec elles.

M. Mollière n'hésita pas à affirmer immédiatement qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse développée aux dépens d'une des aponévroses abdominales. En effet, l'intégrité de la peau, son glissement facile, l'absence de tout engorgement ganglionnaire, la limite bien nette de la tumeur imposaient en quelque sorte le diagnostic de tumeur bénigne. Sa consistance ne pouvait laisser de doute qu'entre une tumeur de nature cartilagineuse ou de nature fibreuse. Était-on en face d'un enchondrome qui, d'abord adhérent aux cartilages costaux, s'en était peu à peu séparé, tout en lui restant fixé par un pédicule, cette sorte de migration étant favorisée par les contractions répétées des parois abdominales? La dureté élastique du néoplasme et l'absence d'un pédicule firent pencher pour le fibrome. Mais à quel niveau la tumeur s'était-elle développée? Sa situation superficielle et surtout le fait de n'être point entraînée près des organes internes au moment des contractions des muscles abdominaux firent penser qu'elle devait être adhérente à l'aponévrose du grand oblique. L'ablation fut proposée à la malade qui l'accepta aussitôt.

Opération. — Le 3 décembre, la malade est anesthésiée. L'incision des téguments au centre de la région occupée par la tumeur est faite sur une longueur de 7 centimètres. Le muscle une fois divisé, on arrive rapidement sur le néoplasme qu'il est facile de circonscrire avec le doigt, même à la région supérieure, où on avait pu penser un instant à la présence d'un pédicule. Ce n'est qu'à la face profonde reposant sur l'aponévrose du grand oblique, au point précis où les faisceaux musculaires s'unissent au plan fibreux, que le doigt est arrêté. M. Mollière alors soulève légèrement la tumeur en la faisant basculer en bas et sectionne au bistouri les adhérences intimes du néoplasme avec le muscle et son aponévrose. Les petits vaisseaux qui laissent échapper du sang rouge sont tordus et après un instant de compression, l'hémostase est complète, sans qu'il soit nécessaire de poser aucune ligature. La poche étant bien lavée avec une solution de sublimé, on achève l'opération par la suture des lèvres de la plaie et l'application d'un pansement antiseptique et compressif. Le bras est immobilisé pour éviter l'aspiration axillaire.

Les jours suivants, aucune douleur, aucune réaction fébrile.

13 décembre. Le pansement est ouvert, réunion immédiate.

Le surlendemain, fluctuation et ouverture spontanée au niveau de la cicatrice. Évacuation d'une quantité de liquide rougeâtre, à peu près égale au volume de la tumeur. Lavages antiseptiques; compression.

Le 24, réunion sans une goutte de pus. La malade sort de l'hôpital.

Examen de la tumeur. — Recouverte d'une enveloppe fibreuse peu vasculaire. A la face profonde, des faisceaux musculaires et fibreux se portent en grand nombre sur la tumeur pour la recouvrir en partie et lui adhérer si intimement qu'il est impossible de les en séparer par traction simple.

Elle présente la forme d'un ovoïde dont le grand diamètre mesure 7 centimètres et le petit 4 centimètres 1/2. D'une consistance très ferme, elle crie sous le bistouri. Sur la coupe, les fibres entre-croisées dans toutes les directions présentent un feutrage fibreux à peu près uniforme. Sa couleur est d'un blanc mat.

Les coupes histologiques pratiquées au centre du néoplasme montrent qu'il se compose uniquement de tissu conjonctif modelé. De longues fibres ondulées, entre-croisées, pressées les unes contre les autres, rappellent la structure des aponévroses. Les noyaux sont allongés et fortement colorés par le picrocarmin. On ne trouve pas de fibres élastiques. Les vaisseaux sont rares et peu volumineux.

Au-dessus du pédicule, le tissu est un peu moins dense; quelques faisceaux musculaires, pénétrant dans le néoplasme parallèlement aux fibres conjonctives, sont englobés, étranglés en quelque sorte au milieu du tissu principal. Ils restent localisés et disparaissent complètement dans le corps même du néoplasme.

Le pédicule lui-même est formé de deux parties bien distinctes. Les coupes portant sur la portion externe n'offrent guère que des faisceaux musculaires entre lesquels cependant on trouve un peu de tissu conjonctif. Celles au contraire qui intéressent la portion interne ne présentent que du tissu conjonctif modelé, semblable à celui qui constitue les aponévroses et le corps de la tumeur.

Après cet examen histologique, aussi complet que possible, l'origine de la tumeur ne doit laisser aucun doute. MM. Bard et Chandelux, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, qui ont bien voulu examiner nos coupes, sont d'accord pour conclure qu'il s'agit bien d'un fibrome développé aux dépens des aponévroses.

La tumeur, en effet, ne peut provenir du périoste de la dixième côte, car elle n'a actuellement aucune connexion avec lui. Elle s'est développée sur place sans avoir jamais éprouvé de migration.

Son origine ne peut être dans le tissu conjonctif entourant l'aponévrose du muscle, car on ne verrait pas les faisceaux musculaires pénétrer dans la tumeur, ni les fibres conjonctives se détacher de l'aponévrose et s'unir si intimement au néoplasme, qu'il est bientôt impossible de les reconnaître.

Enfin, la constitution même de la tumeur n'est-elle pas la reproduction exacte de la tumeur fibreuse des aponévroses? On ne trouve que du tissu conjonctif modelé, dont les longues fibres ondulées ont cependant une direction générale rectiligne; leurs différents plans s'entre-croisent dans tous les sens. Les vaisseaux y sont très rares. Enfin, le tissu élastique fait complètement défaut.

Qu'on nous permette, en terminant, d'apporter à l'appui de ce que nous avançons les résultats de l'examen histologique de deux tumeurs fibreuses, l'une siégeant à la face palmaire de la main, l'autre à la région postérieure et supérieure de l'avant-bras.

Cliniquement, la tumeur de la région palmaire présentait tous les caractères d'un fibrome, et l'on pouvait croire à son adhérence à l'aponévrose palmaire. Au moment de l'opération, on vit que le néoplasme n'avait avec le plan fibreux sous-jacent que des rapports de contiguïté, car il fut facile de l'énucléer par tractions simples. Il s'agissait donc là d'un fibrome développé dans la couche de tissu conjonctif siégeant entre la peau et l'aponévrose palmaire. Aussi les coupes pratiquées dans cette tumeur nous ont-elles montré un tissu fibreux beaucoup moins dense, des faisceaux de longues fibres s'entre-croisant dans divers sens, mais laissant entre eux des espaces remplis par des fibres pelotonnées sur elles-mêmes. On ne trouve plus la même disposition longitudinale et régulière. Enfin, le tissu élastique y est assez abondant et les vaisseaux plus nombreux.

L'autre tumeur, siégeant à la région du coude, était nettement adhérente à l'aponévrose. Elle se trouvait même placée dans une sorte de dédoublement fibreux; aussi, pour en pratiquer l'ablation, M. Chandelux fut-il obligé d'enlever un morceau d'aponévrose. L'examen histologique donna les résultats que nous attendions. Le centre de la tumeur a subi la dégénérescence xantélasmique, mais les parties périphériques présentent à la coupe de longues fibres ondulées et pressées les unes contre les autres, affectant dans leur ensemble une disposition longitudinale. Les espaces libres, le tissu élastique, les fibres pelotonnées ont disparu. En un mot, nous avons sous les yeux une véritable trame aponévrotique.

Après cet exposé succinct des caractères cliniques et histologiques des tumeurs fibreuses intra-pariétales, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe des tumeurs fibreuses intra-pariétales développées aux dépens des aponévroses;

2° Les fibromes des parois abdominales adhérents à l'aponévrose du grand oblique sont rares; le plus souvent ils sont situés sous le *fascia transversalis;*

3° Lorsque l'on a constaté l'union intime de la tumeur à l'aponévrose, on retrouve dans le néoplasme des caractères histologiques rappelant la trame fibreuse des plans aponévrotiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er mai 1886. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Paralysies et contractures hystériques provoquées. — **M. FÉRÉ** fait connaître le résultat de l'expérience suivante : Si, chez une hystéro-épileptique en état de somnambulisme, on détermine une excitation quelconque, un choc sur le deltoïde, par exemple, on produit une paralysie du membre supérieur correspondant. Or si on avait placé dans la main de la malade un dynamomètre avant l'expérience, on constate, au moment de l'excitation, une contraction musculaire plus énergique que celle que peut produire la volonté; la paralysie dans ce cas ne viendrait donc que consécutivement et serait le résultat de l'épuisement et non un phénomène d'inhibition.

M. DUMONTPALLIER fait observer que la même excitation qui produit la paralysie immédiate, chez les hystéro-épileptiques, produit aussi la contracture.

M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir montré qu'une section hémilatérale de la moelle, au niveau de la dixième vertèbre dorsale, chez un lapin, produit une paralysie du membre antérieur correspondant; chez un autre lapin, elle donnera une contracture. Ces différents effets varient selon la disposition nerveuse de l'animal. La moindre irritation, chez un animal, peut donc produire soit une dynamogénie, soit une paralysie, quelquefois même une paralysie d'un côté, une dynamogénie de l'autre. Dynamogénie et inhibition sont donc des phénomènes identiques au point de vue de leur origine.

Acide carbonique du sang. — **M. QUINQUAUD**, en son nom et au nom de M. Gréhant, communique les résultats de recherches sur l'acide carbonique du sang. Comment est distribué l'acide carbonique du sang? Il a été généralement admis jusqu'ici que l'acide carbonique siège dans le sérum sanguin. Il en est tout autrement : les gaz du sérum sont infiniment moins abondants que le gaz acide carbonique du cruor; ainsi tandis que pour ce dernier on trouve 78,6 p. 100 d'acide carbonique, on n'en trouve que 43,8 p. 100 dans le sérum. La plus grande quantité d'acide carbonique existe donc dans le cruor, avec les globules, et non dans le sérum.

M. Quinquaud fait également connaître les résultats de recherches sur le soi-disant acide du sang admis par les Allemands pour expliquer la dissociation de l'acide carbonique. Or cette dissociation s'explique par une action mécanique, et il n'y a pas d'acide du sang.

Ablation des centres moteurs. — **M. MATHIAS DUVAL**, au nom de la commission nommée dans la dernière séance pour examiner le chien présenté par M. Dupuy (voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 372), fait connaître le résultat de cet examen. On voit très nettement sur le cerveau de ce chien que les deux girrus sigmoïdes ont été atteints par la lésion; leur substance corticale a été enlevée; la lésion a bien détruit toute l'épaisseur de la substance grise, surtout du côté gauche. M. Dupuy a donc bien produit les lésions qu'il avait annoncées. Dans un rapport ultérieur, M. Duval fera connaître le résultat d'autres recherches relatives à ce chien.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

94. M. FLORENTIN. Des divers modes de traitement du genu valgum. — 95. M. PLANÈS. La folie observée à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, à la Préfecture de police. — 96. M. GUZMAN. Des fistules congénitales du cou, fistules bronchiales. Étude anatomo-pathologique. — 97. M. DRAPIER. Contribution à l'étude de l'influence des anesthésiques sur la nutrition. — 98. M. BARBET. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine. — 99. M. GRIAS. Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du Commerce et de l'Industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes dont les noms suivent et qui se sont signalées par leur participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1882 :

Médailles d'or : M. le professeur Poincaré (de Nancy) et M. Faucher, ingénieur en chef des poudres et salpêtres.

Rappel de médaille d'or : M. Delcominète, pharmacien-professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

Médailles d'argent : MM. le professeur J. Arnould, à Lille; Lefèvre, professeur au lycée de Versailles; le professeur Layet, à Bordeaux; Clouet, pharmacien-professeur à l'École de médecine de

Rouen; Herbelin, professeur à l'École de médecine de Nantes; docteur Hugot, vice-président du Conseil du département de l'Aisne; docteur Raymondaud, membre du Conseil du département de la Haute-Vienne.

Rappels de médailles d'argent : MM. Andouard, pharmacien-professeur à l'École de médecine de Nantes; docteur Bancel, secrétaire du Conseil du département de Seine-et-Marne; Gebhart, pharmacien, secrétaire du Conseil du département des Vosges.

Médailles de bronze : MM. Rambaud, pharmacien-professeur à l'École normale de Poitiers; Bor, pharmacien-professeur à l'École de médecine d'Amiens; docteur Deshayes, secrétaire du Conseil du département de la Seine-Inférieure; docteur Hébert, professeur à l'École de médecine de Dijon; Defferre, pharmacien, secrétaire du Conseil du département du Gard; Dussaussoy, ancien pharmacien à Laon, membre du Conseil du département de l'Aisne.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Sigalas est nommé chef des travaux pratiques de physique (emploi nouveau).

— Le Collège chirurgical de Dublin a, dans sa dernière séance solennelle, proclamé M. Pasteur professeur honoraire.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Mauger, médecin inspecteur de la marine en retraite, de M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi), et de M. Dajon, médecin à Blangy.

— La Société protectrice de l'enfance a proposé, pour l'année 1886, la question de prix suivante : « Exposer dans des observations personnelles, les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir la contagion. »

La même Société propose, pour l'année 1887, la question suivante: « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° le repos auquel, dans quelques fabriques, sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. »

Ces deux prix sont de la valeur de cinq cents francs.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1886 pour la première question, et avant le 1er novembre 1887 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4, à Paris.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents ne devront pas se faire connaître; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

— MM. les élèves externes et internes des hôpitaux et hospices civils de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire de la saison d'été ont commencé le lundi 3 mai 1886, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'administration de l'Assistance publique.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront exercés, chaque jour, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et les autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 1er mai.

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de clinique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 7 mai, à dix heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Visite des malades à neuf heures, salles Saint-Augustin et Saint-Ferdinand. Consultation le mardi à neuf heures.

— *Muséum.* — M. Guignet, ancien élève de l'École polytechnique, suppléant, en son absence, M. le professeur Chevreul, commencera le cours de chimie appliquée aux corps organiques, mardi prochain 4 mai 1886, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le cours de cette année sera consacré à l'application des connaissances chimiques à l'étude des êtres vivants.

— M. le docteur Hamy, aide-naturaliste, en l'absence de M. le professeur de Quatrefages, commencera le cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, mardi prochain 4 mai 1886, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le cours sera consacré à l'étude détaillée des races humaines d'Amérique.

— M. le professeur Charles Rouget commencera son cours de physiologie générale, mardi prochain 4 mai 1886, à quatre heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Les leçons pratiques auront lieu le mardi, au laboratoire.

Le professeur traitera de la respiration, des synthèses organiques, de la glycogénie. En cas d'absence, il sera suppléé par M. Gréhant, aide-naturaliste, qui commencera le cours le mardi 4 mai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Première série, tome XXXII et tome XXXIII (première partie); deuxième série, tome XXII; troisième série, tome XV (deuxième partie), tome XVI (première partie). — Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

De la médication abortive, par le docteur de Beurmann, médecin des hôpitaux. Grand in-8° de 260 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Du sommeil non naturel, ses diverses formes, par le docteur H. Barth, médecin des hôpitaux. Grand in-8° de 190 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des fractures spontanées, par le docteur Simon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, par le docteur Chuffard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

De l'antisepsie médicale, par le docteur Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Des paralysies toxiques, par le docteur E. Brissaud, médecin des hôpitaux, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19490.

25

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

169

AFFECTIONS UTÉRNIES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et tes ph.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général: LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

109

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine,** l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses :** *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale :** *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

24

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales;** très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT: A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

6

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

77

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours. La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

91

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

26

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND-FARDEL).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (PÉTREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

N° 53. — JEUDI 6 MAI 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 6 MAI 1886. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Béchamp, ainsi que cela avait été convenu dans la dernière séance, a eu la parole pour répliquer à la dernière argumentation de M. Cornil. Mais au lieu de M. Cornil, c'est M. Pasteur qu'il a trouvé en face de lui. M. Pasteur, qui était venu pour déposer sur le bureau la communication qu'il a faite il y a deux semaines à l'Académie des sciences, en ajoutant à ce dépôt quelques nouveaux renseignements sur les derniers résultats de ses inoculations de virus rabique, n'a pu entendre cette réplique de M. Béchamp sans protester aussitôt contre les assertions qu'elle renferme et sans mettre M. Béchamp au défi de démontrer, par une seule expérience, la transformation en un être vivant de ses microzymas, qui ne sont autre chose que les granulations moléculaires que tout le monde connaît. Il a proposé le seul moyen de terminer, pour le moment du moins, ce long débat, c'est de mettre M. Béchamp en demeure de répéter ses expériences devant une commission, qui aurait en même temps à étudier les faits avancés par son collègue. Cette proposition a été adoptée par l'Académie. Il sera procédé à la nomination de cette commission dans la prochaine séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Plaie par arme à feu de la poitrine ; issue de la balle par le larynx.

(Leçon recueillie par M. LEFÈVRE, interne du service.)

Je désire vous parler aujourd'hui des résultats de l'autopsie d'une malade que vous avez vue dans nos salles, atteinte de plaie pénétrante de la poitrine par arme à feu (balle de revolver calibre 7). Considérons d'abord le trajet de la balle, qui est un trajet réellement exceptionnel. Celle-ci, après avoir traversé la paroi thoracique et la plèvre au niveau de l'aisselle gauche, entre la quatrième et la cinquième côte où l'on retrouve un orifice de quelques millimètres déjà cicatrisé, pénètre par sa face externe le lobe supérieur du poumon gauche, le traverse obliquement de bas en haut et de dehors en dedans pour aller sortir au sommet. Ce trajet n'est indiqué à l'autopsie que par une bande d'infiltration sanguine de quelques millimètres, présentant au milieu un canal rempli de caillots sanguins.

La cicatrisation du trajet intra-pulmonaire est effectuée à ses deux extrémités ; la sonde cannelée n'y pénètre qu'en rompant les adhérences déjà formées. De là la balle passe derrière la clavicule, traverse le cul-de-sac supérieur de la plèvre, perfore les veines jugulaire interne et sous-clavière à leur point de convergence ; elle aborde le lobe gauche du corps thyroïde par sa partie postérieure et externe, le traverse, et par un trajet oblique et ascendant pénètre dans le larynx entre le premier anneau de la trachée et le cartilage cricoïde.

Vis-à-vis l'orifice d'entrée la muqueuse sous-glottique du larynx offre une déchirure ovalaire à grand axe longitudinal, à bords déchiquetés et ne donnant accès dans aucun trajet. Il est probable que la balle, ayant presque épuisé son action à ce niveau, a contusionné la muqueuse, et glissant sur elle en vertu de la vitesse acquise, est sortie du larynx par son orifice supérieur ; elle n'était pas en effet retombée dans les bronches qui ont été ouvertes et où l'on ne put la retrouver. Sortie du larynx, ou bien elle a été déglutie quoiqu'elle ne se trouvât pas dans le tube digestif au moment de l'autopsie, ou bien elle a été expulsée par la bouche avec les caillots que la malade a rejetés en grande abondance, immédiatement après la blessure, avant son entrée à l'hôpital.

La plaie de la trachée nous donne la clef d'un phénomène peu explicable pendant la vie ; c'est la présence dans les crachats de caillots fibrineux ramifiés représentant le moule intérieur des bronches. Ces mêmes caillots fibrineux ont été retrouvés à l'autopsie dans les bronches du lobe inférieur du poumon droit affaissé à ce niveau. Ils résultent d'une hémorrhagie assez abondante, lente et continue, dont le sang entraîné par l'inspiration a pénétré jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Le poumon droit se dilatant plus que le gauche, comprimé par l'épanchement de sang dans la plèvre, c'est à droite que ce sang s'est dirigé, c'est aussi dans les bronches donnant le plus directement accès à l'air, c'est-à-dire dans celles du lobe inférieur.

La plaie du larynx, communiquant par le trajet de la balle avec la plaie des veines du cou, explique l'écoulement de sang tant que la formation d'un caillot n'aura pas obli-

téré l'orifice. La plaie étant sous-glottique a permis au sang de pénétrer dans les bronches sans traverser la glotte, qui est la partie essentiellement irritable de l'arbre aérien, aussi ce sang n'a-t-il été rejeté qu'en partie. Le sang épanché dans les plèvres d'autre part venait aussi de la plaie de la jugulaire et coulait lentement et d'une manière continue. Le sang ne provenait point de la blessure du poumon.

La plaie du larynx, mieux que la solution de continuité de la plèvre, explique encore la production de l'emphysème sous-cutané, lequel ayant nettement débuté par la partie gauche du cou s'est à peine étendu au thorax. Il n'est pas descendu sur l'abdomen, tandis qu'il a occupé presque de suite le cou et la face ; il était si accentué que les paupières étaient fermées par le fait de la tuméfaction. La plèvre ayant été trouvée cicatrisée à l'autopsie, ce n'est qu'à la plaie laryngée qu'on peut attribuer la réapparition légère de l'emphysème, la veille de la mort, probablement due aux efforts de toux et au déplacement d'un caillot.

Quelle a été la cause de la mort? Le pneumothorax avec épanchement sanguin de un litre et demi dans la plèvre gauche, sans aucune altération des parois de la cavité, ne peut en rendre compte. C'est dans la plaie des veines qu'il faut la chercher. Le mode de guérison naturelle de ces plaies est la formation d'un thrombus au niveau de l'orifice. Ce thrombus s'est formé au niveau de la jugulaire interne, mais à un certain moment il s'est détaché ; entraîné par le courant sanguin, il a pénétré dans le cœur et donné lieu aux phénomènes caractéristiques des coagulations intracardiaques et des embolies pulmonaires qui ont précédé la mort.

L'autopsie nous a montré les caillots sanguins dans l'oreillette. L'artère pulmonaire contenait un caillot fibrineux du volume du petit doigt, se prolongeant d'un côté dans le ventricule droit, de l'autre dans les ramifications de l'artère dans le poumon droit en particulier.

Nous sommes donc en présence d'une plaie par arme à feu où la balle, pénétrant par le thorax, est sortie par le larynx et dont le trajet insolite échappait au diagnostic, surtout si l'on prend en considération que l'on ne pouvait questionner la malade. L'examen de ce trajet permet de rétablir la position de la blessée au moment de l'accident. En effet, le coup de feu étant dirigé horizontalement, le siège de l'orifice d'entrée dans l'aisselle montre que le bras gauche était élevé ; la direction ascendante du trajet du côté gauche du thorax à la partie médiane du cou montre que le tronc était incliné à droite et la tête inclinée du même côté ; la pénétration dans le larynx par la partie postérieure et externe montre que la face était tournée à droite et regardait le sol.

Le traitement qui a été employé dans ce cas, celui qui doit l'être dans toute plaie pénétrante de poitrine, c'est la bande de diachylon faisant une fois et demie le tour du thorax et assez serrée pour l'immobiliser. Grâce à cette application, l'autopsie nous a montré, après quatre jours, la plaie cutanée cicatrisée, les orifices de la plèvre fermés, la sonde cannelée ayant dû forcer les adhérences pour pénétrer dans le trajet, aucune trace d'inflammation dans la plèvre ni dans le poumon, qui restait aéré sans aucune induration.

Ce pansement offre le double avantage d'une occlusion parfaite et de l'immobilisation des côtes en supprimant la respiration costale.

Ces deux conditions remplies permettront d'éviter toute complication.

Mais il est des accidents inévitables au-dessus des ressources de l'art, tels que les plaies avec fracture de la colonne vertébrale et la suppuration fatale de l'épanchement du sang dans les plèvres, et comme dans le cas actuel les plaies des veines ; les plaies des grosses artères et des oreillettes entraînent d'ordinaire une mort immédiate.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis (1).

VI

Les considérations qui précèdent ne prouvent-elles pas qu'il vaut beaucoup mieux prendre pour base d'une classification les caractères cliniques et le processus chronologique, que le mode d'évolution organique propre à chaque type générateur?

Au surplus, le processus général est quelquefois soumis à des anomalies qui détruisent l'harmonie qu'on observe habituellement entre l'évolution du produit morbide et le moment auquel il fait son apparition. On en voit encore une preuve trop fréquente dans ces syphilis graves où la période secondaire n'est représentée que par les éruptions superficielles et résolutives fugaces, auxquelles succèdent rapidement les dermatopathies ulcéreuses d'emblée ou tuberculo-gommeuses. Ces types, dans lesquels il n'existe pour ainsi dire aucun trait d'union entre l'accident primitif et le tertiarisme le plus profond et le plus généralisé, étaient fréquents autrefois. Ils paraissent même avoir prédominé presque exclusivement pendant les premières années de l'invasion syphilitique en Europe, à la fin du xve siècle. On les retrouve aujourd'hui dans les syphilis malignes dont le caractère dominant est la suppression des accidents dits secondaires et l'irruption violente et généralisée, quelques mois après le chancre, des lésions les plus accentuées du tertiarisme cutané.

Sur quelle base de classification s'appuyer en pareil cas pour qualifier le processus général? Voilà des lésions qui, par tous leurs caractères cliniques, anatomo-pathologiques, et en particulier par leur mode d'évolution organique, sont éminemment tertiaires, et cependant, par leur date et leur généralisation, ne sont-elles pas secondaires?

Eh bien! le criterium, en pareil cas, ne réside-t-il pas dans la virulence ou la non-virulence de ces lésions? Malheureusement, l'expérimentation nous est interdite. A l'époque où on la pratiquait, on n'a pas cherché à déterminer si les lésions tertiaires très précoces qui se substituent aux lésions secondaires étaient virulentes, contagieuses et inoculables comme ces dernières. D'un autre côté, la clinique est restée muette. Nous ne pouvons donc faire que des conjectures. Mais toutes les probabilités sont en faveur de la virulence. Entre un ecthyma, par exemple, qui apparaît au deuxième mois de la syphilis et celui qui ne survient que vingt ou trente ans après, il y a certainement des différences dans la qualité des produits de sécrétion. C'est peut-être difficile à concilier avec la théorie microbienne de la syphilis. Faut-il pour cela faire table rase des données que nous

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 354.

fournit l'observation sur la fréquence de moins en moins grande de la contagion syphilitique, à mesure qu'on s'éloigne de l'accident primitif et des poussées exanthématiques propres aux trois premières années de la maladie?

Il est à remarquer que, dans les anomalies de son évolution, la syphilis a beaucoup plus de tendance à avancer qu'à retarder. Ainsi l'apparition précoce du tertiarisme est beaucoup plus commune que la prolongation indéfinie des accidents qui appartiennent à la période secondaire Les papulodermies ne sont-elles pas excessivement rares au delà de la septième ou de la huitième année. Existe-t-il un seul exemple de plaque muqueuse bien authentique, dix ou douze ans après l'accident primitif? Combien de fois, au contraire, ne voit-on pas des lésions ulcéreuses, à type tertiaire plus ou moins accusé, se mêler aux accidents superficiels et résolutifs de la période secondaire, sans compter les cas où l'envahissement de la peau par le tertiarisme est si complet, si absolu qu'il ne se montre ou qu'il ne reste bientôt aucun vestige des lésions secondaires? Les viscéropathies syphilitiques, qui passent pour être toujours d'ordre tertiaire, sont loin d'être rares dans la phase secondaire et virulente de la maladie. Très fréquemment les organes internes sont plus ou moins touchés. Il y en a même, tels que les centres nerveux et surtout le cerveau, qui le sont aussi souvent et aussi dangereusement que beaucoup plus tard, et cela sans que les lésions internes diffèrent sensiblement suivant l'époque où elles se produisent.

III. Ce dernier fait, qui est hors de doute, ne permet pas d'accepter une théorie de l'évolution syphilitique exclusivement basée sur le siège des déterminations. C'est une erreur de croire que la syphilis n'attaque l'organisme que couches par couches, en commençant par les plus extérieures, par les téguments, pour arriver peu à peu, avec le temps, vers les plus profondes, vers les viscères. Cette stratification morbide n'a jamais lieu systématiquement. Toute la substance organique est envahie par le virus dès le début de l'intoxication. Aucune molécule, aucun tissu, aucun organe ne lui échappent. Il n'existe pas une seule partie du corps qui ne soit susceptible de concevoir en tout temps l'action syphilitique et de la traduire à sa façon.

Au XVIII[e] siècle et même dans la première moitié du XIX[e], cette théorie de l'évolution, qu'on peut nommer l'évolution topographique, fut en grande faveur. Le principal reproche qu'on puisse lui adresser, comme du reste à toutes les autres, c'est d'avoir été trop exclusive. Hunter, qui en fut le créateur, l'appuya de raisons spécieuses et la mit trop au premier plan. Il ne perdit pas cependant de vue la notion chronologique, et, en associant la topographie des lésions à leur succession suivant le temps, il créa la division topo-chronologique des phases de la syphilis.

Dans cette théorie, on rétrécissait outre mesure le domaine de la syphilis secondaire. On lui enlevait toutes les manifestations viscérales et on ne lui laissait à peu près que les syphilides cutanées et muqueuses.

Aujourd'hui la sphère d'action de la syphilis secondaire s'est considérablement agrandie. Sa pathologie, basée sur des faits cliniques irréfutables, a franchi les limites restreintes dans lesquelles l'enfermait la théorie systématique de l'évolution topographique. J'ai démontré que la syphilis, dès son début, remuait beaucoup plus profondément le terrain organique qu'on ne le croyait, et qu'elle y semait partout des germes dont trop souvent l'éclosion prématurée et soudaine dépassait les prévisions optimistes des doctrinaires de l'école topo-chronologique (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° La liste des travaux de M. Pamard (d'Avignon), candidat au titre de membre correspondant;

2° Une note sur le fonctionnement de la loi Roussel, par M. le docteur Sagnier (de la Grand'Combe).

LECTURE

Sulfate de quinine. — M. DE VRY, correspondant de l'Académie, fait une communication sur ce sujet. Depuis sa communication du 20 mai 1884, il a continué ses études sur les sulfates de quinine fabriqués tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre. En jetant un coup d'œil sur le tableau qu'il met sous les yeux des membres de l'Académie et qui représente le résultat de ses analyses, on conviendra, dit-il, qu'un tel état de choses n'est pas compatible avec une thérapeutique rationnelle.

M. de Vry rappelle les considérations sur lesquelles il s'est fondé, il y a deux ans, pour prescrire le sulfate neutre au lieu du sulfate basique. Il revient aujourd'hui sur le même sujet. Comme le sulfate de quinine neutre est nécessairement pur, il serait très facile de le transformer en sulfate basique parfaitement pur; mais un tel sulfate basique ne serait pas accepté dans le commerce, à cause du préjugé qui exige un sulfate de quinine basique très léger. C'est contre ce préjugé qu'il s'élève. A l'appui de ce qu'il avance, il présente deux flacons de sulfate de quinine basique. Leur volume est différent, nonobstant que leur poids est identique. Eh bien! le sulfate léger qui contient de la cinchonidine à laquelle il doit sa légèreté est vendu couramment, tandis que le sulfate pur ne trouverait pas d'acheteur.

C'est donc à vous, messieurs, ajoute-t-il, de mettre fin à cet état de choses, en formulant toujours le sulfate neutre au lieu du sulfate basique dont la composition est variable.

Comme l'état du sulfate de quinine actuel, dit-il en terminant, est une conséquence naturelle des lois chimiques, vous pourrez, avec confiance aussi, prescrire le chlorhydrate, parce que, d'après les mêmes lois, ce sel ne peut pas contenir de la cinchonidine, à moins de falsification.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer qu'à l'avenir il sera préférable de prescrire le chlorhydrate de quinine plutôt que le sulfate, comme étant plus soluble et contenant plus de quinine (80 p. 100 au lieu de 76 p. 100 que contient le sulfate).

M. GAUTIER préfère le bromhydrate de quinine comme étant mieux supporté par l'estomac.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que le bromhydrate ne contient que 74 p. 100 de quinine; le chlorhydrate est donc préférable.

COMMUNICATION

Traitement préventif de la rage. — M. PASTEUR dépose sur le bureau la note qu'il a lue à l'Académie des sciences dans la séance du 12 avril (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 356), et qu'il se proposait de lire le lendemain à l'Académie de médecine, lorsqu'il en a été empêché, la séance ayant été levée ce jour-là en signe de deuil, par suite de la mort de M. Bouchardat. Il ajoute

---

(1) Pour plus de développements, je renvoie aux travaux que j'ai publiés sur ce sujet : *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux*; — *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système nerveux*; — *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané*.

qu'aujourd'hui le nombre des individus traités se monte à 950. Sur ce chiffre, outre la petite Pelletier, il est mort 5 Russes mordus par des loups, et une femme âgée de soixante ans, mordue par un chien et dont les blessures étaient graves et multiples. Il résulte d'un grand nombre de documents qu'a reçus M. Pasteur sur les morsures de loups enragés, que la mortalité de ces morsures est souvent de 100 p. 100; qu'en outre, la durée de l'incubation est habituellement très courte, attendu qu'elle est quelquefois de quinze jours et souvent même n'atteint pas ce terme.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MICROBES ET MICROZYMAS.

M. BÉCHAMP fait remarquer que M. Cornil ne nie pas les faits concernant la naissance des bactéries à même les tissus, mais il ne leur reconnaît qu'une seule explication, les germes de l'air. M. Cornil n'a apporté aucune preuve positive capable d'ébranler les démonstrations qui prouvent l'existence des microzymas dans tout organisme vivant et leur évolution bactérienne à même les tissus. M. Béchamp fait observer que M. Cornil a abandonné la lutte sur la gangrène et sur les bactéries qui apparaissent à même les plantes gelées, pour se livrer à des négations concernant les recherches des savants qui avaient confirmé les faits touchant la réalité de l'existence des microzymas. Après avoir défendu l'autorité et la sincérité de ces savants, M. Béchamp démontre que les mots de coccus, de micrococcus, etc., sont postérieurs à la découverte des microzymas. Enfin s'appuyant sur les observations de MM. Gosselin et Baltus, il fait voir que sa théorie a été confirmée par l'étude du pus sous les bandages ouatés et sous les pansements phéniqués. Ainsi la réalité expérimentale de la théorie de M. Béchamp n'a pas seulement été confirmée par les savants qui partagent sa manière de voir, mais aussi par ceux-là mêmes qui la niaient; seulement ceux-ci s'efforcent de la détourner au profit des doctrines microbiennes.

En terminant, M. Béchamp fait remarquer qu'en niant les microzymas, M. Cornil se proclame protoplasmiste. Ovide, dit-il, invoquait au moins quelque divinité pour opérer ses métamorphoses. Or en répudiant les microzymas, M. Cornil admet un merveilleux bien autrement incompréhensible que celui d'Ovide, puisque le protoplasma est supposé se métamorphoser de lui-même, en toutes les espèces vivantes possibles. Comme Saturne dévorant ses enfants, le protoplasma, plus fort que le père de Jupiter, détruirait ce qu'il a produit en se détruisant lui-même.

M. ALPHONSE GUÉRIN proteste contre les conséquences tirées par M. Gosselin de l'examen d'un de ses malades qui n'avait pas été pansé par lui, et dont la plaie, remplie d'impuretés de toutes sortes, de cambouis, etc., avait été ainsi placée sous le pansement ouaté. Il est donc impossible de rien conclure de ce fait qui n'infirme en rien la théorie du pansement ouaté.

M. PASTEUR proteste contre les assertions émises par M. Béchamp; il considère les microzymas comme des êtres purement imaginaires. Les microzymas ne sont autres que les granulations moléculaires que nous connaissons tous. M. Pasteur met M. Béchamp au défi de démontrer, par une seule expérience, la transformation d'une granulation moléculaire en un être vivant. Il demande donc à l'Académie de nommer une commission dans le but d'étudier les faits avancés par M. Béchamp.

Après une discussion assez vive entre MM. Béchamp et Pasteur, M. le président met aux voix la proposition de M. Pasteur. Cette proposition est adoptée: une commission sera nommée dans la prochaine séance.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le Blanc sur les titres des candidats dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation est ainsi formée:

En première ligne, M. Trasbot; en deuxième ligne, M. Nocard; en troisième ligne, M. Weber; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Barrier et Riollet; en cinquième ligne, M. Mégnin.

L'Académie entend dans le même comité secret le rapport de M. de Quatrefages sur les candidats à l'une des places vacantes dans la section des associés libres.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des conseils d'hygiène, par Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy (1).

Comme son titre l'indique, ce livre s'adresse aux médecins et aux membres des Conseils d'hygiène. Souvent, en effet, le praticien est obligé de se faire sa propre éducation médicale dans les centres ouvriers et dans les usines où il exerce sa profession. Alors il apprend par son expérience quotidienne tous les détails de la pathologie de chaque industrie, détails que ne peuvent souvent guère aborder les traités classiques. Il faut avoir vécu au milieu de nombreux ouvriers des diverses industries pour bien en connaître la pathologie; alors on sera étonné de rencontrer une foule d'intoxications, d'inconvénients graves, de troubles dans tous les appareils de l'organisme, qu'on n'aurait ni soupçonnés ni découverts dans une visite banale, et dans des interrogations faites à des patrons et à des ouvriers qui sont trop souvent disposés à cacher les inconvénients de leur profession. Il arrive même qu'ils mettent une certaine forfanterie à déclarer que leur industrie est très saine, que les ouvriers n'éprouvent aucun malaise; il semblerait que pour chacun en particulier, les poussières, les gaz toxiques, les diverses causes d'intoxication en un mot, n'existent pas et ont perdu toute nocivité.

Et pourtant, on sait qu'il n'en est rien. Que le médecin soit bien instruit, auparavant, des procédés de fabrication, des matières premières employées, qu'il connaisse l'hygiène de chaque industrie, il découvrira immédiatement toute une pathologie nouvelle. Son enquête sera fructueuse; sa thérapeutique sera efficace.

Mais c'est encore plus dans les Conseils d'hygiène qu'il faudra apporter des connaissances générales précises et techniques. Le médecin veut et doit conserver son prestige au milieu des diverses assemblées où son instruction si variée lui assure une place importante et souvent prépondérante. Aux Conseils d'hygiène, le médecin, déjà botaniste, chimiste, etc., devra être quelque peu ingénieur et industriel. Il doit être au courant des progrès des procédés chimiques et mécaniques de chaque industrie. Pour faire une enquête impartiale, pour être plus qu'un délégué de passage accomplissant une simple formalité, et aussi pour pouvoir donner avec autorité des conseils utiles à la santé des ouvriers, le médecin sera obligé de posséder une instruction industrielle sommaire, concise, mais précise et nette.

Lui fournir tous les documents utiles condensés sous un petit volume et sous une forme moins technique et moins détaillée que dans les ouvrages spécialement destinés aux ingénieurs; tel est le but que s'est proposé M. Poincaré en publiant ce volume, qui aura sa place à côté des excellents livres de MM. Freycinet, Layet, Napias, Proust et Vernois.

Avant de signaler les principaux chapitres consacrés à des industries spéciales, remarquons d'abord le premier chapitre qui donne d'importantes généralités sur l'hygiène industrielle.

Les dangers intéressant la santé publique dans l'industrie sont principalement dus à la fumée et aux résidus. L'auteur étudie les inconvénients de la fumée et les mesures à prendre contre elle; les systèmes de fumivorité, les grilles à gradins, les foyers à grilles mobiles, à injections d'air, sont décrits et représentés. Les inconvénients relatifs aux résidus industriels (le *tout à l'égout* de l'industrie), le traitement des résidus solides par l'amoncellement, par la neutralisation ou la dénaturation, le traitement des

(1) In-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

résidus liquides par les puits perdus, par les puisards, par le déversement dans les rivières, par la décantation, par la filtration, par l'évaporation en chaudières suivie de l'incinération du résidu solide, par l'irrigation, par la neutralisation, par l'utilisation, etc. Voilà toute une série de procédés dont il faut connaître les inconvénients ou les avantages dans l'intérêt de la salubrité publique.

D'autres dangers intéressent plus directement l'hygiène des ouvriers : dangers d'incendie, dangers d'explosion, dégagement de vapeurs et de gaz, production de poussières. Nous abordons donc l'étude des extincteurs, des soupapes de sûreté, des épreuves d'appareils, la théorie de la ventilation et les divers systèmes et appareils de ventilation, les mesures prises contre les poussières et contre les gaz délétères, etc.

Enfin nous arrivons à la description des divers moteurs, à vapeur ou hydrauliques, systèmes de turbines, four tournant, tambour laveur, cuves à immersions, appareil de fonçage, cylindres à impression, appareil d'humectation, tambour de séchage, laminoir, filière, cylindre polisseur et ventilateur, bocard, concasseur, moulins, blutoir, presse hydraulique, etc., etc.

Outre les mauvaises conditions matérielles (lumière intense, chaleur des foyers, absorption des matières par les vêtements, etc.), auxquelles il faut soustraire l'ouvrier, l'hygiène industrielle doit combattre toutes les autres conditions physiologiques défavorables, qui relèvent de la durée du travail, de l'âge, du sexe, du mode de recrutement, du logement et de l'alimentation, de l'éclairage, du chauffage.

Enfin des notions générales sur les empoisonnements communs à plusieurs industries nous feront connaître les accidents produits par les émanations carboniques, l'acide sulfureux, les vapeurs nitreuses, l'acide azotique, le chlore, l'acide sulfhydrique, l'acide cyanhydrique, l'acide phénique, le sulfure de carbone, les émanations mercurielles, les produits arsénicaux, les produits saturnins et cuivreux.

Nous avons assez complètement résumé ce premier chapitre de l'ouvrage pour donner une idée de son esprit et de son plan ; les cinq autres chapitres sont consacrés à l'hygiène industrielle spéciale. L'auteur fait successivement l'étude hygiénologique des diverses industries en particulier, en se conformant au classement officiel établi par l'administration française, classement qui divise, comme on le sait, les industries en trois classes : la première comprenant celles qui doivent être absolument éloignées des habitations; la seconde, celles dont on pourra tolérer le rapprochement après une enquête établissant l'innocuité des dispositions adoptées, ou après constatation de correctifs capables de les rendre beaucoup moins offensives ; la troisième, celles qui peuvent toujours être autorisées dans le voisinage des habitations, tout en restant soumises à la surveillance de la police. Ajoutons-y, en dehors de tout classement, un nouveau groupe comprenant toutes les industries nouvelles non encore classées.

Pour chaque industrie, l'auteur expose le sommaire technique, avec la description des appareils et procédés de fabrication ; puis il en fait l'hygiénologie.

De nombreuses planches éclaireront le médecin sur tous ces détails intéressants ; les lois et les règlements sont indiqués ; enfin toutes les indications hygiéniques sont formulées. Nous ne pouvons citer ici même la nomenclature de chacune des industries ou fabriques ; elles sont au nombre de plus de cent. L'auteur y suit toujours la même méthode ; d'abord il fait le détail des opérations industrielles en prenant la matière première à son arrivée à l'usine, et il décrit toutes les manipulations auxquelles elle est soumise jusqu'à sa sortie de la fabrique. Puis l'hygiénologie étudie les dangers et inconvénients de chacune de ces opérations et indique les moyens d'y remédier.

En lisant ces pages, les anciens étudiants de Nancy se rappelleront le plan du cours d'hygiène appliqué depuis longtemps par M. Poincaré ; dans une leçon théorique il fait la technique d'une industrie, et, comme leçon pratique, une visite détaillée est faite à l'usine même, où les directeurs font généralement un accueil très courtois au professeur et à ses élèves, et s'empressent de faire visiter leur usine dans tous ses détails, expliquant eux-mêmes les procédés, le fonctionnement des machines, les avantages, les inconvénients, les perfectionnements, etc. Excellente *leçon de choses* qui porte dans l'enseignement supérieur les mêmes fruits que dans l'enseignement primaire. L'accueil qui sera fait au « Traité d'hygiène industrielle » en sera une nouvelle preuve.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1), par Ad. Wurtz, de l'Institut.

Le xe fascicule du supplément s'étend de l'article Soude à l'article Triphénylméthane.

Parmi les articles les plus intéressants de ce fascicule, nous signalerons ceux qui sont consacrés à l'industrie de la soude, au soufre, à la strychnine, à l'industrie du sucre, de l'acide sulfurique, aux térébenthènes et enfin celui qui traite de la thermochimie.

On ne saurait trop remercier les collaborateurs de cette œuvre magistrale de tenir ainsi au courant de la science un Dictionnaire que tous les chimistes et les médecins ont si souvent l'occasion de consulter.

Dictionnaire de botanique (2), de M. H. Baillon.

Nous présentons à nos lecteurs les xviiie et xixe fascicules de ce précieux Dictionnaire.

Le xviiie fascicule (EUBI-FRAN) est accompagné d'une très belle chromolithographie nous donnant la reproduction de la fleur du *Delphinium (aconitum) Napellus*, dessinée par Faguet.

Les hasards de l'ordre alphabétique nous donnent de véritables monographies de la *feuille*, de la *fleur* et des *fougères*.

La monographie du *fruit* occupe une place importante dans le xixe fascicule (FRAN-GONA). Nous signalerons encore dans ce fascicule l'article *germination*. Une magnifique chromolithographie nous donne la figure et l'analyse du *Ceropegia Andersoni*.

Quand on parle d'une œuvre de M. Baillon, il est inutile d'insister sur le soin extrême avec lequel elle est traitée. Parmi ses travaux, le Dictionnaire est un de ceux qui aura rendu le plus de services par les précieux renseignements qu'il fournit au savant comme au débutant. Aussi chacun des fascicules est-il attendu avec impatience.

L'homme et l'animal (3), par M. Henri Joly.

La seconde édition de « l'Homme et l'animal » recevra de tous les penseurs le meilleur accueil.

M. Henri Joly, doyen honoraire de la Faculté des lettres de Dijon et maître de conférences à la Sorbonne, avait présenté à l'Institut cette étude de psychologie comparée. Une fois ce travail couronné, l'auteur a pensé qu'il devait compléter la partie historique, tout en respectant la partie dogmatique. De là cette édition nouvelle, où l'auteur nous expose l'objet et la méthode de la psychologie comparée, puis étudie la vie animale en général et la vie animale dans ses déterminations particulières. Passant alors à l'évolution psychologique, l'auteur termine par l'étude du principe de la vie animale et de la pensée.

Il suffit de cette énumération pour indiquer un excellent livre à ceux qui se plaisent à ces études si dignes de nos méditations.

L'année scientifique et industrielle (4), de Louis Figuier.

Pour la vingt-neuvième fois, M. Louis Figuier nous donne le bilan de l'année scientifique, et pour la vingt-neuvième fois, nous saluons une œuvre qui rend un véritable service.

Il faut être entraîné dans ce mouvement extraordinaire de la science pour savoir ce qui s'entasse de faits d'ordres divers qui nous frappent au passage. Mais le temps fait son œuvre, et quand il faut retrouver un souvenir, il est souvent bien loin. M. Louis Figuier a donc eu une très heureuse idée en réunissant sous le

(1) In-8°. Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-4°. Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(3) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(4) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

titre d' « Année scientifique », tous les faits principaux de l'astronomie, de la météorologie, de la physique, de la mécanique, de la chimie, de l'histoire naturelle, de la médecine, etc.

Quand on pense que, depuis 1857, M. Louis Figuier a courageusement persévéré dans ce travail, on ne peut que l'en remercier vivement. Son « Année scientifique » est un répertoire qu'on est bien heureux d'avoir sous la main et dont l'intérêt est des mieux soutenus. Relisez les années antérieures et vous aurez un plaisir égal à celui que vous donnera la lecture de la dernière année. C'est le meilleur éloge de cette collection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 avril 1886, M. Berthelot, membre de l'Institut, a été promu à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 mai 1886, MM. Duberge et Ardouin ont été promus au grade de médecin principal de la marine.

— Par arrêté préfectoral, en date du 24 avril 1886, M. le docteur Socquet, médecin expert près le tribunal de première instance de la Seine, est nommé membre de la commission permanente de statistique municipale.

— Le registre d'inscription du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le lundi 10 mai 1886, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, est clos. Les candidats, au nombre de cinquante et un, sont : MM. les docteurs Hirtz (Edgard), Siredey, Bourcy, Decaisne, Delpeuch, Faucher, Juhel-Rénoy, Josias, Liandier, Richardière, Duplaix, Gaucher, Lebreton, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Marie, Mathieu, Martin, Petit, Robert, Barthélemy, Dreyfous, Galliard, Giraudeau, Ledoux-Lebard, Martinet, Netter, Thibierge, Variot, Béclère, Béringier, Buzot, Gallois, Gilbert, Darier, Jean, Lejard, Robin, Hirtz (Hippolyte), Babinski, Capitan, Charrin, de Gennes, Gauchas, Havage, Legendre, Lorey, Œttinger, Stackler et Pennel.

Les membres du jury, tirés au sort, sont : MM. les docteurs Hallopeau, Descroizilles, Landouzy, Brouardel, Damaschino, Danlos et Després.

— M. le docteur E. Vidal a repris ses conférences cliniques aujourd'hui 5 mai 1886, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis (salle Alibert), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Daubrée commencera le cours de géologie samedi prochain, 8 mai 1886, à quatre heures et quart précises de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des phénomènes mécaniques qui ont agi sur l'écorce terrestre, ainsi que du métamorphisme. Il exposera aussi la constitution géologique des environs de Paris.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques, que des affiches spéciales annonceront successivement.

— M. le docteur Henri Huchard commencera ses leçons de clinique et de thérapeutique médicales, à l'hôpital Bichat, le dimanche 9 mai 1886, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Les quatre premières leçons seront consacrées : 1° aux *indications thérapeutiques en général* (9 mai); 2° à l'*angine de poitrine et à son traitement*, avec présentation de pièces anatomiques (16 mai); 3° à la *spectroscopie appliquée à la clinique*, par M. le docteur Hénocque (23 mai); 4° au *diagnostic et au traitement des névroses cardiaques* (30 mai).

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans le bois de Vincennes, dimanche prochain, 9 mai 1886. Le départ aura lieu gare de Vincennes, à onze heures et demie.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 10 mai 1886, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Broca, prosecteur, fera sa première démonstration d'exercices opératoires, le lundi 10 mai, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, avec le concours de six aides d'anatomie.

— M. le professeur Alphonse Milne-Edwards commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le lundi 10 mai 1886, à deux heures, dans la galerie de zoologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Il traitera de l'organisation et de la classification des oiseaux. Le cours sera complété par des conférences pratiques faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera son cours de technique microscopique, le lundi 10 mai, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

— M. le docteur Pinard, professeur agrégé, fera la leçon d'introduction aux manœuvres obstétricales, le mardi 11 mai 1886, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Il fera ensuite, tous les jeudis, à la même heure et dans le même lieu, une série de démonstrations. Les élèves, divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétrique, répéteront les manœuvres dans le pavillon 6 de la nouvelle École pratique, au jour et à l'heure qu'ils auront choisis en s'inscrivant.

Les manœuvres obstétricales sont gratuites. — Pour être admis à y prendre part, les élèves devront se faire inscrire au bureau du chef du matériel de l'École pratique, de midi à quatre heures, jusqu'au 13 mai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. in-8° raisin de 1 700 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* — Prix : 27 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie, par le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19504.

N° 54. — SAMEDI 8 MAI 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 8 MAI 1886. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pathogénie des atrophies musculaires.

M. le docteur Pierre Parisot (de Nancy), ayant eu à traiter cette question, a commencé très logiquement par la définition précise des deux termes dont elle se compose : Qu'est-ce que l'atrophie musculaire ? Qu'est-ce que la pathogénie ?

Il entend — comme tous les médecins d'ailleurs — par atrophie musculaire, le résultat de la dénutrition du muscle caractérisée par la diminution du volume et du nombre des fibres musculaires.

Pour lui, étudier la pathogénie de l'amyotrophie, c'est étudier le mécanisme physiologique qui préside à cette modification de structure de la fibre musculaire. Ici M. Parisot entre dans une distinction aussi judicieuse qu'utile entre la pathogénie et l'étiologie, qui ne doivent pas être confondues, ce qui a lieu trop souvent peut-être. Ces deux termes ont une signification distincte. L'étiologie est l'étude des influences diverses, apparentes à un premier examen, qui produisent un phénomène pathologique ; s'adressant exclusivement aux questions de fait, sans aborder les questions de doctrine, l'enquête étiologique ne demande qu'une observation clinique judicieuse et n'a à redouter qu'un seul écueil : la confusion entre la coïncidence et la cansalité de deux phénomènes.

Bien plus complexe, bien plus délicate est l'enquête pathogénique, qui recherche le pourquoi et le comment des états pathologiques constatés. Pour être menée à bonne fin, elle nécessite la connaissance approfondie des lois physiologiques dont la perturbation entraîne les manifestations morbides. Pour ce qui concerne les lésions des tissus, par exemple, tout essai d'étude pathogénique est subordonné à une notion exacte des lois qui président à son fonctionnement et à sa nutrition dans les conditions physiologiques. « Dire que l'amyotrophie peut être produite par une tumeur de la colonne vertébrale, c'est faire de l'étiologie ; énoncer que cette amyotrophie est dépendante, dans l'espèce, d'une lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle, c'est faire de la pathogénie... »

Cette excellente définition préalablement acquise, nous allons voir comment M. Parisot en a fait l'application à son sujet.

Se plaçant à un point de vue mixte, à la fois pathogénique et étiologique, M. Parisot établit les catégories suivantes : amyotrophies dues à une lésion du système nerveux central ; amyotrophies liées à des altérations du système nerveux périphérique ; amyotrophies d'origine myopathique. Il fait ensuite des groupes distincts des amyotrophies consécutives aux lésions soit osseuses, soit articulaires, et de celles qui paraissent être sous la dépendance des maladies infectieuses, des intoxications, des dyscrasies et des cachexies.

Les amyotrophies d'origine nerveuse centrale sont divisées elles-mêmes en amyotrophies d'origine médullaire, amyotrophies bulbaires et cérébrales.

Dans les amyotrophies médullaires nous trouvons les spinales protopathiques aiguës (paralysie spinale de l'enfance, paralysie spinale de l'adulte, paralysie générale spinale antérieure subaiguë) ; l'amyotrophie spinale protopathique chronique (atrophie musculaire progressive) ; puis les amyotrophies spinales deutéropathiques ou affections de la moelle dans lesquelles l'atrophie musculaire survient comme épiphénomène ; celles qui sont consécutives aux traumatismes de la colonne vertébrale, fractures ou luxations, scléroses en plaques disséminées, sclérose fasciculée consécutive à une lésion cérébrale, ataxie locomotrice progressive, etc.

M. Parisot met dans une place à part l'affection à laquelle on a donné à l'étranger le nom de maladie de Charcot, où, à côté de l'atrophie musculaire progressive constante, il existe des phénomènes qui relèvent de la sclérose pyramidale également constante : la sclérose latérale amyotrophique.

Toutes ces affections médullaires présentent, soit constamment, soit accidentellement au cours de leur évolution, une atrophie musculaire. A côté de ce point de ressemblance, elles en offrent un autre, la lésion des cellules multipolaires des cornes antérieures de la moelle. Ce dernier détail d'histologie pathologique, fait remarquer M. Parisot, est la base de l'étude pathogénique des amyotrophies rencontrées au cours de ces maladies.

Pour montrer par quelle série de travaux on est arrivé à la connaissance de cette lésion de la moelle, M. Parisot choisit parmi elles, pour en donner la description, deux types, l'un aigu, l'autre chronique, dont l'étude a permis

d'interpréter et de grouper ces diverses amyotrophies, la paralysie spinale de l'enfance et l'amyotrophie progressive protopathique.

Le principe posé dès 1868 par M. Charcot, que dans la paralysie infantile, la lésion initiale, qui tient sous sa dépendance l'atrophie musculaire, est la téphromyélite, a reçu depuis lors la sanction et la confirmation de tous les observateurs.

Des faits nombreux d'atrophie musculaire progressive spinale protopathique, rappelés par M. Parisot, il ressort ce fait également constant, que dans ces cas on trouve, correspondant à la lésion musculaire, une altération atrophique des cellules motrices de la moelle.

Les observations d'amyotrophies deutéropathiques, elles-mêmes, ne font que confirmer cette loi.

D'après quel mécanisme se produit l'atrophie musculaire, consécutivement à la lésion de la cellule motrice de la corne antérieure de la moelle. Entre les diverses hypothèses qui se sont présentées à l'esprit pour expliquer comment la cellule nerveuse agit sur la nutrition de la fibre musculaire, la seule qui se tienne debout est celle qui admet, dans la cellule multipolaire, avec la propriété motrice qui explique la paralysie musculaire, une propriété trophique qui en explique l'arrêt de développement.

Dans l'amyotrophie d'origine bulbaire, comme dans celle d'origine cérébrale, soit que l'atrophie musculaire qui survient souvent, soit l'effet d'une propagation du processus morbide à la moelle ou d'une lésion concomitante de cette dernière, le mécanisme pathogénique est toujours le même.

Pour expliquer les troubles trophiques qui se produisent du côté des muscles à la suite des altérations des nerfs, un grand nombre de théories ont été proposées, notamment celle de l'immobilisation, la théorie vaso-dilatatrice ou vaso-constrictive, celles des nerfs trophiques, de l'interruption de l'influence trophique de la moelle, la théorie réflexe, de la névrite ascendante, de l'irritation.

L'examen critique de ces nombreuses théories conduit M. Parisot à se prononcer pour celle de la névrite multiple ou polynévrite, qui a été soutenue récemment à l'étranger, notamment par Strümpell. D'après Strümpell, on ne saurait établir une scission absolue entre la polyomyélite antérieure et la névrite multiple, les mêmes influences morbides pouvant simultanément ou successivement amener des altérations médullaires ou nerveuses, et la maladie pouvant se manifester exclusivement ou principalement du côté soit de la moelle, soit des nerfs périphériques. Polyomyélite et névrite ont à ses yeux des liens de parenté très étroits. Ces deux lésions se conduisent l'une par rapport à l'autre, comme la diphthérie pharyngienne et la diphthérie laryngienne.

Strümpell, envisageant au point de vue pathologique le système neuro-musculaire, estime donc que deux des segments peuvent être frappés simultanément ou successivement par une même cause (une maladie infectieuse, par exemple). C'est ainsi qu'on pourrait se rendre compte de ces amyotrophies soit d'origine myélopathique, soit d'origine névritique. Enfin le troisième segment pouvant être frappé indépendamment, on pourrait concevoir, dès lors, l'existence d'amyotrophies d'origine uniquement myopathique. C'est, en effet, ce qu'établira plus loin M. Parisot.

Cette conception pathologique lui semble bien en rapport avec l'idée que l'on se fait du système neuro-musculaire. L'opinion de Strümpell, à laquelle il se range, lui paraît avoir l'avantage d'expliquer suffisamment les faits cliniques et anatomiques.

De là M. Parisot passe à l'histoire de l'amyotrophie d'origine myopathique à laquelle ce qui précède le conduisait naturellement, puis à celle de l'amyotrophie progressive.

Quant aux amyotrophies dans les maladies infectieuses, intoxications, dyscrasies et cachexies, connues de tout temps, si leur étiologie est le plus souvent facile à établir, par leur antécédent même, il n'en est pas tout à fait de même de leur pathogénie ; *a priori*, en effet, ces amyotrophies semblent pouvoir reconnaître des processus très différents. Tantôt c'est l'hyperthermie, avec la dénutrition rapide qu'elle entraîne, qui semble devoir être incriminée ; tantôt c'est une action directe du sang vicié ou des éléments infectieux sur telle ou telle partie de l'appareil neuro-musculaire, que l'on serait en droit d'invoquer.

Dans l'impossibilité de rien conclure, en présence de ces difficultés, M. Parisot se trouve forcé, pour rester fidèle au plan qu'il a suivi dans ce travail, de chercher la part que l'on peut attribuer aux différents processus pathogéniques dans la genèse de ces amyotrophies. Il étudie, dans ce but, successivement le rôle que peuvent jouer à ce point de vue soit les altérations du système nerveux central, soit les altérations névritiques, soit enfin les lésions primitivement musculaires.

Mais après une analyse consciencieuse de tous les faits de ce groupe qu'il a pu réunir, M. Parisot est contraint de faire l'aveu qu'il a cherché en vain à préciser en quelques mots leur pathogénie ; que plus on étudie ce problème et plus il apparaît complexe. « Si déjà, dit-il, dans les maladies limitées à l'appareil neuro-musculaire, la genèse des troubles nutritifs constatés du côté du muscle n'est pas encore dûment établie, combien plus complexe encore est cette question, lorsqu'il s'agit de processus morbides qui à la fois perturbent l'innervation, altèrent le liquide nourricier et produisent de toutes parts, dans tous les appareils, des lésions plus ou moins circonscrites ou plus ou moins diffuses. »

Il termine ce travail analytique extrêmement délicat et rendu particulièrement difficile par l'intrication des éléments de la question, par les conclusions suivantes :

L'atrophie musculaire circonscrite ou généralisée n'est pas produite par un mécanisme toujours identique.

L'origine myélopathique de certaines amyotrophies est indiscutable, l'origine névritique ou purement myopathique d'autres variétés d'amyotrophies est probable.

En ce qui concerne les troubles trophiques musculaires dans les affections des os et articulations, diverses interprétations pathogéniques paraissent pouvoir être admises.

Enfin dans les dyscrasies, intoxications, cachexies, d'autres facteurs morbides peuvent être invoqués en dehors de ceux qui ont été signalés dans ce travail : action directe de la substance toxique sur le muscle, hyperthermie, etc.

De l'involution sénile.

Avec ce sujet, nous sommes sur la limite de la pathologie et de la physiologie : *senectus ipsa morbus est*. Où, quand et comment commence ce travail de régression, qui amène, dans la texture des organes, des changements tels qu'il arrive un moment où l'état physiologique et l'état pathologique se confondent à ce point de ne pouvoir plus être distingués l'un de l'autre? C'est ce que va nous dire M. le

docteur A. Brousse, dans sa réponse à la question qui lui a été posée.

Le premier objet des recherches auxquelles M. Brousse devait se livrer, était la détermination du caractère général des modifications séniles. Existe-t-il une lésion type, constante, apparaissant d'emblée chez l'homme âgé et entraînant après elle des troubles reliés entre eux et placés sous une mutuelle dépendance. Tout ce qu'ont pu apprendre jusqu'à présent les recherches anatomiques sur ce sujet, c'est l'existence d'un processus atrophique portant à la fois sur les muscles de la vie de relation, sur les diverses parties du squelette et sur la plupart des organes splanchniques. Nous disons la plupart et non la totalité des organes splanchniques ; car, par une exception qui a sa raison d'être, le cœur a plutôt de la tendance à s'hypertrophier qu'à s'atrophier chez les vieillards. — Ce travail d'atrophie consiste d'abord, à un premier degré, en une diminution graduelle de volume des éléments cellulaires du parenchyme, sans aucune modification essentielle dans leur structure. A un degré plus avancé, l'atrophie s'accompagne d'un travail de dégénération, les tissus deviennent le siège d'infiltrations pigmentaires ou graisseuses et d'incrustations calcaires. Ce sont ces altérations que M. Brousse poursuit et étudie en détail dans chaque appareil et sous les aspects divers qu'elles présentent suivant leurs localisations.

Puis, passant des organes et appareils aux fonctions, il étudie successivement, dans le même ordre, les modifications que la sénilité introduit dans leur exécution et qui se rattachent plus ou moins immédiatement aux changements survenus dans la texture des organes.

Deux fonctions subissent à un âge avancé des altérations plus particulièrement profondes et qui méritaient d'autant plus d'arrêter son attention, qu'elles retentissent secondairement sur les autres fonctions et sur l'organisme tout entier, ce sont l'hématose et la nutrition.

Des observations et des recherches spirométriques faites depuis assez longtemps déjà avaient démontré que dans la vieillesse, le renouvellement de l'air pulmonaire, et par conséquent la revivification du sang, se faisaient moins complètement qu'aux autres âges. Les expériences d'Andral et de Gavarret relatives à l'exhalation de l'acide carbonique, reprises et confirmées à l'aide de méthodes nouvelles par M. Quinquaud, ont établi que la quantité d'acide carbonique exhalé chez les vieillards est très diminuée, circonstance qui exerce une influence considérable sur l'organisme tout entier et surtout sur le liquide sanguin, qui en devient moins riche en oxygène.

Mais ce n'est pas seulement par une modification dans tel gaz qu'il renferme que le sang est altéré, il l'est encore dans tous ses éléments à la fois par suite des modifications organiques survenues en même temps dans les principaux viscères qui jouent un rôle hématopoïétique, tels que le foie et la rate. Plusieurs hématologistes, et notamment M. Quinquaud, dans des recherches récentes, ont établi que chez les vieillards le sang est moins riche en globules rouges, en albumine, plus riche en eau, en sels, en matières extractives.

Le sang, chez le vieillard, ne subit pas seulement des modifications dans sa composition, il en subit encore dans sa distribution, par suite des altérations qui se sont produites dans tout l'appareil circulatoire.

Un fait, en apparence paradoxal, lorsqu'on le rapproche des troubles de l'hématose, c'est le maintien de la chaleur animale chez le vieillard au même degré que chez l'adulte. M. Charcot a cherché à expliquer ce fait en considérant que si les vieillards produisent vraisemblablement moins de chaleur que l'adulte, ils en perdent moins, à la fois, par la peau dont l'activité sécrétoire est diminuée et par la voie pulmonaire dont le champ respiratoire s'est rétréci.

Le trouble général de la nutrition, qui se révèle chez le vieillard, par l'aspect extérieur accusant l'amoindrissement de tout le corps et par la diminution du poids, dépend des deux faits suivants, qui font le sujet d'une étude spéciale de l'auteur : des modifications de la fonction digestive et de ses différents actes, digestion proprement dite et absorption ; des modifications dans les mutations nutritives des éléments anatomiques eux-mêmes, dans l'assimilation et la désassimilation.

A côté d'une assimilation incontestablement incomplète, dans la vieillesse, ou défectueuse par suite de l'élaboration insuffisante des produits digestifs que le sang apporte aux tissus, d'une part, et par la diminution, d'autre part, de la puissance absorbante, il y a une désassimilation ralentie, qui se traduit par l'excès d'urée que M. Quinquaud a constaté dans le sang des gens âgés.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur les fonctions de reproduction dans les deux sexes.

Un dernier point seulement mérite au moins une mention, c'est celui qui est relatif aux fonctions de relation.

La motilité est manifestement affaiblie. Quant à ce que l'on a appelé longtemps le tremblement sénile, on sait, depuis les observations de Parkinson, de Trousseau et de Charcot, qu'il n'est nullement l'apanage exclusif et nécessaire de la vieillesse, mais un état morbide névrosique, dont l'adulte aussi bien que le vieillard peut être atteint.

La sensibilité générale et spéciale sont diminuées dans leurs divers modes. Inutile aussi d'insister là-dessus.

Quant aux fonctions cérébrales, aux facultés intellectuelles et morales, on se trouve placé entre deux exagérations dont M. Brousse avait également à faire justice : celle qui consisterait à défendre la thèse que soutenait non sans quelque coquetterie et avec infiniment d'esprit l'ancien et illustre doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, Lordat, sur l'insénescence du sens intime de l'homme ; et l'opinion plus généralement et peut-être trop généralement admise de la déchéance graduelle et de la décrépitude intellectuelle. Si de trop nombreux exemples de cette décrépitude, descendant jusqu'à la démence sénile ou l'obnubilation complète de l'intelligence, frappent journellement nos yeux, ils sont moins les effets de l'ordre naturel que ceux d'un état pathologique, malheureusement trop fréquent, du centre nerveux cérébral. Dans l'histoire comme dans le présent, nous avons la consolation et le juste orgueil de voir particulièrement parmi les hommes de science plus d'un illustre vieillard conserver jusqu'à ses derniers jours l'intégrité de ses facultés intellectuelles et protester par là en faveur de la thèse de l'insénescence et contre la loi considérée comme fatale de la décrépitude.

En résumé, quelles sont les conditions de la production de l'involution sénile, et par quels caractères se manifeste-t-elle ? C'est par la réponse à ces deux questions que M. Brousse termine son travail.

On a vu, dans ce qui précède, qu'elle consiste essentiellement dans l'atrophie ou la dégénérescence de l'élément noble des tissus et des parenchymes de la cellule et dans l'hypertrophie de la trame conjonctive ; qu'il s'y ajoute

quelquefois un travail de calcification; qu'enfin toutes les fonctions sont diminuées, ralenties ou même perverties.

Parmi ces modifications des appareils et des fonctions, en est-il une qui tienne toutes les autres sous sa dépendance? Quel est le *primum movens* de la sénilité? Plusieurs théories ont été successivement mises en avant: celle des altérations du sang, résultant d'une hématose incomplète; celle de la persistance du travail d'ossification; la théorie plus récente de l'artério-sclérose; enfin, et c'est celle à laquelle se rallie M. Brousse, la théorie si magistralement formulée par M. Bouchard, de la nutrition retardante. Dans la nutrition retardante, l'assimilation est insuffisante pour subvenir aux pertes de l'organisme, et cependant ces dernières sont moindres qu'à l'état normal; toutes les oxydations sont diminuées dans des proportions considérables. Ce trouble profond de la nutrition n'indique-t-il pas, fait remarquer M. Brousse, que c'est dans l'élément primordial de l'organisme, dans la cellule, qu'il faut chercher la raison de l'involution sénile? La cellule vieillit, dit-il, et c'est là la cause de toutes les modifications consécutives. Cette vieillesse de la cellule ne consiste pas essentiellement, comme on l'a dit, dans la prédominance de la désassimilation sur l'assimilation, mais surtout dans l'affaiblissement de l'acte nutritif ou vital. C'est reculer les termes de la question plutôt que la résoudre. Nous ne sommes pas beaucoup plus avancés dans la connaissance des causes et des conditions qui amènent cet affaiblissement de l'acte nutritif ou vital de la cellule, que nous ne l'étions pour l'explication de l'affaiblissement général de l'économie; et nous en sommes réduits, en réalité, à cette conclusion, qui n'est que la simple expression du fait, savoir: que l'involution sénile, c'est-à-dire l'affaiblissement général et progressif de la nutrition des éléments organiques sous l'influence de l'âge, n'est, en réalité, comme la mort, que la conséquence de la vie.

HYDROLOGIE

Les eaux de Royat.

Par M. le docteur DESCOMBES.

I

C'est principalement aux sources minérales et à Royat en particulier que se vérifie l'ancien adage qui veut que le traitement soit la pierre de touche du mal. Royat se spécialise dans la cure de l'arthritisme. Les maladies auxquelles ces eaux s'appliquent avec succès sont bien différentes en apparence et cependant les malades qui, de tout temps, s'y donnaient rendez-vous, reconnaissaient entre eux des affinités cachées, une parenté commune. La science n'a fait que confirmer ces données de l'empirisme, en attribuant à ces affections multiples une même origine qui réside dans une disposition générale de la constitution. Cette diathèse, qui affecte les articulations chez les goutteux et les rhumatisants chroniques; les muqueuses, par le coryza chronique, la pharyngite, la laryngite; les bronches, par le catarrhe et l'asthme; la peau, par des éruptions spéciales, arthritides de la peau, acné, eczéma, etc.; les fonctions de nutrition, par la dyspepsie, la chloro-anémie et les névroses deutéropathiques ou primitives, enfin les organes utérins, est tributaire de Royat dans toutes ces manifestations.

Cette énumération permet une classification simple et méthodique des groupes morbides auxquels s'adresse la médication minérale. Tous les médecins qui ont écrit sur cette station l'ont reproduite avec un accord unanime. Ainsi Royat a été étudié dans son action sur la goutte et le rhumatisme chronique, particulièrement dans leurs formes torpides et quand l'atonie domine, soit qu'elle existe d'emblée, soit qu'elle succède à des manifestations aiguës, goutte asthénique ou dégénérée. Royat, avec ses principes minéralisateurs et grâce à son élément lithiné, possède une supériorité incontestée et presque un monopole dans le traitement des concrétions tophacées ou des nodosités articulaires.

Les névralgies, si douloureuses et si tenaces chez les arthritiques au voisinage des articulations déformées, la sciatique, qui est un des attributs de la diathèse, d'après le professeur Bouchard, relèvent directement de Royat. Le docteur Petit en donne des observations probantes dans son Mémoire sur Royat.

Dans les affections des voies respiratoires, dans l'angine granuleuse et dans la laryngite chronique, qui sont sur les muqueuses des manifestations de la diathèse, comparables aux dartres de la peau, Royat est la station de choix, quand elles atteignent des sujets sanguins, nerveux, irritables, pour lesquels les eaux sulfureuses sont contre-indiquées.

Ces affections si rebelles et celles plus profondes, telles que l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique et le catarrhe, qui doivent leur chronicité à la constitution même du malade, et apparaissent également comme des localisations de la diathèse arthritique, sont assez souvent guéries, quand elles sont récentes, et très améliorées tout au moins par des saisons réitérées. En modifiant le principe morbide, on en détruit les effets. (Docteur Boucomont.)

On sait quel appoint fournissent les arthritiques à la dyspepsie, soit que la disposition constitutionnelle prédispose à l'altération de la fonction, soit, comme on l'a enseigné récemment (Bouchard), que la dyspepsie engendre elle-même des manifestations articulaires. Il est donc naturel de voir au premier rang des affections tributaires de Royat les altérations des voies digestives. « L'alcalinité de ses eaux, composées, comme nous l'avons dit, non seulement de sels à base de soude, de potasse et de lithine, mais encore de carbonate de magnésie et de chaux, est suffisante pour combattre les dyspepsies acides et les gastralgies qu'elles occasionnent. » (Docteur Boucomont.)

Il n'y a pas à craindre ici les effets de débilitation attribués à la médication alcaline. Au contraire, les eaux de Royat, par l'association spéciale des éléments minéralisateurs, sont stimulantes des fonctions digestives. Aussi voit-on affluer à Royat des gastralgiques et des dyspeptiques de plusieurs variétés. La dyspepsie acide y est rapidement modifiée. On sait que cette forme est plus spécialement l'espèce propre aux arthritiques. Dans les dyspepsies atoniques ou neutres, plus fréquentes encore et plus rebelles, qui donnent lieu à ces formations abondantes de gaz, l'estomac reçoit une incitation énergique et favorable.

D'autre part, l'appareil digestif bénéficie d'une activité plus grande imprimée à la nutrition générale. Les mutations organiques sont plus rapides; l'absorption est plus prompte; l'appel se fait sentir de proche en proche; les matériaux alimentaires sont plus vite et plus complètement utilisés; ils stationnent moins longuement dans l'estomac. Dès lors ils sont moins exposés à y subir des fermentations anormales. D'autant mieux que l'abondance de la production des sucs digestifs est toujours corrélative des besoins de réparation de l'organisme. L'heure de sécrétion maxima du suc gastrique, en particulier, est la même que celle du besoin de manger et de se nourrir. Et cette sécrétion est encore plus abondante quand il y a des besoins de réparation extraordinaires, chez les convalescents et les nourrices, par exemple, par l'exercice, les bains, etc.; tout ce qui favorise les échanges et le départ des matériaux usés.

Royat produit des effets analogues en provoquant des échanges et une rénovation moléculaire plus intenses. Si l'on ajoute que la présence d'un suc gastrique abondant et riche est le moyen véritablement efficace d'empêcher les fermentations figurées, dont l'existence se trahit par des gaz, on acquerra la conviction que le meilleur traitement de la dyspepsie, le plus profond, sera celui qui l'atteindra dans ses origines intimes, dans les troubles de

nutrition dont elle procède. Tout le raisonnement qui précède peut tenir dans ces termes :

La présence des gaz accuse des fermentations figurées; celles-ci accusent une insuffisance de sucs digestifs, gastrique surtout; le défaut de sécrétion du suc gastrique est en dépendance avec un ralentissement ou une perversion des mouvements de nutrition moléculaire. Voilà, ce nous semble, la pathogénie vraie, peut-être un peu philosophique, de la dyspepsie. Toujours est-il qu'elle ne nous éloigne pas de Royat, puisque, en définitive, cela se rapporte à l'arthritisme tel qu'on nous l'enseigne aujourd'hui.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Greffe tendineuse. — **M. MONOD** fait un rapport sur une communication de M. Peyrot relative à la transplantation d'un tendon de chien chez un blessé atteint d'une rupture tendineuse. Le résultat a été des plus satisfaisants, et il y a eu un retour partiel de la fonction du membre. Il s'agissait d'une section ancienne des tendons des fléchisseurs de la main. Jamais cette tentative n'a été faite chez l'homme. Elle a donné de bons résultats chez les animaux.

M. TRÉLAT communique, à ce propos, l'observation d'un jeune homme ayant eu une section des deux tendons extenseurs de l'annulaire et du médius. La plaie fut suturée par un médecin. Mais ce jeune homme restait paralysé. M. Trélat rechercha les extrémités des tendons divisés; il trouva une distance de 15 millimètres pour l'un et de 22 millimètres pour l'autre. Il résolut donc de mettre à nu les tendons et d'en faire la coaptation. Après la dissection, il s'aperçut que les deux bouts de chacun de ces tendons étaient séparés seulement de 2 millimètres, et il y avait du tissu cicatriciel qui les réunissait. Cependant M. Trélat les réunit complètement par deux points de suture au catgut. Les mouvements se sont rétablis, mais incomplets. La conclusion à tirer de ce fait est qu'il faut toujours électriser les muscles extenseurs avant d'entreprendre aucune opération.

M. DESPRÉS n'a jamais fait et ne fera jamais la suture des tendons parce que la nature fait l'office de la réparation, les tendons se réunissant toujours par du tissu cicatriciel. Malgaigne a dit qu'à la suite des plaies la rétraction du tendon n'est pas aussi complète qu'on le croit généralement. M. Després a constaté ce fait maintes fois. On sait que quand on fait la section du tendon d'Achille, le pied bot reparaît au bout d'un certain temps, ce qui prouve que les deux extrémités de tendon se sont réunies. M. Després ne fera donc jamais de suture des tendons.

M. BERGER fait observer qu'il ne faut pas généraliser l'opinion de M. Després, attendu qu'il y a des cas où les tendons restent écartés et où leur suture est formellement indiquée. Il cite l'exemple d'un enfant qui s'était fait une rupture des tendons extenseurs de la jambe. On fit seulement la suture de la peau et l'enfant resta paralysé de sa jambe et ne pouvait faire aucun mouvement d'extension de la jambe. L'électrisation des muscles extenseurs déterminait un certain relèvement du pied, mais non des orteils. M. Berger fit la suture tendineuse; il ne trouva les extrémités inférieures qu'à 2 centimètres au-dessous de la cicatrice. Le malade guérit sans suppuration. M. Berger eut soin de placer le pied dans la flexion forcée à l'aide d'un appareil plâtré. Il est évident que chez cet enfant le fonctionnement du membre ne se serait jamais rétabli dans les conditions où il se trouvait quand il l'a opéré.

M. TRÉLAT fait observer que M. Després commet une erreur en établissant comme règle que la soudure tendineuse se fait toujours d'elle-même. Cela est vrai dans bon nombre de cas; mais il y en a où l'intervention est formellement indiquée. On ne réussissait pas autrefois les sutures tendineuses parce qu'on n'avait pas de fils aseptiques.

M. DESPRÉS est d'accord avec M. Trélat, s'il admet que les faits de non-soudure des tendons sont exceptionnels.

M. LE FORT rappelle une malade chez laquelle, en 1873, il a dû suturer tous les tendons de l'avant-bras. L'écartement des tendons était considérable. M. Le Fort ne retrouvait pas les bouts inférieurs : il a eu alors l'idée d'essayer une pression de bas en haut, de façon à refouler tous les tissus vers la plaie. Il a pu ainsi faire apparaître les extrémités tendineuses dans le champ de celle-ci.

Tumeur parotidienne; ablation par la voie buccale. — **M. PÉRIER** communique l'observation d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui était atteint d'un chondrome parotidien faisant saillie dans le plarynx et qu'il a pu enlever par la bouche.

Un médecin, croyant avoir affaire à une mono-amygdalite, extirpa l'amygdale. Le malade raconta que l'opération fut très sanglante et que la partie enlevée était dnre et blanchâtre. Depuis cette époque, la tumeur augmenta et vint oblitérer plus de la moitié du pharynx. La muqueuse glissait sur la tumeur et celle-ci paraissait un peu mobile; elle était d'un volume assez considérable. M. Périer pensa à un adénome du voile du palais et proposa l'opération, qui fut refusée par le malade. Trois mois après, M. Périer revit ce malade et réforma son diagnostic; il admit alors qu'il s'agissait d'un chondrome de la parotide.

M. Périer, pour éviter l'afflux du sang dans le larynx, plaça le malade dans le décubitus dorsal, la tête complètement renversée en arrière; il incisa la muqueuse avec le galvano-cautère pour éviter l'hémorrhagie. Une fois arrivé sur la tumeur, il put l'énucléer avec une spatule et les doigts, sauf au niveau de l'apophyse ptérygoïde où elle paraissait adhérente. Il dut la morceler à l'aide d'une cuiller à bords tranchants. Le malade fut soumis à des gargarismes au chloral à 1 p. 100, que M. Périer considère comme le meilleur désinfectant de la muqueuse buccale. Ce malade a guéri en dix-huit jours.

M. POLAILLON demande à M. Périer sur quoi il se base pour attribuer à cette tumeur une origine parotidienne. Les tumeurs de la parotide proéminent généralement à l'extérieur et non à l'intérieur.

M. TILLAUX adresse à M. Périer la même question.

M. PÉRIER répond qu'il a dû aller chercher cette tumeur très profondément dans la fosse zygomatique.

M. BERGER fait observer que le prolongement supérieur de la tumeur était bien manifestement dans la région parotidienne.

Rétrécissement de l'urèthre; divulsion; uréthrotomie interne. — **M. LE DENTU** fait une communication sur la divulsion et l'uréthrotomie interne. Il s'applique à comparer entre elles ces deux méthodes, qu'il a employées aussi souvent l'une que l'autre. En effet, il a pratiqué 24 fois chacune de ces opérations. Il est difficile d'être fixé sur leurs suites éloignées; aussi M. Le Dentu n'entend-il parler aujourd'hui que de leurs suites immédiates.

Au point de vue de la léthalité, il n'a eu qu'à enregistrer 4 décès sur ces 48 opérations, 3 après l'uréthrotomie interne, 1 seul après la divulsion.

Passant en revue les diverses observations qu'il vient de signaler, voici les accidents immédiats qu'il a constatés à la suite de l'opération :

a. *Uréthrotomie interne.* — Obs. II : Accidents septicémiques graves, érythème scarlatiniforme, abcès multiples, guérison.

Obs. VII : Homme de quarante-sept ans; la divulsion a été nécessaire après l'uréthrotomie.

Obs. VIII : Deux uréthrotomies à vingt-cinq mois de distance, bon résultat définitif.

Obs. XII : Rétrécissement très étendu, première uréthrotomie en 1871, seconde en 1880; sonde à demeure impossible les deux fois; accidents graves; amélioration par l'électrolyse pratiquée par

Mallez, réclame aujourd'hui une nouvelle intervention chirurgicale.

Obs. XIV : Homme de trente-cinq ans, rétrécissement étendu dans la région spongieuse, fistule périnéo-scrotale; uréthrotomie le 29 décembre 1880, hémorrhagie très sérieuse, frissons, vomissements, mort dans la nuit du 2 janvier 1881. A l'autopsie, néphrite interstitielle double; on constate que la paroi supérieure du canal a été sectionnée dans toute sa longueur par la lame de l'uréthrotome.

Enfin dans une autre observation, également suivie de mort, il y a eu aussi une section complète de la paroi supérieure; la mort, dans ce cas, était également due à une affection rénale.

Obs. XV : Rétrécissement traumatique, nervosisme exagéré, impressionnabilité excessive, chloroforme, uréthrotomie interne, suites normales. Une bride persiste qui gêne la dilatation, seconde uréthrotomie, mort sous le chloroforme dès les premières inspirations.

Obs. XVI : Rétrécissement dans la portion spongieuse, uréthrotomie, sonde à demeure impossible, on ne peut dépasser le nº 15.

b. *Divulsion.* — Obs. II : Rétrécissement cicatriciel, divulsion en 1871, bon résultat, malgré des fistules.

Obs. III : Divulsion *in extremis*, mort rapide; à l'examen du canal, pas trace de déchirure ni de fissure.

Obs. IV : Deux rétrécissements antérieurs, cachexie, urémie, mort par néphrite interstitielle, déchirure du canal limitée à la muqueuse.

Obs. VII : Rétrécissement inflammatoire, divulsion en 1880, va encore bien maintenant.

Obs. XII : Rétrécissement grave, récidive rapide.

Obs. XX : Tuméfaction de la prostate, prostatite tuberculeuse, spasme du canal gênant complètement la miction comme un rétrécissement vrai ; le nº 20 passe ; divulsion, très bon résultat.

En résumé, pour la divulsion on compte seulement 3 résultats incomplets, pour l'uréthrotomie 6 résultats incomplets dont 1 amélioré par la divulsion. 2 fois M. Le Dentu a constaté une section complète du canal ; l'uréthrotomie n'est donc pas si innocente. La déchirure n'a été relevée qu'une fois; en tous cas jamais d'infiltration d'urine par rupture du canal, jamais d'hémorrhagie sérieuse.

Actuellement M. Le Dentu est disposé à étendre le champ de la divulsion sans exclure l'uréthrotomie.

M. LE FORT est très opposé à l'uréthrotomie interne qu'il n'a jamais faite. La dilatation immédiate progressive lui a toujours suffi. Il éprouve une certaine répugnance pour la divulsion brusque.

M. MARC SÉE, contrairement à M. Le Fort, est partisan de l'uréthrotomie interne, qu'il a très souvent pratiquée sans jamais avoir eu d'accident mortel ni même grave.

M. HORTELOUP, pour les rétrécissements avec fistules, adopte, non pas l'uréthrotomie interne, ni la dilatation, mais bien l'uréthrotomie externe, qui donne de très bons résultats.

M. LE DENTU fait observer que les cas de mort qu'il vient de signaler dans sa statistique sont tous dus à des lésions rénales. Le procédé opératoire n'y est donc pour rien, puisque le cathétérisme seul suffit pour réveiller ces accidents rénaux. La dilatation doit toujours être préférée à l'uréthrotomie quand elle est possible.

Fracture de rotule. — M. DESPRÉS communique l'observation d'un malade qui a eu une fracture de la rotule et qui a un cal d'apparence osseuse au trente-deuxième jour. Il proteste contre la suture et affirme que ce malade aura un cal osseux dans trois mois.

HONORARIAT

M. Duplay est proclamé membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de notre éminent collaborateur et ami le docteur Legrand du Saulle.

Ses obsèques auront lieu samedi 8 mai, à midi très précis, en l'église Notre-Dame.

— Sont désignés pour procéder, en 1886, à l'inspection générale du service de santé militaire :

Ier arrondissement (gouvernement militaire de Paris) : M. le médecin inspecteur général Didiot, président du comité consultatif de santé.

IIe arrondissement (10e et 11e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Perrin, directeur de l'École du Val-de-Grâce, membre du comité consultatif de santé.

IIIe arrondissement (9e, 12e et 18e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Colin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du comité consultatif de santé.

IVe arrondissement (3e, 4e et 5e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Gaujot, membre du comité consultatif de santé.

Ve arrondissement (13e et 14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon) : M. le médecin inspecteur Vedrènes, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

VIe arrondissement (15e corps d'armée, la Corse exceptée, 16e et 17e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Paulet, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

VIIe arrondissement (7e et 8e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

VIIIe arrondissement (1er, 2e et 6e corps d'armée) : M. le médecin inspecteur Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

L'inspection des officiers du service de santé militaire employés en Algérie, en Tunisie, en Corse ou au Tonkin, sera établie sur *pièces* par les directeurs du service de santé : du 12e corps pour l'Algérie et la Tunisie ; du 15e corps pour la Corse ; et du Tonkin pour l'Annam et le Tonkin.

Ces directeurs ne se déplaceront pas pour procéder à cette inspection. Ils transmettront leur travail aux généraux commandant le corps d'armée intéressé, pour être soumis à la commission régionale de classement. (Décret et décision du 24 avril 1886.)

— Le registre d'inscription des candidats du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le 24 mai 1886, a été clos mercredi soir. Les candidats inscrits sont au nombre de huit. Ce sont : MM. les docteurs Auvard, Bureau, Boissard, Bonnaire, Olivier, Loviot, Tissier et Stapfer.

— M. Dubois soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 13 mai 1886, à quatre heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse sur « Les élatérides lumineux. Contribution à l'étude de la production de la lumière par les êtres vivants. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Alfred Fournier reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques vendredi prochain, 14 mai 1886, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Le cours aura lieu dans l'ordre suivant : les mardis, leçon au lit des malades; les vendredis, leçon à l'amphithéâtre, à dix heures du matin; les jeudis, leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par M. le docteur J. Darier, chef du laboratoire d'histologie.

— M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera son cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, mardi prochain 11 mai 1886, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19515.

N° 55. — MARDI 11 MAI 1886. 59e ANNÉE. MARDI 11 MAI 1886. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

LEGRAND DU SAULLE

C'est le cœur gros et la paupière encore humide que je prends la plume, au nom de la Rédaction de la *Gazette des hôpitaux*, pour payer à la mémoire de notre cher et éminent collaborateur Legrand du Saulle, dont nous publions aujourd'hui même la dernière leçon sur la politique et la folie, le faible tribut de notre douloureux regret et de notre profonde agitation.

A peine avions-nous été informé qu'il était souffrant et que l'accès de son cabinet était fermé aux consultants, que nous apprenions, avec une véritable stupéfaction, qu'il venait de succomber. Deux jours de maladie avaient suffi pour terrasser cette puissante et vigoureuse organisation qui semblait devoir conjurer le temps comme elle avait conjuré jusque-là les conséquences d'une existence laborieuse à l'excès. Deux jours, et ce cœur d'enfant, tant il était pur, naïf et bon, avait cessé de battre dans sa large poitrine; cette intelligence si active, si constamment tendue et qui n'avait pas faibli un instant, s'éteignait sous son vaste crâne.

Depuis trente ans qu'il nous avait été donné de le connaître, de nous lier avec lui par les liens de la plus sympathique, de la plus vive amitié, et par les rapports presque quotidiens d'une collaboration qui nous a été si précieuse et que nos lecteurs ont si bien su apprécier; depuis trente ans que nous avons été les témoins intimes de sa vie, nous l'avons vu travailler toujours, travailler sans relâche et sans fin.

Tous les instants que lui laissaient les services publics dont il avait la charge : visite hospitalière, examen et interrogatoire des échoués au Dépôt de la Préfecture de police, expertises et rapports judiciaires, consultations, conférences et participation active aux travaux de diverses Sociétés savantes, étaient consacrés au travail de cabinet. Le travail était pour lui plus qu'un devoir de situation, c'était un plaisir, le plus grand et le plus constant qu'il ait jamais goûté, après celui de la vie de famille, qu'il mettait au-dessus de tous les autres. C'est ainsi que, pendant de longues heures de ses soirées et de ses nuits, il ruminait les observations recueillies le matin à l'hospice, les faits les plus intéressants qui s'étaient présentés à sa consultation ou à sa visite du Dépôt, les problèmes médico-légaux sur lesquels il avait eu à se prononcer la veille devant les tribunaux. Puis il rédigeait, à l'aide de ces précieux matériaux, ces ouvrages qui sont dans toutes nos bibliothèques : *la Folie devant les tribunaux, le Délire des persécutions, la Folie héréditaire, la Folie du doute, l'Étude médico-légale sur les épileptiques, l'Étude clinique sur la peur des espaces (l'agoraphobie), les Signes physiques des folies raisonnantes, les Études médico-légales sur les testaments et l'interdiction des aliénés, les Hystériques* — nous en oublions certainement quelques-uns, — et enfin ce volumineux *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*, dont il publiait récemment une deuxième édition, avec la collaboration de M. G. Pouchet pour la partie chimique et de M. G. Berryer, son gendre, pour la partie judiciaire.

Si à ces livres où tant de faits nouveaux, tant de points de vue originaux sont venus s'ajouter au faisceau de nos connaissances sur les maladies mentales et nerveuses, où tant d'applications utiles à la médecine judiciaire ont été mises en lumière, on ajoute l'innombrable quantité d'articles dont il a enrichi la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, celle des *Bulletins de la Société de médecine légale*, et la part si active qu'il a prise à celle de notre journal, on aura une idée de l'immense labeur accompli.

Mais on n'aurait encore qu'une idée incomplète de l'esprit qui y a présidé, si nous n'ajoutions que dans ce produit si fécond, où une multitude d'idées, d'appréciations et de personnalités se trouvaient nécessairement en jeu, il ne s'est jamais départi un seul instant de la plus parfaite convenance de ton et de forme envers ceux de ses confrères dont il pouvait avoir à discuter ou à combattre les opinions, tant il poussait loin le respect de la profession et la bienveillance pour ses confrères. Jamais ni l'aigreur, ni la médisance n'ont trouvé place sur ses lèvres, ou dans ses écrits.

Cette œuvre considérable, et qui suffirait déjà certainement à elle seule à lui assurer une place d'élite parmi nos contemporains et une longue mémoire chez nos successeurs, n'est pas le seul titre qui le recommande à nos yeux et lui donne droit à toute notre estime. Les actes, dans la vie de Legrand du Saulle, ne sont pas inférieurs en mérite à ses écrits. Ils se traduisent presque tous par des services publics ou par des services personnels également dignes de reconnaissance.

Une existence aussi bien remplie, dans un temps rela-

tivement si court, vaut bien que nous en rappelions ici les principaux incidents. C'est à lui-même et dans la confidence qu'il nous en a faite dans la préface de l'un de ses premiers et de ses principaux ouvrages : *La Folie devant les tribunaux*, que nous allons emprunter nos premiers renseignements.

« Lorsque je débutai dans les établissements d'aliénés, dit-il, j'avais vingt ans (1) : j'étudiais en médecine déjà depuis quelques années, et je commençais mon droit (il était à la fois docteur en médecine et licencié en droit, ce qui explique sa prédilection pour l'étude des questions médico-légales). Dès cette époque, je rapprochai des connaissances en apparence étrangères l'une à l'autre ; puis, le temps et l'instruction aidant, je vis que la pathologie de l'esprit et la jurisprudence se prêtaient un mutuel secours et trouvaient même, dans la médecine légale de la folie, l'application la plus saisissante. Mon sillon professionnel était indiqué : au sortir des écoles, je restai voué à l'étude et à la pratique des maladies nerveuses et mentales... » C'est ce sillon, en effet, qu'il a suivi, on sait avec quelle persévérance et quel succcès.

Dans cette même préface, il montrait le but qu'il se proposait. C'était de combler une lacune dans la littérature aliéniste et juridique et de déterminer la juste application des règles du droit aux égarements de la pensée, aux désordres de la volonté, en un mot de cimenter l'alliance de la justice et de la médecine, en déroulant sous les yeux de l'une les archives de la folie et les écarts possibles de la raison, en initiant l'autre au langage du droit et aux exigences nécessaires de nos codes. Il traçait ainsi le programme qu'il devait suivre non seulement dans ce livre, mais dans tous ceux qui devaient le suivre, comme dans la pratique et dans l'accomplissement des devoirs publics que devaient lui imposer plus tard la confiance des tribunaux et celle de l'administration. Exposer l'influence que les principales déviations de l'entendement humain pouvaient exercer sur la criminalité ; marquer les points de repère capables de mettre en relief le degré de responsabilité ; signaler les caractères qui différencient l'aliéné du criminel ; lever dans les esprits les équivoques qu'avaient pu y faire naître les questions si difficiles et qui embarrassaient si souvent les tribunaux, des intervalles lucides, de l'intermission, de la rémission et de la dissimulation maladive, de l'aliénation mentale périodique ; étudier les conditions intellectuelles, morales et affectives, permettant de tester sainement et librement, et celles qui étaient de nature à entacher les testaments d'invalidité ; aborder toutes les questions relatives au délire ébrieux, au somnambulisme naturel, à l'état mental des pellagreux ; définir le retentissement possible de l'hystérie sur la raison et sur la criminalité, celui de l'épilepsie, en étudiant les habitudes et les mœurs des épileptiques, le degré de leur responsabilité et leur capacité civile ; fouiller les actes d'érotisme pour y discerner les faits qui sont l'œuvre du vice, de la dépravation et du crime, de ceux qui ne sont que l'innocente manifestation du délire, etc. Tel a été le programme auquel s'est conformé Legrand du Saulle et dont il a successivement développé, élargi et appliqué presque tous les points, non seulement dans ses œuvres ultérieures, mais surtout dans les nombreuses expertises médico-légales, où s'étayant à la fois de ce que lui avaient appris ses maîtres, de ce que les exemples et le savoir de ses confrères pouvaient lui apprendre encore et de sa grande expérience personnelle, il éclairait, dirigeait et redressait quelquefois la justice. Ce sont là plus et mieux que des œuvres écrites, ce sont des services, ce sont des actes, actes où l'humanité et la justice trouvaient chacune leur part. Ce sont ces actes, surtout, que nous tenions à signaler comme honorant plus particulièrement cette carrière si active, si brillante et si brusquement et malheureusement interrompue.

Mais les grands événements que nous avons traversés dans ces seize dernières années devaient mettre le zèle, le dévouement, l'intelligence et l'honnêteté de notre ami à de nouvelles épreuves. Et ici, encore, ce n'est plus à des écrits ou à des paroles qu'auront à s'adresser nos éloges, mais à des actes.

Nous sommes en 1870. Chacun est à son poste et chaque poste est ou peut devenir d'un moment à l'autre un poste de péril. Dès le début du siège, Legrand du Saulle qui était alors à la tête d'un des services d'aliénés de Bicêtre, se voit dépossédé pour le moment de sa clientèle hospitalière ; mais il n'est pas aliéniste seulement, il est médecin ; et à ce titre il accepte la direction de l'un des services de médecine militaire installés à l'hospice devenu l'une des succursales du Val-de-Grâce. Bientôt, par suite des progrès effrayants que fait l'épidémie variolique parmi les troupes, tous les varioleux de l'armée de Paris sont concentrés à Bicêtre ; et c'est au milieu de ce foyer épidémique effroyable, avec 15 degrés au-dessous de zéro, sans aucun moyen de chauffage et sous une pluie d'obus, que va se trouver désormais Legrand du Saulle, sort qu'il partage d'ailleurs avec ses collègues. Mais à peine ce péril vient-il de cesser, après avoir été bravé sans un moment de faiblesse, qu'un autre allait se présenter, devant lequel il fallait plus que du courage et de l'abnégation.

Le service de l'hospice de Bicêtre, si absorbant qu'il fût, ne pouvait épuiser à lui tout seul toute l'activité de Legrand du Saulle. Son service du Dépôt n'eut pas un seul jour à en souffrir. Mais il allait devenir à son tour, à la fois, l'objet de ses plus vives préoccupations et un nouveau poste de péril d'une tout autre nature. La Commune venait de triompher dans Paris. Jusque-là le Dépôt avait reçu tous les jours son contingent habituel de déments, de maniaques, de mélancoliques, de persécutés, auquel s'ajoutait un nouveau contingent, croissant tous les jours, de délirants alcooliques des deux sexes. A dater de ce moment, tout change. Les services de la Préfecture étaient désorganisés; fonctionnaires et employés, sur un mot d'ordre, avaient tous gagné Versailles ou tout autre lieu de retraite. Legrand du Saulle aurait pu en faire autant ; il en eut bien garde. L'incendie même ne lui fit pas abandonner son poste. Le Dépôt, resté seul debout au milieu des ruines fumantes, continua à recevoir tous les jours sa visite ; mais sa clientèle habituelle était singulièrement changée. Les délirants et les alcooliques avaient fait place aux otages, représentant toutes les classes de la société, depuis les plus hauts dignitaires de l'Église, de la magistrature et de l'armée, jusqu'aux plus humbles agents des services publics. Qu'on se figure les impressions que dut produire sur notre confrère l'aspect d'un pareil personnel, ce qu'il dut combiner de subterfuges ou d'innocentes dissimulations pour concilier ses devoirs avec l'intérêt que lui inspiraient ces futures victimes. Il le disait lui-même dans l'un de ses der-

(1) Legrand du Saulle, né à Dijon le 16 avril 1830, est décédé dans la nuit du 6 mai, âgé par conséquent de cinquante-six ans.

niers articles : « Le médecin (c'était lui-même) passe chaque jour, adresse avec intérêt la parole à tout le monde et consacre plusieurs heures aux visites hygiéniques et aux constatations cliniques et médico-légales qui lui incombent. Du 18 mars au 24 mai 1871, huit cents mises en liberté sont ordonnées sur certificats individuels signés par lui, sous sa propre et unique responsabilité, au péril de sa liberté et de sa vie. » Qui saura jamais tout ce qu'il a tiré de trésors de son cœur et des ingénieuses ressources de son esprit, pour adoucir autant que cela était en son pouvoir d'aussi cruelles situations, pour inspirer à tous ces malheureux une confiance, qu'à peine il devait avoir lui-même, et relever leur courage à bout ? La plupart de ceux qui auraient été à même d'en témoigner, n'existaient plus quelques jours après. Mais le désintéressement bien connu de Legrand du Saulle, sa bonté native qui était le fond le plus solide et le plus inaliénable de son caractère, n'attendaient rien de la reconnaissance, ne lui demandaient rien. Comme il le dit encore lui-même à propos d'une aventure de la même époque, où il rendit également un grand service à un magistrat affolé par la peur et qui a toujours ignoré d'où lui venait ce bienfait : « Dans la profession médicale, il y a des joies silencieuses et profondes, des orgueils discrets et doux. » Que de fois il a dû jouir de ces joies silencieuses, de ces orgueils discrets !

L'attitude toute de pitié et de compassion qu'il avait eue devant les otages, il sut la retrouver encore devant leurs persécuteurs, lorsque vaincus à leur tour, ce fut leur tour aussi de peupler le Dépôt et de défiler devant lui. « Le médecin, dit-il à ce sujet, ignore ce qui s'est passé. Des malades s'adressent à lui, et il est aussi attentif et aussi dévoué pour eux qu'il l'a été quelque temps auparavant pour les otages. » Et, à cette occasion, il esquisse un idéal du médecin, tout à son honneur, qui n'est autre que son propre portrait :

« Quelle admirable profession que celle qui place un homme au-dessus de tous les événements qui troublent et ensanglantent son pays ; qui lui donne accès partout et lui procure l'occasion de faire également le bien partout ; qui lui permet de tout voir, de tout entendre et de garder le silence ; de ne trouver, dans les individus les plus égarés, les plus malheureux ou les plus coupables, que des malades dignes d'une égale sollicitude ; de n'être influencé par aucun des bruits du dehors et de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le vainqueur ou le vaincu, le mendiant sur son grabat ou l'archevêque de Paris dans son cachot, l'espion prussien à la pistole ou le président de la Cour suprême dans une cellule de condamné à mort, et de recevoir de tous les mêmes marques de déférence et le même remerciement ! »

Les représentants de l'administration à laquelle Legrand du Saulle a rendu de si grands services pendant une période de vingt années, durant lesquelles il n'a pris qu'un seul congé de huit jours, rendu nécessaire par des devoirs de famille, sauront dire sans doute quel auxiliaire précieux ils ont trouvé en lui. Les chefs de l'Assistance ne manqueront pas probablement non plus de louer, comme ils méritent de l'être, le zèle constant et l'esprit compatissant qu'il n'a cessé d'apporter dans ses fonctions de médecin des services d'aliénés à Bicêtre comme à la Salpêtrière.

Parmi ses collègues des hospices et asiles d'aliénés, parmi les membres de la Société de médecine légale dont il a été un des fondateurs ; ceux de la Société médico-psychologique qu'il aimait tant, à laquelle il a constamment apporté un concours si actif, non seulement par toute la série des fonctions qu'il y a successivement occupées, depuis celle de secrétaire des procès-verbaux jusqu'à la présidence, par les nombreuses communications qu'il y a faites, les discussions auxquelles il a pris part, mais encore par l'initiative qu'il y a prise de plusieurs actes qui honorent cette Société autant que lui-même, tels entre autres que l'érection de la statue de Pinel, sur le square de la Salpêtrière ; enfin parmi les nombreux élèves qui se sont formés dans ses services ou aux leçons si brillantes, si pleines de faits, d'observations fines et nouvelles, dites avec cette facilité d'élocution, cette verve, cette chaleur entraînante, qui étaient les caractères principaux de son éloquence, leçons qu'il a professées si longtemps avec le succès que l'on sait, soit à l'École pratique, soit à Bicêtre ou à la Salpêtrière, où il se faisait entendre encore trois jours avant sa mort, plus d'une voix sans doute s'élèvera pour juger et apprécier la valeur et l'importance de ses travaux, pour rappeler tout ce dont la psychiatrie et la médecine légale des aliénés lui sont redevables, pour dire quel guide utile, quel maître bienveillant il fut.

Pour nous, les rédacteurs de la *Gazette des hôpitaux*, nous ne pouvons pour le moment, dans les dispositions d'esprit où vient de nous plonger ce cruel événement, que mesurer à peine l'étendue de la perte que nous venons de faire, non seulement dans le savant et précieux collaborateur, mais dans l'ami sincère, l'ami chaud et dévoué qu'il était pour chacun de nous. Que l'expression de notre profonde douleur, en s'unissant à celle de sa si excellente et si digne famille, pour qui il était comme un objet d'adoration, lui apporte, si c'est possible, quelque allègement.

Pour la Rédaction,

Dr H. Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La politique et la folie (1).

INFLUENCE DES GRAVES ÉMOTIONS PUBLIQUES SUR LES PARTICULARITÉS DU DÉLIRE.

IV

2° Graves émotions publiques. — En dehors des douleurs et des calamités qui ont assombri un instant notre histoire nationale, et qui, ainsi qu'on vient de le voir, ont momentanément communiqué un certain cachet aux délires parisiens de l'époque, j'ai eu fréquemment l'occasion d'observer le fait que voici : toute grave émotion publique peut déteindre sur les particularités d'un délire plus ou moins en voie d'évolution, se retrouver partiellement dans quelques déviations mentales, contemporaines de l'émotion morbigène, et même s'inscrire — lorsque l'impression morale a été très profonde — sur les fausses conceptions ultérieures d'individus sains d'esprit aujourd'hui, mais devenant aliénés un peu plus tard.

Ce fait est absolument certain et il est d'un contrôle bien facile. Je pourrais l'appuyer sur un nombre extrêmement considérable de cas, mais je vais m'en tenir aux exemples suivants qui, bien que portant avec eux un enseignement

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 409.

clinique sérieux, emprunteront, à mon grand regret, certaines apparences anecdotiques.

Depuis les travaux et les expérimentations de M. Pasteur, il n'a jamais été autant parlé de la rage que depuis six mois. Autrefois, ainsi que je l'ai fait connaître dans mes leçons sur *la folie du doute* [*avec délire du toucher*] (1), la peur des chiens enragés, des morsures et de la bave rabique, avait principalement le privilège de causer des appréhensions très vives, d'inspirer des transes absurdes, des terreurs véritables et même des crises chez quelques-uns de nos malades. Une fois que la crainte des chiens enragés s'était en quelque sorte implantée dans leur esprit, tout le travail intellectuel pivotait autour de cette préoccupation dominante et de ses conséquences possibles, et conduisait nécessairement à des actes étranges, insolites et en complet désaccord avec toutes les habitudes antérieures. Mais aujourd'hui, sous l'influence de la vulgarisation exceptionnelle, dont la rage et les belles recherches de M. Pasteur ont été l'objet, on voit un assez grand nombre d'individus affectés d'hypochondrie profonde, d'alcoolisme subaigu ou de mélancolie anxieuse, qui fléchissent sous la crainte imaginaire d'une contamination virulente et qui, de n'importe quel coin de l'Europe, arrivent à Paris, afin d'avoir M. Pasteur sous la main. Quelques-uns s'acheminent même parfois vers le laboratoire de la rue d'Ulm. Là, on les interroge et on les éconduit avec politesse ; dès le lendemain, inquiets de nouveau, ils finissent par nous revenir.

Il y a plus encore. Certaines familles, en face d'un délire maniaque violent éclatant tout d'un coup chez l'un des leurs, songent d'abord à la rage, écrivent à M. Pasteur ou essaient de pénétrer jusqu'à lui. « Mon fils, me disait naguère une mère littéralement affolée, a eu un chien de chasse, qui couchait dans sa chambre, et qui a disparu depuis quelque temps. Qui sait s'il n'aura pas un jour mordu mon fils ? Tout est possible, *excepté la folie!* Je tiens donc à consulter M. Pasteur. »

A côté des conceptions délirantes éphémères des fanfarons de la rage ou des terreurs illusoires de quelques descendants d'aliénés, il importe de noter un fait clinique que j'ai déjà maintes fois observé. On sait que tout malade atteint de la folie du doute éprouve le besoin d'être rassuré, et que, moyennant quelques bonnes paroles appropriées, il y a possibilité de le tranquilliser, mais à titre absolument temporaire ; eh bien, si l'un de ces émotifs a peur des chiens enragés, non seulement on ne le rassure pas en lui parlant de M. Pasteur et en lui offrant de le préserver par une inoculation prophylactique, mais on l'épouvante et il repousse toute intervention en disant : « Je n'ai aujourd'hui que la peur des chiens enragés, et cette peur s'en ira peut-être toute seule, mais qui sait ce que j'aurais demain si j'allais me mettre entre les mains de M. Pasteur? » Un détail encore : dans la folie du doute, les malades vont jusqu'à redouter de rencontrer M. Pasteur, parce que l'illustre savant *a touché des chiens enragés !* M. Pasteur exerce donc à la fois une action attractive et une action répulsive.

Les anti-pastoriens et les pastoriens sont des sujets tout à fait différents. Celui qui fuit M. Pasteur et qui, à son nom seul, est glacé d'effroi, est un névropathe grave et peu curable, un aliéné véritable. Celui qui s'imagine avoir la rage et qui va consulter M. Pasteur, est un amateur bénévole, un enragé provisoire et platonique, qui se rétablira au premier jour. Le premier garde sa crainte, résiste et continue à être malheureux ; le second, dans sa perplexité momentanée — mélancolique, hypochondriaque ou toxique — va au-devant de l'expérimentateur et sollicite l'inoculation. L'anti-pastorien présente des phénomènes psycho-pathologiques durables et a un trouble défini de l'idéation ; le pastorien est un anxieux de rencontre et il ne fait que subir une particularité délirante en rapport avec l'émotion du jour. L'un est un condamné qui se résigne et refuse de se pourvoir en grâce ; l'autre est un prévenu, fort de son innocence, et qui cherche à faire rendre en sa faveur une ordonnance de non-lieu.

A l'heure de son plus grand crédit politique, Gambetta a été un véritable point de mire. Il recevait beaucoup de lettres, et tous les sauveurs sans mandat s'adressaient à lui et lui soumettaient leurs idées, leurs plans et leurs prétendues découvertes. Gambetta a nécessairement fixé l'attention des excentriques, des visionnaires et des aliénés.

Une villageoise, hystérique et hallucinée, quitte soudainement sa famille, arrive à Paris et demande à parler au président de la Chambre des députés. On la prie de vouloir bien faire connaître l'objet de sa visite et elle répond naïvement : « M. Gambetta n'est pas marié et je viens pour l'épouser. Il y a plus de six mois que tout le monde dit en me voyant : *Voilà madame Gambetta.* »

Un ouvrier d'une cité manufacturière, socialiste exalté, aperçoit le portrait de Gambetta à la vitrine d'un marchand de papier. Il est convaincu que Gambetta est un obstacle puissant au triomphe des doctrines qu'il chérit avec ardeur, et il part pour Paris avec l'intention de l'assassiner. Pendant deux ou trois jours, il rôde autour du domicile particulier du président de la Chambre. Ne pouvant pas le rencontrer, il se fait ce raisonnement : « Ce que je veux, c'est frapper un bourgeois ; or tout homme décoré est un bourgeois, donc je peux envoyer une balle de mon revolver au premier individu décoré qui, dans la rue, se trouvera à ma main. » Et, de fait, à Neuilly, il décharge son pistolet sur un passant, qu'heureusement il ne tue pas. C'était un médecin, portant à sa boutonnière un ruban étranger.

Le revolver joue à notre époque un rôle de plus en plus prépondérant ! En défalquant les cas qui appartiennent à la criminalité parisienne courante et dont je n'ai point à prendre souci, que d'aliénés, et même que de surnuméraires de la folie, qui, soit pour se faire arrêter et fixer sur eux l'attention publique, soit pour intimider autrui, soit pour appeler à leur profit une décision judiciaire qui leur aurait été refusée, soit pour obéir à une voix pathologique, soit pour se soustraire aux prétendues poursuites de malfaiteurs imaginaires, soit enfin sans motifs apparents ou avérés, ont eu recours au revolver, dans ces derniers temps ! La plupart, sauf les alcoolisés, sont réduits à plus dure misère et ont à peine quelques centimes sur eux ! Chaque coup de pistolet cause un certain émoi et devient l'objet de toutes les conversations. La trop grande faveur accordée par la presse aux aventures dramatiques de l'excentrique ou de l'aliéné du jour est une attraction provocante et une prime d'encouragement, pour le déclassé, l'original ou le fou de demain.

Plus un crime est insolite, violent, extraordinaire, effrayant ou mystérieux, plus les récits des journaux en ont été rendus pittoresques et émouvants, et plus il frappe les organisations impressionnables, les esprits faibles et les cerveaux fragiles.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1875.

Le procès de Troppmann a causé une émotion indescriptible, et le public a été principalement troublé par la possibilité d'un aussi grand nombre d'assassinats accomplis par un seul homme ! Les névropathes et les aliénés ont parlé bien longtemps de ce meurtrier si tristement fameux ; ils en parlent même encore quelquefois.

J'ai pris note des cas suivants : une jeune modiste se dit la maîtresse de Troppmann ; elle l'a accompagné partout et il n'a jamais attenté à la vie des membres de la famille Kinck. Cette jeune fille est hystérique, non aliénée, non hallucinée ; elle ment effrontément et éprouve le besoin de se mettre en scène. — Un alcoolisé subaigu s'avoue le complice de Troppmann et réclame l'échafaud. — Un maître d'études va voir guillotiner Troppmann. Le soir même il délire et forme des projets d'assassinat. Il déclare qu'il voit du sang. — Une mélancolique prétend qu'elle est la veuve de Troppmann, qu'elle porte au doigt la bague de Mme Kinck et qu'elle a des révélations à faire à la justice. — Plusieurs hallucinés (persécutés, alcoolisés ou épileptiques) entendent des voix qui leur crient : « Troppmann... tu es Troppmann... A Aubervilliers... On te connaît, Troppmann... A la Roquette, Troppmann. » — Une malheureuse femme de soixante-huit ans s'est jetée à mes genoux, en criant : « Je ne suis pas la mère de Troppmann, on se trompe ce n'est pas moi. » — A côté de ce dernier fait, la contre-partie : Une hystérique, âgée de quarante ans, très exaltée, se déclarait indigne de vivre et réclamait la mort. « Je n'ai eu qu'un fils, ajoutait-elle, et c'était un monstre... Je suis la propre mère de Troppmann. » — Enfin des alcoolisés aigus, poussant des cris formidables : *Au secours! à l'assassin*, étaient terrifiés à la pensée qu'ils étaient poursuivis par Troppmann.

Les loteries avec un lot gagnant de 100 000 francs et même de 500 000 francs, ont le privilège de beaucoup surexciter l'opinion. Dans certains ménages peu aisés, on s'impose toutes les privations imaginables et l'on arrive à posséder jusqu'à soixante ou cent billets, achetés un à un. Chaque jour, le ménage de se dire avec la plus naïve confiance : « Si nous gagnons le gros lot, nous ferons ceci ou nous ferons cela. » Le jour du tirage arrive, les numéros gagnants sont publiés dans tous les journaux, et, quelques jours après, on rencontre infailliblement à l'Infirmerie spéciale quelques malades venus à Paris — et souvent à pied — pour y toucher leur prétendu gain !

Le pays vient-il à être agité par des réunions publiques, des candidatures électorales, des distributions de professions de foi et des affichages immodérés, celui-ci pourra dire qu'il a été élu dans huit départements, qu'il a obtenu cinq cent mille voix, qu'on lui a télégraphié de venir à Paris, et que M. le président de la République l'attend à déjeuner. Celui-là affirme que tel département n'a élu que des fous et qu'il est venu pour faire casser leur élection. Un autre consent à être député, puisque le peuple l'a voulu, mais c'est à la condition qu'on lui laissera renvoyer le ministère, décréter la déchéance du pape, licencier l'armée, rétablir partout la garde nationale et supprimer l'institution du mariage. « La France, dit-il, doit être agricole et protestante. »

Une hystérique hallucinée quittera enfin une petite ville de province, arrivera à Paris sans ressources et déclarera qu'elle s'est décidée à soutenir sa candidature féminine. « J'ai lu sur un journal, ajoute-t-elle, qu'il devrait y avoir à la Chambre des députés autant de femmes que d'hommes. »

Plusieurs fois déjà, depuis la mort du fils de Napoléon III dans le Zululand, un jeune homme se disant « le prince impérial » déclarant qu'il n'était pas mort et qu'il avait enfin guéri de ses blessures, est venu réclamer un passeport pour retourner auprès de sa mère, en Angleterre.

Chaque fois qu'un important événement se prépare et que la province émigre à Paris à l'occasion d'une solennité insolite, on peut annoncer d'avance que l'on retrouvera bientôt quelques échos plus ou moins déviés ou plus ou moins affaiblis de cet événement parmi les fausses conceptions de nos malades. Huit jours après les funérailles si grandioses de Victor Hugo, un paysan de la Nièvre accusait l'Angleterre d'avoir payé deux millions le corps de l'illustre poète, et il affirmait que la famille n'avait laissé conduire au Panthéon qu'un « vieux bonhomme en cire ». Il demandait l'intervention immédiate du gouvernement ou une déclaration de guerre. — Au même moment, une femme venait dire que Victor Hugo n'était pas mort, qu'elle en était très sûre et qu'*on le lui avait soufflé dans les oreilles*.

Ces particularités délirantes empreintes de l'une des préoccupations du jour sont susceptibles de conduire aux plus regrettables mystifications. N'a-t-on pas vu, à l'occasion d'un assassinat récent au chemin de fer, un alcoolisé subaigu prétendre qu'il connaissait le meurtrier et que c'était un tel? On arrête et l'on emprisonne un innocent, on se livre à une enquête sérieuse sur cette fausse piste, et lorsque l'on presse un jour le dénonciateur de questions, ce dernier finit enfin par fournir un argument sans réplique : « C'est tellement bien, dit-il, un tel qui a fait le coup, que M. Barrême m'est apparu depuis et qu'il m'a dit *merci!* »

En résumé, les deux points à retenir dans cette leçon, sont les suivants : 1° les commotions politiques et les crises sociales sont loin d'augmenter les cas d'aliénation mentale, mais elles peuvent communiquer passagèrement aux troubles de la raison une couleur spéciale ; 2° les graves émotions publiques peuvent exercer sur les particularités du délire une influence marquée et facilement reconnaissable.

DES LAVEMENTS AU NITRATE D'ARGENT CRISTALLISÉ DANS LA DYSENTERIE INFANTILE.

Par M. le docteur Sorbets, d'Aire (Landes).

Il est vraiment presque banal, aujourd'hui que les modificateurs thérapeutiques sont si nombreux pour combattre cette affection, de rapporter une observation de dysenterie aiguë.

Cependant il est des cas très graves où les moyens ordinaires sont insuffisants; il faut alors avoir recours à des moyens puissants qui, en modifiant l'état local de la muqueuse rectale, amènent la guérison.

F... (Joseph), âgé de quatre ans, enfant très bien constitué et fils de robustes paysans, est pris de dysenterie pendant les chaudes journées de juillet 1885. Selles nombreuses, sanguinolentes; épreintes douloureuses pendant la défécation ; douleur abdominale vive, appétit nul, langue blanche, soif vive, fièvre très forte, plaintes et cris, affaissement général.

Traitement. — Sous-nitrate de bismuth, lavements amidonnés, eau rougie.

L'enfant est pour ainsi dire, nuit et jour, sur le vase.

Pâleur et amaigrissement, cris répétés. L'état du petit malade ne s'améliore pas.

Le vase contient des fausses membranes verdâtres prouvant

l'existence d'ulcérations rectales. On remarque également dans les selles de petits lambeaux détachés de la muqueuse.

Julep gommeux, 120 grammes avec 4 grammes de sous-nitrate de bismuth, 8 grammes d'eau de chaux et une goutte de laudanum, administré par cuillerées à café, de vingt en vingt minutes.

Lavements amidonnés; point d'amélioration.

L'enfant repousse même le bouillon; il prend cependant de l'eau rougie. Son état est très grave et pour ainsi dire désespéré.

Je prescris alors les lavements suivants qui, dans ma pratique, il y a vingt ans, avaient amené une guérison dans les mêmes circonstances :

Nitrate d'argent cristallisé . . 5 centigr.
Eau distillée . . . . 500 grammes.
M. S. A. Usage externe,

pour quatre lavements administrés dans la journée.

Le lendemain, même prescription, ainsi que deux jours après.

Depuis ce nouveau moyen de traitement, tous les symptômes s'amendent et la guérison a lieu rapidement.

OBSÈQUES DE LEGRAND DU SAULLE

Les obsèques de notre si regretté collaborateur et ami ont eu lieu au milieu d'un concours très nombreux de médecins, de magistrats et d'avocats.

Les cordons étaient tenus par MM. Gragnon, préfet de police; le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique; Lebas, directeur de la Salpêtrière; le docteur Falret, médecin de la Salpêtrière; le docteur Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique; le docteur Pouchet, membre de la Société de médecine légale; le docteur Mottet, expert près les tribunaux; le docteur Garnier, médecin adjoint au Dépôt de la Préfecture de police; le docteur Le Gendre, ancien interne des hôpitaux.

Le deuil était conduit par M. Georges Berryer, gendre du défunt, assisté de M. Albert Thiéblin, avocat à la Cour d'appel, et de la rédaction de la *Gazette des hôpitaux*. Suivaient les députations de la Préfecture de police, de l'Assistance publique et des diverses Sociétés savantes auxquelles appartenait Legrand du Saulle.

Six discours ont été prononcés sur la tombe : nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire le discours de M. Lebas qui, au nom de la Salpêtrière, a rendu hommage au médecin dont la vie entière a été l'exemple du dévouement professionnel.

Les discours que nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs diront quels regrets laisse derrière lui M. Legrand du Saulle, quels services il a rendus et la perte que font en lui la science et l'administration.

Discours de M. Gragnon, préfet de police.

Messieurs,

Des voix plus autorisées que la mienne, celles de ses confrères, vous diront la haute science du maître que nous venons de perdre. Je n'ai pas la pensée d'y joindre mon faible témoignage ; mais je ne saurais oublier que le savant que nous pleurons a mis au service de la Préfecture de police pendant une longue partie de sa vie, son temps, son expérience, le fruit de laborieuses études, une autorité incontestée, et au nom de l'administration que je dirige j'apporte sur cette tombe mon tribut de reconnaissance et de regrets au collaborateur infatigable, à l'homme de cœur que nous trouvions toujours prêt à répondre à notre appel quand il s'agissait d'un acte de dévouement à accomplir ou d'une misère à soulager.

Lorsque, après avoir rempli les fonctions de médecin du Dépôt pendant de longues années, M. le docteur Legrand du Saulle fut nommé, le 12 avril 1883, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, il écrivait à mon prédécesseur : « Vous venez de m'appeler à un poste difficile auquel je me prépare depuis quinze ans. » Il se trompait en un point, car, dès 1850, à l'âge de vingt ans, il avait dirigé ses études vers la médecine aliéniste et était entré en qualité d'interne à l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, d'où il passa plus tard à l'asile de Quatre-Mares, puis à la maison nationale de Charenton. Là où il ne se trompait pas, c'est lorsqu'il parlait de la délicatesse des fonctions du médecin en chef de l'Infirmerie spéciale et des lourdes responsabilités qu'elles portent avec elles. Dans une administration où toutes les attributions sont délicates, il n'en est pas de plus délicate en effet que l'application de la loi sur les aliénés. Il est nécessaire que le médecin chargé de statuer sur l'état mental des malades qui y sont conduits quotidiennement et dont la décision, en même temps qu'elle frappe des citoyens dans leur liberté, engage si gravement notre responsabilité, soit un spécialiste éminent, d'une haute valeur scientifique et d'une compétence universellement acceptée. Plus de trois mille malheureux, recueillis dans leurs domiciles ou trouvés sur la voie publique en proie à un accès de folie, entrent chaque année à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Si tous ont donné des marques d'une altération des facultés mentales, ils ne sont pas tous cependant destinés à devenir les pensionnaires des asiles d'aliénés. Quelques-uns ne sont atteints que d'un délire momentané occasionné par un de ces événements de la vie dont le temps fait disparaître le souvenir. A la suite d'une observation attentive dont la durée peut être de plusieurs jours, ceux-là sont rendus à la liberté. Et ce n'est pas un des moindres mérites de l'Infirmerie spéciale que d'éviter à ces pauvres victimes d'une erreur de conduite ou d'un accès de désespoir de franchir le seuil de ce qu'on appelle une maison de fous. Mais le médecin ne borne pas là sa tâche à l'égard des malades de cette catégorie; il a le devoir de les signaler à la Préfecture de police, et celle-ci leur donne assistance et s'efforce par tous les moyens en son pouvoir d'effacer ou d'atténuer la cause du mal. Comprise et dirigée de la sorte, l'Infirmerie spéciale du Dépôt n'est pas seulement une clinique pour le médecin, mais aussi un champ ouvert à l'homme de bien. Il doit apporter dans ses fonctions la promptitude et la sûreté du diagnostic en même temps qu'un respect religieux de la liberté individuelle et le souci constant de la responsabilité morale qui pèse sur celui qui a mission d'en disposer. C'étaient les qualités de M. Legrand du Saulle, et c'est pourquoi il fut appelé à succéder à son illustre maître, le professeur Lasègue.

Les médecins, auxquels incombe la mission délicate et ardue de juger les troubles de l'esprit et de rechercher dans un cerveau, comme sur un clavier, quelle est la note qui détone, ont des procédés divers et qui varient suivant leurs tempéraments. Les uns, à l'exemple de l'illustre professeur Lasègue, se rendent maîtres des résistances de l'aliéné pas une sorte de brusquerie affectueuse qui le surprend, le découvre et le désarme. C'est par une douceur insinuante et par une inaltérable bonhomie que d'autres parviennent à triompher de sa défiance et de sa colère. Cette manière de procéder était celle de M. Legrand du Saulle, et il faut dire qu'il y excellait. Quelle que fût la multiplicité de ses occupations, il arrivait invariablement à la même heure à l'Infirmerie. Là, pendant qu'on amenait devant lui le malade sur lequel il allait avoir à formuler une opinion mûrement pesée et réfléchie, il jetait un regard rapide sur les renseignements fournis par son dossier, puis abordait l'entretien en donnant à sa voix, à ses gestes, à toute sa personne, une allure de bienveillance toute rassurante, et c'était merveille de voir cet homme à la stature athlétique, ce savant éminent dont la notoriété était universelle, montrer auprès de ces déshérités de la raison une souplesse, une patience, une aménité que ne décourageaient ni les violences, ni les outrages, ni les menaces des plus exaltés. Rompu à toutes les difficultés de la clinique mentale, il voyait vite et bien, et ses rapports nets, précis, décisifs, étaient toujours largement motivés.

A ces qualités, il joignait un zèle infatigable, et nous nous séparons de lui sans qu'il ait pris un jour de congé en dix-huit années d'exercice. Quelques heures même avant sa mort, déjà mortellement atteint, mais voulant aller jusqu'au bout de ses forces, il était encore à son poste, et comme on lui en faisait amicalement reproche : « Je n'ai pas, dit-il, le droit de faire défaut. »

Votre souvenir ne lui fera pas défaut non plus, et je suis fier d'être appelé par mes fonctions à lui donner, au nom de mon administration tout entière, ce dernier témoignage d'estime, de reconnaissance et de regrets.

Discours de M. le docteur Falret, médecin de la Salpêtrière.

Messieurs,

En présence de cette tombe, je n'ai pas l'intention de faire un discours ; mon émotion ne me le permettrait pas. Je veux simplement adresser quelques paroles d'adieu au collègue et à l'ami dont nous déplorons tous ici la perte prématurée.

Mêlé à son existence depuis le début de sa carrière médicale jusqu'à sa mort, j'ai suivi pas à pas toutes les étapes de sa vie scientifique, et je considère comme un devoir de rendre ici hommage à sa mémoire.

Son existence, si brusquement interrompue, a été exceptionnellement bien remplie.

Né à Dijon en 1830, il fit de brillantes études au lycée de cette ville et commença d'abord par faire son droit, avant de se destiner à la profession médicale.

Successivement interne dans les asiles d'aliénés de Dijon, de Rouen et de Charenton, il poursuivit dans ces différents établissements ses études médicales, et ses goûts naturels l'entraînèrent alors vers la spécialité des maladies mentales.

Il passa sa thèse en 1856 sur la monomanie incendiaire, et sa vocation spéciale fut dès lors fixée.

Mais, pendant plusieurs années, se trouvant aux prises avec les difficultés de l'existence, il se lança dans le journalisme médical et publia dans la *Gazette des hôpitaux* les leçons du professeur Trousseau.

Depuis lors, il a toujours mené de front l'exercice de la profession médicale et les travaux scientifiques. Il fut d'abord nommé, au Dépôt de la Préfecture de police, médecin adjoint de notre si regretté maître et ami, le professeur Lasègue, qu'il seconda pendant de longues années et auquel il succéda définitivement il y a trois ans.

Par un labeur incessant, une volonté persévérante et une grande énergie de caractère, il s'éleva peu à peu, de degré en degré, dans la profession médicale et finit par arriver enfin à la notoriété, à la réputation et même à la fortune. Il publia de nombreux articles dans les journaux de médecine, des mémoires variés, plusieurs ouvrages couronnés par l'Institut et prit, pendant de longues années, une part active à toutes les discussions qui eurent lieu à la Société médico-psychologique, dont il fut longtemps le trésorier, et à la Société de médecine légale, dont il fut un des fondateurs.

Nommé médecin de Bicêtre en 1867, d'abord dans le service des épileptiques, puis dans celui des aliénés, il passa plus tard, au même titre, à la Salpêtrière, et dans ces divers services il se montra toujours exact et zélé dans l'accomplissement de tous ses devoirs professionnels.

En 1870, pendant le siège de Paris, il fut chargé, à Bicêtre, d'un service spécial de varioleux, et, en compagnie de ses collègues Blachez et Berthier, il montra une activité, un courage et une énergie exceptionnels, au milieu des circonstances les plus difficiles, ce qui lui valut la décoration de la Légion d'honneur. Plus tard, en 1871, pendant la Commune, au Dépôt de la préfecture de police, il eut de nouveau à lutter contre des difficultés sans nombre, dont il a lui-même relaté toutes les péripéties dans un chapitre spécial annexé à l'un de ses ouvrages. Depuis lors, il a toujours continué à travailler, avec une activité qui ne s'est jamais ralentie. Il a publié de nombreux mémoires et plusieurs volumes dont je n'ai pas à parler ici, sur les épileptiques, les hystériques, les maladies cérébrales, les affections mentales et sur la médecine légale des aliénés.

Le travail, telle a été la devise et l'idée dominante de sa vie, et c'est le travail qui l'a tué !

Doué de facultés éminentes, d'une mémoire extraordinaire, d'une grande facilité d'assimilation et d'un vrai talent d'exposition, il a fait des cours publics à l'École pratique et à la Salpêtrière qui ont attiré de nombreux auditeurs et écrit plusieurs ouvrages, qui perpétueront son nom et laisseront une trace durable dans la science.

Nature expansive et sympathique, il attirait à lui par sa bienveillance et son affabilité. Je n'oublierai jamais, pour ma part, nos entretiens familiers, à Bicêtre et à la Salpêtrière, où nous échangions librement et avec un complet laisser-aller, en présence des élèves, nos impressions de chaque jour.

Naturellement bienveillant, il a passé sa vie à se rendre utile à des confrères, à des élèves, à des amis, à des étrangers, à des inférieurs.

Personne ne s'adressait en vain à lui pour lui demander un service, et si tous ceux qu'il a obligés dans sa vie étaient ici présents, le nombre des assistants à cette cérémonie funèbre serait encore plus grand qu'il ne l'est aujourd'hui.

Homme de famille et d'intérieur, il aimait passionnément les siens, dont il était tendrement aimé à son tour, et c'eût été pour lui un bien cruel déchirement si, dans ses derniers jours, il avait dû s'en séparer en ayant la conscience de sa fin prochaine !

Pendant toute l'année dernière, il a travaillé plus que jamais et il a terminé heureusement la seconde édition de son *Traité de médecine légale*. Souvent alors, il était obligé de s'avouer à lui-même que ses forces commençaient à défaillir et il aspirait par moments au repos et à la retraite, mais, bientôt son ardeur pour le travail reprenait le dessus et, dans ces derniers temps, il songeait encore à publier en volume ses leçons cliniques de la Salpêtrière. Malgré la fatigue qu'il commençait à ressentir, il n'hésita pas cependant, au commencement d'avril, à reprendre ses leçons cliniques à la Salpêtrière qui attiraient tous les ans de nombreux auditeurs. Samedi dernier, il y a huit jours, il éprouvait encore plus de fatigue qu'à l'ordinaire et se demandait s'il pourrait faire sa leçon le lendemain. Néanmoins, par un dernier effort de volonté il s'y décida et, dimanche matin, il fit sa dernière leçon sur l'aphasie au point de vue médico-légal, avec autant d'entrain et de succès que jamais. Mais, à peine cette leçon terminée, il se sentit plus faible encore que les jours précédents, se mit au lit avec la fièvre, et trois jours après, mercredi soir, il s'éteignait dans le coma, sans avoir, eu un seul instant, conscience de la gravité de son état. En présence d'une fin si rapide et si inattendue, qui ne se sentirait profondément ému et quel est celui d'entre nous qui pourrait encore compter sur le lendemain.

Adieu, cher collègue et ami, ton souvenir restera toujous profondément gravé dans nos cœurs !

Discours de M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

La Société médico-psychologique, au nom de laquelle je prends ici la parole, est bien cruellement éprouvée depuis quelques mois. Après Amédée Dechambre, un de ses fondateurs, elle a vu disparaître successivement et à quelques semaines d'intervalle, Billod, Édouard Fournié, Bourdin. Aujourd'hui, nouveau jour de deuil. L'implacable mort, par un coup aussi brutal qu'imprévu, enlève à sa famille, à ses élèves, à ses amis, à ses travaux, un de nos collègues, encore tout débordant d'activité, qu'une vie de labeur constant et d'efforts soutenus avait placé parmi les membres les plus éminents de notre spécialité.

Pour étudier la médecine mentale, M. Legrand du Saulle avait

été à bonne école. Interne de Duménil à Dijon, de Morel à Rouen et de M. Calmeil à Charenton, il sut mettre à profit l'enseignement de ces maîtres et acquérir cette habitude de l'observation minutieuse qui fait les bons cliniciens et qu'il devait encore perfectionner dans la fréquentation assidue des leçons de notre vénéré maître, M. Baillarger.

Mais l'étude de la médecine, quelque absorbante qu'elle soit, ne suffisait pas à l'activité du jeune étudiant; il entreprit aussi celle du droit. Dès cette époque, rapprochant des connaissances en apparence étrangères l'une à l'autre, il se traça en quelque sorte le programme de sa vie scientifique. Pendant plus de trente ans, il mit toutes les forces de son esprit au service de cette idée : ouvrir une voie de communication entre la médecine et le droit. C'est la pensée maîtresse du premier volume qu'il publia et qui commença sa réputation. Cette œuvre, *la Folie devant les tribunaux*, date de 1864; elle contient en germe toutes les publications ultérieures du savant médecin légiste. Chacun de ses chapitres devait devenir un livre, et c'est ainsi que nous avons vu paraître successivement et à de très courts intervalles, *l'Étude médico-légale sur les épileptiques*, celle sur *les Hystériques*, le *Traité des testaments contestés pour cause de folie*, celui sur *l'Interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*. Ce n'est ni le lieu ni le moment d'analyser ces nombreux volumes si riches de documents cliniques, de faire ressortir l'esprit pratique qui les a inspirés et, par suite, les services qu'ils ont rendus. Ils sont dans les mains de tous les médecins légistes et dans les bibliothèques de tous les jurisconsultes : n'est-ce pas le plus bel éloge qu'on en puisse faire? On en peut dire autant de ce vaste *Traité de médecine légale*, dont notre regretté collègue publiait, il y a peu de mois, une nouvelle édition. Science profonde, érudition étendue, clarté du style, tout concourt à faire de ce livre le meilleur que la médecine française ait produit en ce genre; et combien se trouve justifié le jugement qu'en portait, dès 1875, l'illustre professeur Bouillaud : « C'est le digne couronnement d'une vie tout entière consacrée à l'étude. »

Parmi les nombreux travaux de M. Legrand du Saulle, il faut accorder une mention spéciale à son excellente étude sur la folie héréditaire et à sa monographie sur le délire de persécution. Reprenant dans cette dernière la belle création du regretté professeur Lasègue, il la développe, en démontre la profonde réalité par de nombreuses observations cliniques et indique les considérations médico-légales qui découlent nécessairement de l'étude de cette forme de folie si curieuse et si fréquente. On ne lit pas sans émotion l'appendice qu'il a joint à ce volume et qui est consacré à l'analyse de l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871. Durant cette période douloureuse de notre histoire, M. Legrand du Saulle ne quitta pas un instant ses fonctions — souvent périlleuses — de médecin du Dépôt de la Préfecture de police. Il raconte ce qu'il a vu en psychologue, en médecin, mais aussi en homme dont le cœur saigne au spectacle des malheurs de la patrie.

Ces nombreuses publications sur des sujets si variés ne suffisaient pas à l'étonnante activité de notre regretté collègue. Pour développer les idées qui lui étaient chères, il joignait à l'enseignement par les écrits celui, non moins fécond, par la parole. Il aimait à professer. Avec quelle joie il voyait revenir, chaque année, l'époque de son cours dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière! Avec quel soin il préparait ses leçons! Avec quelle satisfaction il voyait accourir un nombreux auditoire avide de la parole du maître! Deux jours avant sa mort, on a pu l'entendre encore exposer, du haut de sa chaire, un des problèmes les plus délicats que puisse se poser le médecin moraliste, le mariage des épileptiques.

Le nom de M. Legrand du Saulle restera comme celui d'un travailleur infatigable, d'un écrivain distingué, d'un médecin légiste consciencieux, d'un praticien dévoué à ses malades; mais ceux qui l'ont approché intimement se souviendront aussi de son inaltérable bonté, de sa bienveillance sans bornes, de son active et discrète bienfaisance. Il aimait à faire le bien, et, lorsqu'il s'agissait d'un bonne action, il donnait, sans compter, son temps le plus précieux. Que de malheureux il a secourus! Lorsqu'il s'agissait d'un confrère, surtout d'un jeune médecin entrant dans la carrière, il ne ménageait pas ses conseils, ni ne marchandait ses démarches, heureux lorsqu'il arrivait à son but, lorsqu'il lui facilitait les débuts toujours si difficiles.

Cher maître, ils sont nombreux ceux que vous avez ainsi appuyés de vos conseils et de votre influence; vos bienfaits ont pu tomber parfois sur des ingrats, mais la plupart de ceux que vous avez obligés garderont gravé au fond de leur cœur le souvenir de votre bienveillance, et se répéteront avec douceur cette belle maxime de l'orateur latin, que vous rappeliez naguère en une occasion solennelle : « *Nihil est quod malim quam me gratum esse videri.* »

Au nom de la Société médico-psychologique que vous avez tant aimée, que vous avez honorée par vos travaux et par votre vie si bien remplie, je vous adresse, cher collègue, nos suprêmes adieux. Puissent ces témoignages de notre profonde affection porter quelque adoucissement à la douleur déchirante de la femme et des enfants qui vous pleurent, et qui perdent en vous le cœur le plus tendre, le plus généreux et le plus dévoué.

Adieu, cher maître et ami, adieu!

Discours de M. Pouchet, au nom de la Société de médecine légale.

Messieurs,

La Société de médecine légale de France m'a fait l'honneur de me désigner pour adresser à notre collègue un dernier adieu. Ce n'est pas sans une profonde tristesse que je vais essayer de m'acquitter de cette tâche.

Depuis quelques années, la science française est durement éprouvée. Il semblerait que le destin jaloux frappe de préférence ceux qui ont consacré toutes leurs forces à pénétrer les secrets de la nature et à dévoiler le jeu de ces affinités mystérieuses dont l'intelligence humaine est insatiable.

Mais la science est immortelle et progresse toujours. Des cohortes nouvelles se pressent pour remplacer les victorieux terrassés à la longue par la grandeur de la lutte. Les aînés succombent, laissant aux jeunes l'exemple de leurs vertus et le sillon lumineux tracé dans l'arène par toute une vie de labeur.

Une vie de labeur! Telle fut en effet celle de notre éminent collègue et ami Legrand du Saulle.

Il débuta par l'étude du droit. Séduit bientôt par l'attrait de ces questions, presque insondables alors, dans lesquelles on commençait à envisager bien des criminels comme des êtres entachés d'une tare cérébrale, il entreprit avec ardeur l'étude de la médecine en s'adonnant plus spécialement aux affections du système nerveux.

De plus autorisés que moi vous diront son œuvre dans cette branche des sciences médicales. La Société médico-psychologique dont il fut autrefois le président, a tenu à honneur de retracer les progrès accomplis par ses travaux.

Que de recherches patientes, d'investigations laborieuses, que de faits groupés avec une rare sagacité dans son ouvrage de *la Folie devant les tribunaux* paru en 1864. Que d'admirables pages dans les publications qui suivirent et qui resteront comme un point de départ et un modèle pour les études de pathologie mentale.

Le Délire des persécutions, la Folie héréditaire, la Folie du doute avec délire du toucher, l'Étude clinique sur la peur des espaces, les Signes physiques des folies raisonnantes, les Hystériques, sont des travaux justement remarqués et dans lesquels Legrand du Saulle se montre aussi fin observateur que critique judicieux.

Que dire de son enseignement à la Salpêtrière? Tous ceux qui ont suivi ces leçons gardent présents à la mémoire la verve éloquente du professeur, le profond savoir de l'aliéniste, la lucidité et la rectitude de jugement du clinicien.

Membre fondateur de notre Société, il apporta à sa création toute l'ardeur qu'il déployait dans l'étude des choses pour lesquelles il s'était passionné. Son œuvre, au point de vue de la mé-

decine légale, n'est pas moins importante qu'au point de vue clinique.

Les tribunaux réclamaient constamment le concours de sa grande expérience et ses ouvrages spéciaux, études médicolégales : sur *les épileptiques*, sur *les testaments contestés pour cause de folie*, sur *l'interdiction des aliénés et le conseil judiciaire*, font actuellement loi en ce qui concerne ces questions.

Combien j'étais loin de me douter, lorsqu'il me fit l'honneur de me demander ma collaboration pour la dernière édition de son *Traité de médecine légale*, que j'aurais à si bref délai la douloureuse mission de retracer ses travaux en même temps que sa vie, si courte pour tant de travail accompli !

C'est au milieu de nouvelles recherches, en pleine activité, que la mort est venue le surprendre, frappant en aveugle le savant aux conceptions hardies, l'ami fidèle et dévoué.

Nous garderons tous au fond du cœur le souvenir du savant en même temps que celui de l'homme affable dont tous ceux qui l'approchaient ont pu apprécier le charme et la valeur.

Discours de M. le docteur Paul Garnier, au nom de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police.

Messieurs,

Le savant éminent, le maître aimé que la mort, dans ses inexorables rigueurs, vient de frapper brutalement, a tenu des emplois multiples et il les a occupés tous avec éclat. Mais j'ose dire que, nulle part, il n'a plus brillamment marqué la trace de son passage qu'à cette Infirmerie spéciale du Dépôt où sa fin si soudaine, si prématurée, a causé une douloureuse émotion et des regrets bien vifs dont je voudrais pouvoir traduire toute l'étendue.

Il y a quelque vingt ans, son illustre prédécesseur, le professeur Lasègue, obéissant à l'un de ces mouvements empreints de la plus généreuse spontanéité, si fréquents dans sa vie, et voulant donner une preuve particulière d'estime à celui qui avait si fidèlement reproduit, dans la *Gazette des hôpitaux*, les leçons cliniques de son maître Trousseau, le fit entrer au Dépôt de la Préfecture de police et lui ouvrait ainsi la carrière qu'il a si vaillamment parcourue. Legrand du Saulle se plaisait à le proclamer, de même qu'il aimait à dire que la plus grande partie des documents cliniques qui lui ont servi pour l'édification de son œuvre si considérable, avaient été puisés dans ce service de l'Infirmerie spéciale, ce champ d'observation si vaste et si varié, où se rencontrent tant de misères pathologiques et où aboutissent tant d'aventures cérébrales. Combien ferme, courageuse et digne fut son attitude en 1871, ses biographes l'écriront ; ce sera l'une des plus belles pages de son histoire.

Je n'essaierai point de dresser le catalogue de ses nombreux travaux qui vous sont tous présents à la mémoire ; je veux seulement rappeler que, pendant trente années, il a mis sa prodigieuse activité au service d'une idée qui a dominé toute sa vie scientifique : familiariser le médecin avec les formules du droit et fournir au magistrat, comme à l'avocat, d'utiles données pour l'élucidation des problèmes de la médecine légale et de la clinique mentale.

Le succès de ses ouvrages a suffisamment montré combien ses visées étaient justes et combien féconde devait être cette entreprise à laquelle il était tout spécialement préparé par de fortes études juridiques. Mais quel immense labeur et quel merveilleux talent d'assimilation il lui a fallu pour la mener à bonne fin !

C'était un travailleur infatigable, se maintenant constamment en haleine. En dépit des nombreuses occupations qui le sollicitaient de toutes parts, il était toujours prêt lorsqu'on venait faire appel à son bon vouloir, à son extrême bienveillance. Il aimait, par-dessus tout, à rendre service ; il ne se dérobait point par des phrases banales, mais embrassait de suite, avec ardeur, la cause de celui qui venait réclamer auprès de lui aide et protection. Parvenu au faîte et à l'apogée de la renommée, il acceptait toutes les charges et toutes les responsabilités d'un service extraordinairement actif avec cette bonne grâce, cet entrain, cette belle humeur qu'il apportait en tout.

Depuis deux ans environ, sa robuste santé à laquelle il avait tant demandé, avait paru fléchir. C'était un avertissement, il ne l'écouta pas !

Malgré les prières des siens, malgré les conseils d'amis éclairés, il ne voulut point tenir compte de ce qu'il considérait comme des défaillances passagères.

Emporté par sa fièvre de travail et toujours aussi épris de sa chère science, il ne se ménagea point et se prodigua, au contraire, sans merci. Vous le savez, Messieurs, la veille de sa mort encore il payait bravement de sa personne. Secoué par le frisson et ne pouvant se soutenir qu'avec peine, il faisait dimanche dernier son cours à la Salpêtrière. Il y fut brillant, comme de coutume ; mais cet effort héroïque le terrassa et lui coûta la vie.

A celui qui lui reprochait affectueusement d'avoir tenté plus que ne permettaient les forces humaines, il répondit simplement, comme le rappelait éloquemment à l'instant M. le Préfet de police : « Je ne pouvais faire défaut. »

C'est ainsi qu'il est mort : frappé debout, en pleine lutte scientifique et n'ayant pas fait un pas pour la retraite.

Et maintenant, cher maître, vous voilà immobile et glacé, vous hier encore si plein de vie, si actif, vous voilà, suivi par tous nos regrets et les témoignages de notre reconnaissance, dans le champ de l'éternel repos. Comme ce mot jure avec toute votre existence si remplie ! Il a fallu la mort pour l'allier à votre nom. Celui-ci, du moins, revivra dans vos œuvres comme il restera gravé dans nos cœurs. Puisse toute cette illustration attachée à votre mémoire, puisse cet immense concours de sympathies apporter quelque apaisement à la douleur de la compagne si dévouée de votre vie et de vos chers enfants que vous avez tant aimés !

Discours de M. Le Gendre, au nom des anciens élèves de M. Legrand du Saulle.

Messieurs,

Les voix les plus autorisées de ses collègues viennent de vous rappeler ce qu'était M. Legrand du Saulle comme aliéniste et comme légiste. C'est à moi que le désir de sa famille et de ses élèves a confié le soin de vous dire en quelques mots ce qu'il était comme maître et comme chef d'un grand service d'hôpital.

Ayant eu l'honneur d'être attaché comme interne au service des épileptiques et hystériques aliénées qu'il dirigeait à la Salpêtrière, je puis vous apporter le témoignage du dévouement et de l'habileté avec lesquels il s'acquittait de cette tâche ; j'ai pu voir avec quelle précision il portait son diagnostic et avec quelle habileté il instituait le traitement.

Aucun de vous n'ignore qu'il a été un des premiers en France à démontrer les ressources considérables qu'on peut obtenir dans le traitement des épileptiques par la médication bromurée, lorsqu'on la manie comme il savait le faire. Mais je veux insister sur l'exceptionnelle bonté qu'il témoignait pour ses malades.

Parmi les malades qui composent la section Esquirol se trouve un grand nombre de toutes petites filles, ce n'est pas dire une phrase banale qu'il se comportait comme un père pour toutes ces pauvres déshéritées, et rien n'était plus touchant que de l'entendre adoucir, pour les interroger sur leur santé et leurs progrès à l'école, les éclats de cette voix mâle qui retentissaient si brillamment au prétoire.

Je veux dire aussi que c'était un maître exceptionnel pour ses internes. Au 1er janvier de chaque année, il tendait la main au nouveau venu avec une telle cordialité que celui-ci se sentait conquis dès la première visite.

Puis, la connaissance faite, il s'informait discrètement des plans d'avenir, des ressources et des ambitions secrètes ; peu à peu l'intimité s'établissait, on devenait vraiment son second et son collaborateur ; un jour il vous introduisait à son foyer ; l'interne, disait-il souvent, fait partie de la famille ; et quand on avait eu l'honneur d'être reçu dans sa maison, avec une cordialité si

simple, on comprenait qu'en parlant ainsi, il ne disait pas une de ces phrases que dicte la politesse.

Plus tard, on avait beau être séparé de lui par la divergence des situations, on savait qu'il gardait le souvenir toujours vivant de votre passage dans son service, et qu'il s'associait de loin à vos joies comme à vos déceptions. Avait-on besoin d'un conseil ou d'un service, on n'avait qu'à frapper à sa porte pour retrouver toujours le même accueil chaleureux. Il n'est pas un de ses anciens internes qui n'ait eu des preuves réitérées de son ingénieuse et délicate bonté.

Ces souvenirs me sont cruels à évoquer, Messieurs; car, après avoir éprouvé les sentiments que je vous retrace, après avoir été son interne et être demeuré son ami, je recevais, il y a moins d'une semaine, cette terrible et dernière marque de sa confiance, d'être pour la première fois consulté par lui au sujet de sa santé, et j'avais la douleur de constater ce que l'œil le moins exercé pouvait voir, la marque d'une fin inexorable et prochaine imprimée sur son visage.

Un des plus éminents professeurs de la Faculté, dont l'autorité est sans égale quand il s'agit de la maladie dont mourait notre pauvre maître, venait confirmer, auprès de la famille atterrée, la fatalité du pronostic et l'impuissance de la thérapeutique à cette période. Et, peu après, mon maître s'éteignait doucement, sans souffrance, quittant la vie sans en avoir conscience, en nous laissant désespérés de notre impuissance à conserver à la science ce travailleur infatigable et, à sa famille qui l'adorait, ce chef qui en était l'orgueil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 mai 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe, MM. les docteurs Delétang, Chaput, Cravin, Le Large, Durian, Lutrand, Beaucard, Matringheen et Baroux.

— Par décret, en date du 7 mai 1886, M. Claverie, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Concours de l'agrégation.* — Deux concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 1er juin 1886, à cinq heures du soir.

1° Le premier, pour la nomination à neuf places d'agrégé dans la section des sciences physiques (physique, chimie et toxicologie). Les candidats, au nombre de quatorze, sont : MM. les docteurs Borel (Joseph), Chevy (Eugène), Fauconnier (Adrien), Laulling (Eugène) et Villejean (Eugène), de l'Académie de Paris ; Morelle (Émile) et Thibaut (Louis), de l'Académie de Douai ; Didelot (Léon), Florence (Albert) et Guérin (Gabriel), de l'Académie de Lyon ; Hugounenq (Louis), Lauret (Magloire) et Malosse (Théodore), de l'Académie de Montpellier ; Leroy (Arthur), de l'Académie de Nancy.

2° Le second, pour la nomination à douze places d'agrégé dans la section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. Les candidats, au nombre de vingt-deux, sont : MM. les docteurs Assaky (Georges), Genevoy (Marie), Gley (Émile), Guinard (Aimé), Martin (Hippolyte), Mougenc de Saint-Avid (Marie), Poirier (Julien), Princeteau (Laurent), Quenu (Alfred), Retterer (Édouard), Tapie (Joseph) et Variot (Félix), de l'Académie de Paris ; Ferré (Paul) et Nabias (Napoléon), de l'Académie de Bordeaux ; Barrois (Charles) et Colas (Charles), de l'Académie de Douai ; Jabouley (Mathieu) et Rodet (Joseph), de l'Académie de Lyon ; Gilis (Antoine), de l'Académie de Montpellier ; Guillemin (François), Nicolas (Adolphe) et René (Albert), de l'Académie de Nancy.

— MM. les médecins du VIIIe arrondissement de Paris sont informés que, le lundi 31 mai 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— MM. les docteurs Laval, membre de l'Académie de Vaucluse, et Parant, secrétaire de la Société de géographie de Toulouse, sont nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur Jarjavay est nommé chirurgien adjoint au Collège Rollin (emploi nouveau).

— M. le docteur Ragout est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Langres.

— M. le docteur Labat, professeur aux Écoles de médecine et vétérinaire de Toulouse, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Toulouse.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Traill est maintenu dans ses fonctions de chef de clinique chirurgicale, jusqu'au 31 octobre 1886.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur François est nommé pour six ans chef des travaux pratiques de physiologie.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques à la Salpêtrière sur les affections chirurgicales de l'abdomen et les organes génitaux de la femme, le mercredi 12 mai, à 10 heures, et les continuera les mercredis suivants. Opérations le samedi.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 16 mai 1886, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

— M. le docteur Quinquaud commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau le mercredi 19 mai, à quatre heures de l'après-midi, à la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— *Muséum.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus de l'homme et des animaux auront lieu tous les jours, de midi à cinq heures, 55, rue de Buffon, au laboratoire d'histologie zoologique, sous la direction de M. le professeur G. Pouchet.

Tous les samedis, à quatre heures de l'aprés-midi, conférence d'histologie avec démonstration, sur les organes des sens.

Les élèves doivent se faire inscrire au laboratoire, auprès du moniteur, M. E. Bovier-Lapierre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. in-8° raisin de 1700 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* — Prix : 27 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Quarante ans de pratique médicale (1838-1876), par M. le docteur Michalowski. In-8°, 1886. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Coccoz.

Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. Valeur seméiologique des nodosités de Bochard, par le docteur Paul Le Gendre, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 200 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Pathogénie des atrophies musculaires, par le docteur Parisot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19526.

97

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les ph^ies^.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

9

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

23

GOITRES, GLANDES, SCROFULES

Diminuent dès les premières applications et guérissent par l'emploi du véritable **Sirop de Bochet Iodé** et la **Pommade Résolutive de Bertrand aîné.** Les attestations de guérison reçues sont la meilleure preuve de l'efficacité de ces deux remèdes. — Ph^ie^ Bertrand aîné, Hantzer successeur, 21, place Bellecour, à Lyon.

39

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

35

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**
Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tont spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1 fr. 50** dans toutes les pharmacies.
GERAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

49

La Direction de la Source amère purgative *de*

FRANÇOIS-JOSEPH

A BUDAPEST

*a l'honneur de soumettre à MM. les Médecins l'*ANALYSE COMPARATIVE CI-DESSOUS, *en les priant de prescrire comme essai, s'ils ne l'ont déjà fait, cette eau, qui se trouve chez les Pharmaciens et Marchands d'Eaux minérales, sous le nom de* FRANÇOIS-JOSEPH.

Par litre.	Sulf. de magnésie.	Sulf. de soude.
FRANÇOIS-JOSEPH . . .	21^gr^,60	20^gr^,70
HUNYADI-JANOS	16^gr^,01	15^gr^,91

Paris, 16 mai 1878. Eug. BOUTMY.

24

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. f^g^ St-Denis, Paris et ph^ies^.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

39

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

27

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

23

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.*
Pharmacie A. ROY,
3, rue Michel-Ange,
Paris, et pharmacies.
Exiger la signature ci-contre.

A. Roy

46

POUDRE TONI-DIGESTIVE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

CONTRE : *Dyspepsies acides et flatulentes.*
Gastralgies, Gastrites.
Vomissements, Diarrhées chroniques.

Une cuillerée à café avant les repas.
Sur demande, envoi franco à MM. les Médecins.
Ph^ie^ A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, ph^ien^, 41, B^rd^ Haussmann et t^tes^ ph^ies^.

19

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou bandelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu de Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle. . . .	(n° 1)	p^r^ enfants :	7^c^ 1/2
Grand modèle. . . .	(n° 2)	p^r^ enfants :	9^c^ 1/2
Modèle supérieur . .	(n° 3)	p^r^ adultes :	12 cent.
Grand modèle supér^r^.	(n° 4)	p^r^ adultes :	15^c^ 1/2

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 c^gr^. . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*
Ph^ien^ ✱, 2 bis, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

210

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Gautier, ainsi qu'il s'y était engagé, a répondu aux dernières argumentations de M. Béchamp qui s'adressaient plus particulièrement à l'objet de ses recherches. Le débat, sur ce point du moins, nous paraît quant à présent terminé. Les faits établis par M. Gautier restent debout, attendant leur complément et le développement ultérieur de leurs applications à la physiologie et à la pathologie.

Nous n'en pouvons pas dire autant de la théorie des microzymas de M. Béchamp. Quelque ingénieuse qu'elle soit et de quelque talent que son auteur ait fait preuve en la défendant, elle reste à nos yeux à l'état d'hypothèse, tant qu'il ne l'aura pas étayée des preuves et des démonstrations expérimentales qu'on lui demande. Vu cette mise en demeure de faire ces expériences et d'administrer ces preuves devant la commission nommée à cet effet, aujourd'hui même, par l'Académie, nous ne pouvons qu'attendre qu'il s'exécute. La parole est maintenant aux faits.

L'élection qui a eu lieu au commencement de la séance a eu pour résultat la nomination, à la presque unanimité, de M. Trasbot dans la section de médecine vétérinaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Ablation des tumeurs fibreuses ou myomes du corps de l'utérus par la voie vaginale.

Il est généralement admis que les tumeurs fibreuses de l'utérus sont compatibles avec l'existence, et qu'il n'y faut toucher que lorsqu'elles produisent des désordres graves, et surtout lorsqu'elles atteignent un volume considérable. Cette manière de voir est fondée sur ce qu'elles sont communes, que bon nombre de malades en souffrent peu et que leur marche est habituellement lente, surtout chez les femmes qui arrivent à la période de la ménopause. Les chirurgiens qui voient un grand nombre de ces malades ne partagent pas toutes ces illusions ; ils sont appelés à constater que les tumeurs fibreuses qui rendent la vie intolérable et même celles qui abrègent considérablement l'existence sont beaucoup plus fréquentes qu'on serait tenté de l'admettre.

Quant à nous, dont l'expérience est déjà longue, après avoir vu ce que produisent de désordres et ce que deviennent ces tumeurs, nous sommes arrivé à cette conclusion que le chirurgien qui parviendrait, dès le début, lorsqu'elles sont petites et peu nombreuses, à enlever ces tumeurs sans faire courir de dangers aux malades, rendrait plus de services à l'humanité que tous ceux qui s'ingénient à perfectionner les méthodes opératoires pour enlever ces tumeurs lorsqu'elles ont atteint un grand volume. Depuis quelques années déjà nous sommes entré résolument dans cette voie en n'abordant, bien entendu, en raison de la responsabilité qui nous incombait, que les tumeurs qui produisaient des troubles fonctionnels de nature à abréger l'existence à bref délai. Nos efforts ont été couronnés de succès qui ont dépassé nos espérances, et nous ferons connaître aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus de l'ablation de ces tumeurs par la voie vaginale.

Nous ne parlerons pas des tumeurs qui sont petites, sous-muqueuses, pédiculées. Dans ce cas, en effet, elles favorisent l'ouverture spontanée du col de l'utérus, l'introduction du doigt et du cathéter explorateurs et l'application de la ligature ou de l'excision après pincement, suivant les règles que nous avons souvent posées dans nos cliniques.

Nous ne parlerons que des tumeurs interstitielles et ne faisant dans la cavité du corps de l'utérus qu'une saillie large, convexe, sessile. En pareil cas, lors même que le col serait assez entr'ouvert pour permettre l'introduction du doigt, il est impossible de les lier. Il n'y a plus d'autres ressources que de recourir à l'ablation par morcellement.

La plupart des tumeurs fibreuses qui prennent naissance dans le corps de l'utérus passent inaperçues pendant leur première période. Ce n'est qu'au moment où elles font saillie au-dessus du pubis qu'elles sont reconnues. Mais il en est un certain nombre qui, sans être volumineuses, donnent naissance à des douleurs, des hémorrhagies et des symptômes de compression du côté de la vessie ou du rectum, tellement intenses qu'elles compromettent l'existence. En pareil cas, elles appellent de bonne heure l'attention du

chirurgien, qui en tenant compte de leur siège, de leur forme et de leur consistance, en fait le diagnostic avec précision. Il commence alors par prescrire les moyens médicaux les plus propres à combattre les symptômes fâcheux et à enrayer les progrès de la tumeur. Mais s'il n'y parvient pas et si ces symptômes deviennent menaçants, il procède à leur ablation par la gastrotomie.

Lorsque les tumeurs fibreuses interstitielles font assez de saillie dans la cavité de l'utérus, voici comment nous les morcelons. Par l'ouverture du col dilaté naturellement ou artificiellement, ou incisé, nous saisissons la surface de la tumeur avec les pinces que nous avons fait construire dans ce but par Mathieu. Ces pinces la saisissent aussi près que possible de la tunique musculaire. Elles écrasent les vaisseaux qui, de cette tunique, se rendent à la tumeur et à la muqueuse qui la recouvre; dès que la première pince est appliquée, on procède au morcellement et à l'énucléation des parties qu'elle a saisies; ceci fait, on met une autre pince semblable audessus de la précédente, pour enlever une seconde portion de la tumeur, puis successivement une troisième et ainsi de suite jusqu'à ce que toute la masse morbide ait pu être énucléée par fragments. Au besoin, une ou deux de ces pinces restent en place, si cela est nécessaire, pendant quelques heures, pour assurer l'hémostase. Grâce à ce procédé, nous avons pu enlever, à maintes reprises, dans notre pratique de l'hôpital et de la ville, des tumeurs qui remontaient jusqu'au-dessus de l'ombilic. Mais pour que ce procédé soit applicable, il faut que la tumeur fasse dans la cavité du corps de l'utérus une saillie assez nette pour que les pinces puissent aisément en saisir les contours.

Lorsque les tumeurs fibreuses interstitielles font dans la cavité utérine des saillies trop peu considérables pour permettre au chirurgien d'en faire le pincement, il ne doit pas pour cela renoncer à l'intervention par la voie vaginale, si la tumeur n'est pas trop volumineuse pour pouvoir être extraite par cette voie. En pareil cas, il lui reste la ressource, ou bien d'enlever l'utérus en même temps que la tumeur, ou bien d'enlever la tumeur seule. Nous avons montré (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 636) comment il faut procéder en pareil cas pour faire l'ablation totale de cet organe par le vagin, lorsqu'il est le siège de tumeurs bénignes ou malignes qui l'exigent. Nous avons insisté, en passant, sur la possibilité d'enlever par cette méthode des fibromes relativement volumineux, remontant à l'ombilic par exemple, grâce à notre procédé de morcellement. Il n'est donc pas nécessaire d'y revenir ici. Mais on conçoit que toutes les fois que cela est possible, il est plus avantageux d'enlever la tumeur seule ou bien de n'enlever, en même temps qu'elle, qu'une portion de l'utérus, le col en particulier.

Les procédés qui nous ont le mieux réussi en pareil cas sont de deux ordres. Dans l'un, après avoir disséqué le col de l'utérus sur toute sa périphérie et l'avoir coupé latéralement de chaque côté, de façon à pénétrer sans obstacle dans l'intérieur de la cavité utérine, nous avons mis à nu la tumeur par l'intérieur de l'organe et nous l'avons énucléée, sans danger d'hémorrhagie, grâce au pincement des vaisseaux fait avec nos longues pinces ordinaires. Dans l'autre procédé, lorsque la tumeur au lieu de se porter du côté de la cavité utérine se porte vers l'extérieur, dans les cloisons vésico ou recto-vaginales, ou même dans la cavité du péritoine à la manière des fibromes sous-séreux, nous procédons autrement : après avoir disséqué circulairement le col de l'utérus sur tout son parcours et l'avoir coupé sur les deux côtés, de façon à pouvoir mieux l'explorer et à pouvoir mieux le saisir avec des pinces fortes pour l'abaisser, nous disséquons également les tissus qui doublent la partie inférieure du col de l'utérus, en ouvrant au besoin la cavité péritonéale du côté où le fibrome est le plus développé et le plus rapproché du champ de l'opération. Il faut avoir soin, bien entendu, pendant ce temps de l'opération, de s'aider de nos rétracteurs coudés, de nos pinces hémostatiques, et de ménager le rectum, les uretères et la vessie. Lorsque la surface inférieure la plus accessible de la tumeur fibreuse est ainsi mise à nu, nous ne craignons pas de l'inciser profondément, puis d'en saisir les parties latérales avec des pinces dentées qui nous servent à les écarter l'une de l'autre et à les abaisser. Les tractions exercées en même temps sur le col de l'utérus facilitent également cet abaissement. Dès que l'intérieur de la tumeur est mis à découvert, nous procédons à son évidement par morcellement en nous aidant des pinces, du bistouri et des ciseaux. Nous sommes arrivé de la sorte à extraire des fragments, dont l'ensemble dépassait le volume d'une tête de fœtus à terme. Lorsqu'une partie importante de l'intérieur de la tumeur a été ainsi extraite, grâce aux tractions exercées sur les pinces appliquées latéralement sur les enveloppes, la portion supérieure de la tumeur se laisse abaisser à son tour et, par l'énucléation, finit par être attirée tout entière au dehors. Chez certaines malades cette portion finale, que nous entraînions en quelque sorte en bloc, avait elle-même le volume d'une tête de fœtus à terme. Lorsque la masse morbide présente un pareil volume, presque toujours la loge intra-musculaire qui la contenait et qui se trouve largement ouverte, communique avec l'intérieur de l'utérus et du péritoine et saigne assez abondamment pour qu'il soit utile de pincer les vaisseaux importants; ce temps de l'opération s'exécute assez bien, grâce à la dissection de toute la partie inférieure de l'utérus qui permet de mobiliser cet organe et de l'attirer près de la vulve. Si cela est nécessaire, pour faciliter ce temps de l'opération, on peut au besoin exciser les deux lèvres du col de l'utérus, quitte à suturer ensuite ces dernières aux lèvres de la plaie faite à la muqueuse des culs-de-sac vaginaux. Nous faisons habituellement cette suture avec des fils métalliques percés à l'aide de notre chasse-fil. Quant à la communication qui existe avec la cavité péritonéale, nous la rétrécissons également par des points de suture métallique à anses séparées, et si nous craignons que nos pinces appliquées sur les vaisseaux n'aient pas suffisamment assuré l'hémostase sur quelques points de la loge qui contenait la tumeur, nous laissons au besoin à demeure, pendant plusieurs heures, quelques-unes de ces pinces, d'autant plus volontiers que nous préférons ne pas fermer complètement l'ouverture péritonéale, afin de mieux assurer l'écoulement des liquides qui pourraient y avoir pénétré.

Nous avons appliqué plusieurs fois avec succès cette nouvelle méthode d'hystérectomie ou de myomotomie vaginale et elle nous a donné les meilleurs résultats.

En voici un nouvel exemple :

Observation. — Mme V..., âgée de quarante-deux ans, pâle, très amaigrie, vient nous consulter à l'hôpital, en mars dernier, pour une tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus, qui produit des hémorrhagies inquiétantes et qui comprime le rectum au point de produire des symptômes d'étranglement interne. Le

toucher vaginal et le toucher rectal combinés avec le palper hypogastrique nous font reconnaître que la tumeur est unique et remonte presqu'à l'ombilic et aux fosses iliaques. En raison de son siège, il eût été aussi difficile que périlleux de chercher à la mettre à nu par l'hypogastre en refoulant les intestins et de l'extraire par cette voie en même temps que le corps de l'utérus. Il était indiqué, au contraire, de tâcher de l'enlever par le vagin. Pour y parvenir, nous soumettons la malade à l'anesthésie; puis, la plaçant dans le décubitus latéral gauche, nous faisons entrebâiller le plus possible le vagin avec nos rétracteurs coudés, et nous le détachons sur tout le pourtour des faces postérieure et latérale du col jusqu'au cul-de-sac de Douglas, que nous ouvrons. Ce temps de l'opération aurait donné beaucoup de sang, si nous n'avions fait usage de nos longues pinces hémostatiques.

Comme la tumeur descendait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, sa partie inférieure se trouva mise à nu du même coup, et nous reconnûmes qu'elle était trop solidement enclavée pour pouvoir s'abaisser. Plaçant donc la malade dans le décubitus dorsal, nous détachâmes le vagin de la partie antérieure du col et du corps de l'utérus, jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal antérieur, que nous eûmes soin de ne pas ouvrir, et nous fîmes la section bilatérale du col dans toute sa hauteur. Celui-ci avait le double de son volume normal, et la cavité du corps de l'utérus agrandi était longue de 15 centimètres.

Nous reconnûmes que cet allongement était dû à la présence du fibrome qui faisait cependant moins de saillie de ce côté que du côté du péritoine. Lorsque l'utérus fut ainsi détaché, il nous fut possible de le mobiliser et de l'abaisser, en saisissant les lèvres dans toute leur épaisseur avec des pinces longues à mors arrondis et dentés. Nous vîmes alors la partie inférieure de la tumeur s'abaisser assez pour qu'il nous fût possible de la couper profondément sur son milieu avec le bistouri.

Dès que cette ouverture est faite, je saisis chaque moitié de la tumeur avec mes fortes pinces à hystérectomie, à mors carrés et dentés; à l'aide de ces pinces, j'abaisse encore plus la tumeur, dont j'évide l'intérieur sans avoir de sang, avec des ciseaux, des bistouris et des pinces fenêtrées à bords tranchants de mon modèle.

J'enlevai ainsi par morcellement la moitié de la tumeur, non sans peine, car ce temps de l'opération exigea une heure de travail; ceci fait, j'excisai la moitié inférieure de la capsule d'enveloppe, et je saisis avec les pinces les portions sus-jacentes; à l'aide de tractions bien combinées je finis par énucléer et par attirer en dehors la moitié supérieure de la tumeur qui vint en entier, et qui avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Dès que cette tumeur fut extraite, je vis que, non seulement elle s'était creusé une vaste loge dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus hypertrophié autour d'elle, mais encore qu'elle remplissait le cul-de-sac de Douglas, qui se trouvait ainsi largement ouvert. Nous vîmes aussi qu'elle faisait saillie dans la cavité utérine, dont la muqueuse était amincie et ulcérée par places. La loge musculaire qui la contenait revint brusquement sur elle-même; elle aurait donné beaucoup de sang par de nombreux vaisseaux sanguins, surtout veineux, dont quelques-uns avaient un volume considérable, si je ne m'étais hâté de les pincer. Pour mieux faire ce pincement, j'excisai le col de l'utérus dont les deux moitiés d'ailleurs avaient été violentées par les tractions, puis je suturai les lèvres de la section faite au niveau du corps avec celles du vagin, en avant et en arrière, au moyen d'anses métalliques séparées conduites avec notre chasse-fil. Je liai ensuite toutes les grosses veines, que j'avais saisies avec les pinces, sans trop de difficultés, et j'eus soin, en terminant les sutures, de laisser au fond du vagin un orifice étroit, régulier, suffisant pour permettre aux liquides du péritoine de s'écouler. Le vagin fut ensuite lavé avec le sublimé, comme nous avions eu soin de le faire avant de commencer l'opération, puis bourré avec la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes; il n'y eut pas de fièvre, pas de troubles digestifs, et, les jours suivants, la température ne s'éleva pas au delà de 37 degrés et le pouls au delà de 80. Le douzième jour, nous retirions les fils métalliques et le quinzième, la malade pouvait retourner chez elle.

Cette opération, à moins que la tumeur soit trop volumineuse et qu'il ne faille, pour la compléter, la faire suivre de l'hystérotomie sus-pubienne, est peu dangereuse; malgré sa durée, qui est nécessairement un peu longue, en raison du peu d'espace par lequel il faut agir.

Ce peu de danger s'explique si l'on songe que l'intérieur de la tumeur contient peu de vaisseaux, ce qui permet de le vider sans danger d'hémorrhagie; que les mouvements de traction se font dans la même direction que ceux qui se font physiologiquement au cours des accouchements, c'est-à-dire dans un sens très naturel; qu'il est facile, lorsque la tumeur est enlevée, de faire l'hémostase avec nos longues pinces, en saisissant les vaisseaux de la périphérie, et si l'on songe aussi que la plaie péritonéale est située dans un lieu déclive tout spécialement favorable à l'écoulement des liquides, comme à l'application des pansements et des injections antiseptiques.

Aussi croyons-nous que cette méthode est appelée, comme l'hystérectomie totale, que nous avons appliquée le premier à l'ablation des petites tumeurs de l'utérus, à rendre de grands services. Nous ne craignons même pas d'ajouter qu'elle finira peut-être par renverser les données du problème posé par bon nombre de chirurgiens, qui estiment qu'on ne doit entreprendre l'ablation des tumeurs interstitielles et sous-séreuses du corps de l'utérus que lorsqu'elles sont extrêmement volumineuses; cette opinion tient sans nul doute à ce qu'ils ne connaissent que l'ablation de ces tumeurs par la voie abdominale, que nous avons mise en vogue un des premiers, et ils invoquent avec raison les dangers que fait courir cette méthode. Malgré les nombreux perfectionnements apportés dans ces dernières années, les chirurgiens préfèrent abandonner les malades, au risque de les laisser en proie à des souffrances inutiles, à des inflammations ou à des hémorrhagies inquiétantes. Pour combattre ces dernières, quelques-uns d'entre eux n'ont-ils pas été jusqu'à conseiller et même jusqu'à pratiquer la castration double des malheureuses femmes affectées de tumeurs semblables, aveu pénible de leur impuissance! Or que de fois déjà nous avons guéri, en enlevant uniquement le myome, des femmes auxquelles cette opération avait été proposée comme étant l'unique ressource! que de fois, chez d'autres auxquelles nous avions enlevé un ou deux ovaires kystiques, n'avons-nous pas vu l'utérus, sain au moment de l'opération, devenir le point de départ de fibromes à marche rapide! que de fois n'avons-nous pas vu des fibromes stationnaires s'accroître d'une façon inquiétante après la ménopause! Les faits ne démontrent-ils pas, après la ménopause artificielle, que certains myomes ont continué à s'accroître, que les hémorrhagies ont continué. D'ailleurs la castration n'est pas applicable aux grandes tumeurs fibreuses; elle ne l'est qu'à celles qui ont un petit et un moyen volume, c'est-à-dire à celles qu'il est possible d'enlever sans danger par la voie vaginale, en respectant les ovaires, les ligaments larges et presque toujours l'utérus.

Si donc nous sommes parvenu à démontrer, et nous croyons l'avoir fait, que l'ablation, par le vagin, des petits fibromes qui rendent la vie intolérable peut être faite de bonne heure et presque sans danger par un chirurgien exercé, nous croyons qu'il y aura lieu de nous imiter.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Évolution de la syphilis (1).

VII

Il ressort de ce qui précède que la question du processus de la syphilis n'est pas encore résolue d'une façon nette, irrécusable. On a beau la retourner dans tous les sens, on ne parvient pas à lui trouver une formule unique, dans laquelle on puisse faire entrer toutes les circonstances pathologiques de l'évolution. Un mot n'est pas assez compréhensif à lui tout seul pour embrasser les notions de nature, de temps, de topographie, de durée, de modifications anatomo-pathologiques, etc., etc.

Il est vrai que s'il est insuffisant, on peut recourir à plusieurs et que le grand point est de s'entendre sur le fond des choses.

Ainsi j'emploierai comme synonymes, dans le cours de ces leçons, les mots *syphilis virulente* et *accidents secondaires*; *syphilis constitutionnelle* et *accidents tertiaires*. Maintenant vous saurez d'une façon précise quelle est la signification qu'il faut leur attacher comme chronologie, nature, processus et topographie. Deux expressions dont je ferai également un fréquent usage sont celle de *tertiarisme* pour désigner les caractères communs, l'ensemble des accidents tertiaires, les manifestations de la syphilis tertiaire; et celle de *syphilose* pour caractériser d'un seul mot toutes les variétés des déterminations morbides qui s'effectuent sur les organes, les systèmes et les tissus de l'économie, pendant la période constitutionnelle ou tertiaire de la syphilis.

On peut résumer sous forme de propositions les considérations que je viens d'exposer sur le processus de la syphilis.

1. La syphilis se divise en deux grandes périodes : la syphilis primitive et la syphilis consécutive.

2. La syphilis primitive est constituée par le chancre infectant et ses lympho-adénopathies. Elle est précédée et suivie d'une incubation. C'est toujours par elle que, dans la syphilis acquise, commence, s'élabore peu à peu et s'effectue progressivement, dans une sphère de plus en plus étendue, l'intoxication de toute l'économie par le principe virulent.

3. La syphilis consécutive est le résultat de la saturation toxique généralisée. Elle commence de soixante-dix à quatre-vingt-dix jours après la contamination. Elle s'empare de toute la substance organique. On ne peut prédire à coup sûr ni quand elle finira, ni même si elle finira.

4. La syphilis consécutive ou généralisée peut être divisée en deux phases : une phase toxique ou virulente et une phase constitutionnelle.

5. Pendant la phase toxique, le sang et les produits de toutes les lésions morbides sont virulents et contagieux. La lésion de cette phase, la plus spécifique et la plus dangereuse à ce point de vue, est la plaque muqueuse. — En outre, la syphilis virulente est transmissible par hérédité.

6. Elle commence de quarante-cinq à soixante jours après le début de l'accident primitif et dure en moyenne trois ou quatre ans. Mais elle se prolonge quelquefois bien au delà.

7. L'expérimentation et la clinique semblent prouver d'une façon positive qu'après une durée qui varie entre trois et huit ans, la syphilis consécutive a perdu pour toujours ses deux grands caractères de virulence et de transmissibilité héréditaire.

8. Dans la phase constitutionnelle de la syphilis, les lésions sont plus circonscrites, mais plus profondes et plus destructives que dans la phase virulente. Le tubercule et la gomme sont le type de ces lésions.

9. La division de la syphilis en syphilis primitive, syphilis virulente et syphilis constitutionnelle correspond à l'antique division chronologique en accidents primitifs, accidents secondaires, accidents tertiaires, qui doit être conservée.

10. La division moderne de l'évolution syphilitique, basée sur la forme, la nature, le siège, le processus des lésions spécifiques, est défectueuse et infiniment moins pratique que la précédente.

11. Les caractères de la lésion ne concordent pas, en effet, constamment avec le moment de leur apparition. Il y a des syphilis où les lésions, d'ordre tertiaire au point de vue anatomo-pathologique, sont secondaires par leur date et probablement aussi virulentes et contagieuses.

12. La virulence et la contagiosité des produits morbides de la syphilis dépendent, non pas de la lésion prise en elle-même, mais de l'époque où elle fait son apparition.

13. Le tertiarisme anatomique précoce se montre dans les formes graves et surtout malignes de la syphilis, immédiatement ou peu de temps après l'accident primitif. Il est alors tout à la fois secondaire par sa date, virulent et transmissible par hérédité.

14. Les accidents secondaires et virulents disparaissent fatalement pour ne plus se reproduire sous quelque forme que ce soit. Les accidents tertiaires ont, au contraire, une durée illimitée.

15. La syphilis consécutive est une maladie de toute la substance. Aussi la division de son processus fondée sur la topographie des lésions doit-elle être rejetée. La syphilis ne marche pas toujours comme on l'a dit, de la périphérie vers le centre du corps. Les viscères, le cerveau, par exemple, sont attaqués quelquefois, pendant la période secondaire, tout aussi gravement que pendant la période tertiaire. Par contre, il y a des syphilis tertiaires qui restent exclusivement périphériques.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 418.

DU SURMENAGE INTELLECTUEL

ET DE LA SÉDENTARITÉ DANS LES ÉCOLES

La thèse soutenue et développée sous ce titre par M. Lagneau, dans l'avant-dernière séance de l'Académie, n'est pas nouvelle; il la place d'ailleurs, lui-même, sous le patronage de Plutarque et de Montaigne. Mais si elle était vraie déjà sous ces ancêtres, combien sa vérité ne devient-elle pas plus manifeste, de nos jours, par le plus grand développement donné à l'enseignement et par l'excès et la surcharge d'efforts intellectuels qu'entraînent les exigences toujours croissantes des programmes destinés à ouvrir aux jeunes gens l'accès des carrières libérales !

Des documents considérables accumulés dans cette enquête, des citations empruntées aux universitaires et aux médecins de tous pays, il ressort ce fait général que l'instruction supérieure, telle qu'elle est instituée aujourd'hui,

exige trop de travail et trop d'efforts de la part des élèves. L'ensemble de ces doléances est on ne peut mieux résumé dans ces quelques mots écrits en 1868 par l'académicien Victor de Laprade, sur ce qu'il n'a pas craint d'appeler l'*éducation homicide* de nos enfants : « Instituteurs publics ou privés, professeurs de l'enseignement universitaire ou de l'enseignement libre, laïque ou religieux, tous ceux dont nous avons recueilli les opinions, pensent comme nous que la jeunesse de nos lycées, séminaires, collèges, est surchargée de devoirs excessifs, au grand détriment de son corps et de son esprit; que la culture des forces physiques est nulle ou insuffisante dans toutes nos maisons d'éducation ; que l'exagération des programmes d'examen est aussi funeste aux bonnes études qu'à la bonne hygiène de l'adolescence. »

Qu'a-t-on fait depuis, pour obvier à cet état de choses ? Peu ou presque rien. A peine a-t-on restreint un peu la durée des classes. De sorte que, devant la situation actuelle, l'exposé de M. Lagneau, fondé sur le concours et l'accord des témoignages des universitaires et des médecins, conserve toute sa vérité et toute sa force. « Si des ministres de l'instruction publique, dit-il, si des recteurs de l'Université, si des membres de l'Institut ont cru devoir s'élever contre l'étendue exagérée des connaissances exigées des jeunes gens et l'insuffisance des exercices corporels dans les lycées et les écoles supérieures, de nombreux médecins ont également insisté sur la morbidité de nos écoliers astreints à ce surmenage intellectuel, à cette immobilité antiphysiologique, à cette sédentarité, pour me servir d'un néologisme employé par le docteur Fonssagrives, et depuis par d'autres confrères, qui, comme cet hygiéniste, disent : « L'enfant travaille trop tôt; il travaille trop ; il travaille mal ; il travaille dans de mauvaises conditions hygiéniques. »

De ce fait général, passant à quelques particularités, M. Lagneau, toujours documents en mains, nous montre l'accord de tous les ophthalmologistes de tous les pays, unanimes à reconnaître que la fréquence de la myopie croît dans une énorme proportion avec l'avancement dans les études universitaires, les myopes étant trois et quatre fois plus nombreux dans les écoles supérieures que dans les écoles primaires ; et que cette myopie, en motivant de constants efforts d'accommodation, détermine souvent des céphalalgies, provoque parfois le strabisme et est suivie quelquefois de staphylôme postérieur irrémédiable.

Il nous montre encore l'influence bien plus fâcheuse des mauvaises attitudes prises dans les écoles, sur l'appareil locomoteur et en particulier sur la colonne vertébrale ; la fréquence du goître, chez les écoliers, dans quelques régions; celle des troubles gastriques et intestinaux, des lésions dentaires, de l'anémie avec tout son cortège symptomatologique, de la phthisie tuberculeuse.

A côté de ces conséquences physiques de la sédentarité et du travail scolaires, viennent s'ajouter encore, dans cette enquête, les atteintes portées au système nerveux par le surmenage cérébral. Si la fatigue cérébrale ne détermine pas un état pathologique véritable, tel que la surexcitabilité ou l'irritabilité nerveuse, la névropathie, la chorée, les états congestifs ou inflammatoires du cerveau, elle peut annihiler l'énergie morale et l'initiative individuelle et amener un affaissement, une lenteur intellectuelle, et jusqu'à une irrémédiable imbécillité.

Toutefois, M. Lagneau constate que pour atténuer les conséquences physiques de nos modes d'instruction, quelques mesures dictées par des commissions compétentes, relatives aux constructions, à l'éclairage, au mobilier des écoles, aux caractères typographiques des livres scolaires, ont déjà produit des améliorations partielles. Mais la sédentarité et le surmenage intellectuel persistent encore ; et c'est le point sur lequel il insiste, c'est là l'objectif principal des réformes qu'il voudrait provoquer et qu'il appelle de tous ses vœux. Restreindre les heures de travail intellectuel, diminuer surtout les longues et fastidieuses heures d'études, les longs devoirs de maison, pour les élèves externes, qui immobilisent si longtemps les enfants ; restreindre non seulement les programmes des lycées, mais surtout les programmes d'examens encyclopédiques ; enfin mettre les écoliers à même de se livrer facilement aux exercices physiques, etc. ; tel est l'ensemble des réformes que propose M. Lagneau et qui nous paraissent devoir être prises en grande considération par les conseils et les pouvoirs universitaires à qui incombe la responsabilité de l'avenir de nos jeunes générations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. le docteur Bouchard dans la section de pathologie médicale et de M. le docteur Niepce (d'Allevard) au titre de membre correspondant;

2° Une note de MM. Duguet et Héricourt, dans laquelle ils déclarent avoir continué leurs recherches sur les rapports du pityriasis versicolor avec la tuberculose, recherches qui les ont conduits à des résultats contradictoires de ceux qu'ils avaient annoncés et à abandonner leurs vues d'ensemble sur la tuberculose.

M. le Président, au nom du Bureau, propose de composer comme il suit la commission chargée d'instituer avec MM. Pasteur et Béchamp les expériences relatives au sujet du débat soulevé dans la dernière séance : MM. Cornil, Ranvier, Laboulbène, Villemin, Sappey, Gautier et Schutzenberger. L'Académie consultée approuve.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Trasbot; en deuxième ligne, M. Nocard; en troisième ligne, M. Weber; en quatrième ligne, MM. Barrier et Railliet; en cinquième ligne, M. Megnin.

Le nombre des votants étant de 68, majorité 35,

M. Trasbot obtient.	62	suffrages.
M. Megnin.	3	—
M. Weber	2	—
Bulletin blanc	1	

En conséquence, M. Trasbot est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

M. Vidal communique, de la part de M. le docteur Dubrandy (d'Hyères), l'observation d'une femme de cinquante ans, chez laquelle il a enlevé une corne de 21 centimètres de longueur dans la région de la fontanelle postérieure.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PTOMAINES, LES LEUCOMAINES ET LA THÉORIE MICROBIENNE

M. Gautier répond aux attaques que M. Béchamp a dirigées contre les conclusions théoriques qu'il a tirées de ses recherches sur les alcaloïdes produits par les animaux. Au sujet de ses nou-

velles propositions relatives aux causes de l'organisation, de la vie et de la mort, à l'origine des ferments figurés et à leurs évolutions, M. Gautier se borne à relever quelques attaques personnelles excessives et à se défendre des opinions que lui a prêtées son contradicteur.

En écoutant le dernier exposé de M. Béchamp, il a été frappé bien plus par l'abus qu'il fait des affirmations que par le poids et la force de ses arguments.

En ce qui a trait au présent débat, il observe que M. Béchamp est resté à côté de la question. Il a outrepassé ma pensée, dit-il, lorsqu'il me fait dire que la vie est une putréfaction. J'ai montré le premier, par un raisonnement fondé sur la considération des poids d'oxygène absorbé et rejeté, que nos excrétions contiennent environ un cinquième d'oxygène de plus que l'air que nous respirons, que par conséquent une partie de ces excrétions se produit par voie de simple dédoublement, sans intervention de l'oxygène extérieur, comme se produit le dédoublement des matières organiques oxygénées dans les ferments anaérobies. Les considérations les plus quintessenciées et tous les microzymas du monde n'obscurciront pas cette claire conclusion.

M. Béchamp a voulu démontrer qu'ayant été le premier à donner la preuve que l'urée peut dériver de l'oxydation des matières albuminoïdes *in vitro*, il entend aussi que l'on considère l'urée comme produite dans nos tissus par ce même mécanisme, et comme l'urée est pour lui un alcaloïde, nous disons tout de suite pourquoi il s'ensuit que la démonstration d'un alcaloïde, se formant au sein des tissus aux dépens des matières albuminoïdes, aurait été faite par lui pour la première fois.

Je répondrai à M. Béchamp que tout est à prouver dans ce singulier raisonnement : et le fait contesté de la production de l'urée aux dépens de l'oxydation des albuminoïdes par le permanganate de potasse; et l'identité du mécanisme par lequel l'urée apparaît dans le sang ou les tissus avec celui qu'a étudié M. Béchamp; et la nature alcaloïdique de l'urée, qui n'est pas une amine mais une amide : la diamide carbonique.

M. Béchamp, continue M. Gautier, fait remarquer que mes recherches confirment brillamment la façon dont il a expliqué la constitution des albuminoïdes et la démonstration que les alcaloïdes animaux proviennent de l'écroulement de la molécule de ces substances. A cela je répondrai que ce sont les belles recherches de M. Schutzenberger, et non les idées de M. Béchamp, qui m'ont éclairé sur cette constitution, qui n'en reste pas moins encore à cette heure obscure et contestée sur quelques points. Quant à la démonstration que les alcaloïdes animaux proviennent de l'écroulement de la molécule albuminoïde, il fallait pour la faire que les ptomaïnes et les leucomaïnes fussent connues; or elles n'existaient pas en 1856, et les autres alcaloïdes animaux étaient méconnus, niés, ou du moins classés parmi les amides.

M. Béchamp ajoute que les recherches et les découvertes de l'ordre de celles que j'ai exposées à cette tribune, sont depuis longtemps jeux familiers à la chimie organique. L'Académie jugera si la découverte de la production d'alcaloïdes aussi vénéneux que la conicine ou la nicotine au cours de la putréfaction des albuminoïdes constitue un progrès indifférent en médecine légale. D'autre part, je laisse au temps le soin de dire si c'est jeu familier en physiologie de dépouiller la cellule de l'un des nombreux mystères qu'elle nous cache encore.

Relativement à l'origine des bactéries de la putréfaction, origine constituée par les germes contenus dans les matériaux employés, M. Béchamp dit que ces germes ne peuvent être que des microzymas; je ferai observer que le travail auquel fait allusion M. Béchamp, avait pour but d'étudier les phénomènes de la fermentation bactérienne des albuminoïdes. Est-ce de ces recherches faites sur des centaines de kilos de viande déjà ensemencée par tous les microbes de l'air d'un été parisien qu'il est permis de tirer des conclusions en faveur de la formation de bactéries à même les tissus?

M. Béchamp pose la question de savoir si les leucomaïnes existent vraiment à l'état de liberté dans l'organisme, au même titre que la créatine, l'urée, etc. Je crois l'avoir amplement démontré.

Je pourrais ajouter beaucoup d'autres considérations à cette courte réponse. J'ai cru devoir me borner à m'expliquer et à me défendre sur les principaux points obscurcis par cette discussion.

Mais en finissant, et avec l'intention de ne plus prendre part à ce long et important débat, je tiens à déclarer encore une fois que je ne crois pas que l'organisation et la vie soient nécessairement liées à la forme anatomique des tissus, en particulier à la cellule ou à ses granulations. La vie est la conséquence et la résultante du mode d'agrégation et des propriétés mécaniques et chimiques des matériaux des plasmas et de leurs parties figurées. Elle se perpétue et se modifie par la continuité et les transformations d'états moléculaires et de phénomènes physico-chimiques qui se passent dans ces agrégations développées sous l'influence d'agrégations semblables préexistantes.

La discussion est close.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de M. de Quatrefages, sur les candidats à la place vacante dans la classe des associés libres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 mai 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Dupont.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Voyé.

— Par décret, en date du 8 mai 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Laurent, Sieurac, Hulin, Lanchamp, Biar, Issoulier, Hanriot, Guillaume, Molines et Legendre.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Fleury (d'Ailly-sur-Noye) et Lemaître (de Moreuil).

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance d'avant-hier lundi, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de botanique, en remplacement de M. Tulasne, décédé.

La liste de présentation avait été dressée dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Bornet; en deuxième ligne, M. Prillieux; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bureau, Max. Cornu et de Seynes.

Le nombre des votants étant 56, majorité 29, M. Bornet obtient 36 suffrages (*élu*); M. Bureau, 10; M. Prillieux, 6; M. Max. Cornu, 2; M. de Seynes, 1. Il y a un bulletin blanc.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gillebert d'Hercourt, président de la Société de médecine de Paris, et de M. le docteur Hervé de Lavaur, médecin du ministère des affaires étrangères.

— M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, fera une herborisation au bois de Meudon, dimanche prochain 16 mai 1886. Le départ aura lieu par la gare Montparnasse, à onze heures et demie, pour Clamart.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa première herborisation publique, dimanche prochain 16 mai 1886, à Charenton. Le rendez-vous est à la porte de Bercy-Paris (Pont National), à midi.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera sa première excursion géologique publique, cette année, dimanche prochain 16 mai 1886, à Vanves, Issy, Meudon et Bellevue.

Le rendez-vous est à Paris, porte de Versailles, à onze heures du matin. On sera de retour à cinq heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19532.

N° 57. — SAMEDI 15 MAI 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 15 MAI 1886. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des chorées.

Définir les chorées — le mot chorée devant être pris comme terme générique — les diviser et classer en espèces, ayant une origine commune et des caractères communs, mais différant entre elles par des degrés d'intensité ou de généralisation et par une symptomatologie particulière, les relier les unes aux autres par les cas intermédiaires qui démontrent leur affinité ; telle a été la première partie de la tâche que ce sujet imposait à M. le docteur Maurice Lannois.

Prenant le mot chorée dans son sens le plus large, sans l'étendre toutefois aussi loin que l'ont fait Trousseau, Duchenne (de Boulogne) et d'autres auteurs, M. Maurice Lannois définit ainsi les mouvements choréiques : ce sont pour lui « des mouvements musculaires à grand rayon, involontaires, bien que le plus habituellement conscients, occupant principalement la tête et les membres, incessamment renouvelés sans repos ni trêve et ne s'arrêtant que pendant le sommeil ». Cette définition, bien entendu, n'a pas d'autre prétention que d'énumérer simplement les principaux caractères attribuables aux gesticulations choréiques, d'autres particularités dans les contractions musculaires devant venir prendre une place plus ou moins importante dans la description symptomatologique de chacune des différentes espèces de chorée. Il suffit que cette définition ou énumération sommaire des principaux traits des chorées permette, de prime abord, de les différencier d'avec certaines autres affections ayant plus ou moins d'analogie avec elles, telles que les tremblements, les mouvements ataxiques et les spasmes fonctionnels. C'est effectivement à quoi elle atteint.

Cette première partie de la tâche accomplie, voici comment M. Lannois classe les diverses chorées dont il va successivement esquisser l'histoire :

1° Chorées rythmiques, comprenant les chorées épidémiques (danse de Saint-Guy, tarentisme, tigretier, etc.) et les chorées rythmiques proprement dites (chorée rythmique hystérique ou grande chorée et spasme réflexe saltatoire) ;

2° Pseudo-chorées, comprenant deux groupes, celui des chorées électriques, du tic de Salaam et des pseudo-chorées du larynx et du diaphragme et le groupe des tics convulsifs ;

3° Chorées arythmiques, subdivisées en chorée de Sydenham (chorée vulgaire, *chorea minor*, chorée molle, chorée de la grossesse, chorée des vieillards, chorée héréditaire) et en hémi-chorée et hémi-athétose symptomatiques.

L'histoire des chorées épidémiques, désagrégée de tout ce qui y a été mêlé de mystérieux et de légendaire, ramenée autant que possible aux faits vus et observés, se réduit à peu près à des cas de théomanie, de vésanies démonomaniaques, d'épilepsie, de chorée vraie et d'hystérie ; elles ont presque toutes leur place entre l'aliénation mentale et l'hystéro-épilepsie. L'hystérie se retrouve surtout dans le tarentisme italien, comme dans la danse des Pays-Bas, et la *chorea Germanorum*.

Quelques-unes des épidémies ou endémies les plus récentes, telles que celles qui ont été décrites sous les noms de Jumpers, de Cicètes, dans les pays de Galles et des Cornouailles, de Leaping ague (en Écosse), de la Camp-Meetings, de Revivals (en Amérique), s'éloignent, suivant M. Lannois, de la choréomanie pour se rapprocher des convulsionnaires de Saint-Médard et se confondre avec la théomanie extatoconvulsive ; elles doivent, par conséquent, être placées plus près de l'aliénation mentale que de l'hystérie.

Dans l'histoire des chorées rythmiques et de leurs différentes formes, toutes liées à l'hystérie ou d'origine hystérique, M. Lannois suit pas à pas l'enseignement de M. Charcot, bien connu d'ailleurs de nos lecteurs dans ses principales acquisitions.

Le spasme réflexe saltatoire, désigné par les auteurs sous les divers noms de chorée procursive, *chorea festinans*, impulsions locomotrices systématisées, etc., doit rentrer, suivant M. Lannois, dans l'histoire de la paralysie agitante. Toutefois il n'en dit pas moins quelques mots des phénomènes singuliers qui ont été décrits récemment sous les noms de spasme ou tremblement saltatoire, crampes, réflexes statiques, etc. (Voir l'article SPASME SALTATOIRE, de M. Zuber, *in Diction. Encyclop. des sciences médic.*)

Nous ne nous arrêterons pas sur les pseudo-chorées, qui eussent pu, à la rigueur, être éliminées de l'histoire des chorées ; mais nous devons signaler d'une manière spéciale le chapitre relatif à la maladie des tics convulsifs, à l'occasion de laquelle M. Lannois est entré dans une savante discussion pour montrer les nombreux points de contact de cette affection avec la chorée.

Arrivé enfin à la véritable chorée classique, au grand groupe des chorées arythmiques, dans lequel il comprend, comme nous l'avons indiqué plus haut, la chorée de Sydenham proprement dite, la chorée molle des auteurs anglais, la chorée de la grossesse, la chorée des vieillards, la chorée héréditaire, les hémi-chorées et l'athétose symptomatiques, décrivant la symptomatologie de chacune de ces espèces, signalant leurs rapports, cherchant à en déterminer la nature et les lésions possibles ou probables, M. Lannois résume cette importante partie de son travail en admettant, avec M. Joffroy, que la chorée de Sydenham est une névrose cérébro-spinale d'évolution, et avec M. Marie, que l'opinion qui considère la chorée comme une forme de l'hystérie n'est pas invraisemblable, mais qu'elle manque encore de preuves évidentes et que jusqu'à nouvel ordre il faut s'en tenir à la classique comparaison des névroses, « arbre d'essence inconnue dont les branches nées d'un tronc commun s'éloignent en divergeant, mais non sans envoyer les unes vers les autres quelques rameaux qui les unissent étroitement ».

Cet intéressant travail de nosologie peut être résumé, dans son ensemble, comme il suit :

Ce que M. le docteur Maurice Lannois s'est proposé de montrer dans sa thèse, c'est le rôle important qu'a joué l'hystérie dans les chorées épidémiques et l'action pathogénique commune qui relie ces épidémies aux chorées rythmiques, les unes et les autres étant des manifestations de la névrose hystérique. Dans son esprit, la plupart des faits de spasme saltatoire doivent également être rattachés à la chorée rythmée. Il a cru devoir séparer des chorées un certain nombre d'affections désignées fréquemment sous ce nom ou sous celui tout aussi impropre de pseudo-chorées, telles que le tic de Salaam, constitué par des mouvements cloniques, brusques et rapides, d'inclinaison de la tête et du cou qu'on n'observe que chez les enfants, affection décrite en Angleterre et en Allemagne et à peine connue en France ; les chorées dites électriques, de Dubini et de Bergeron ; les chorées du larynx et du diaphragme. Il s'est attaché, d'un autre côté, à montrer que la maladie des tics convulsifs, bien que ne devant pas être placée dans les chorées, a de nombreux points de contact avec la chorée rythmée aussi bien qu'avec la chorée vulgaire, et qu'on peut la considérer comme un intermédiaire entre les deux. Les caractères sur lesquels M. M. Lannois se fonde pour établir cette assimilation, sont : la ressemblance frappante des mouvements des tics avec ceux de la chorée rythmée, dont ils ne diffèrent que par le degré et par une succession moins régulière ; ces mouvements étant coordonnés systématiquement et se reproduisant toujours identiquement comme ceux de la chorée rythmée ; l'émission involontaire de sons plus ou moins nettement articulés ayant lieu également dans les deux cas. Enfin l'analogie est plus marquée encore avec la chorée vulgaire, la chorée de Sydenham, dont le tic n'est souvent qu'un reste ou une forme atténuée, partielle.

Telles sont les principales raisons qui ont fait placer les tics convulsifs, dans le travail de M. M. Lannois, non pas dans les mouvements cloniques, mais à côté d'eux, et qui les lui ont fait considérer comme étant en réalité une sorte d'intermédiaire entre la chorée rythmée et la chorée de Sydenham.

Quant à cette dernière, ç'a été une tâche facile, pour l'auteur, de montrer — ce qu'avait fait déjà d'ailleurs l'École de la Salpêtrière — combien les différentes modalités qu'elle présente se rapprochent de l'hémi-chorée et des autres mouvements post-hémiplégiques.

Des fractures spontanées.

Que doit-on entendre par fractures spontanées ? Veut-on dire des fractures qui s'effectuent sans le concours d'une violence extérieure, par le seul fait d'une contraction musculaire, soit volontaire, soit convulsive ? La fracture ne peut guère avoir lieu, dans ces deux cas, dans le premier surtout, qu'à la condition que l'os fracturé ait été déjà préalablement altéré dans sa texture, ou du moins qu'il ait perdu, par suite d'une prédisposition inconnue, héréditaire ou acquise, sa solidité et sa résistance normales. Elle n'est pas plus spontanée dans un cas que dans l'autre. Elle est toujours le résultat du concours de deux facteurs, le défaut de résistance d'une part, et l'action musculaire de l'autre. Quant à celles qui ont lieu sous l'influence d'un coup, d'un choc, d'une chute, d'une violence extérieure quelconque, qui eût été insuffisante pour les produire dans les conditions normales, mais qui ne les détermine que par le défaut de résistance que présentent les os dans certains états pathologiques déterminés, elles justifient moins encore cette dénomination. Mais l'usage l'a consacrée ; il suffit qu'on s'entende sur le sens qu'on est convenu de lui donner. Aussi n'y insisterons-nous pas davantage.

Voyons comment M. le docteur Paul Simon (de Nancy) a traité son sujet. Il étudie d'abord les fractures par action musculaire, qu'il subdivise en deux catégories suivant qu'elles sont le résultat d'une contraction spasmodique convulsive, ou d'une contraction purement volontaire.

Pour la première catégorie, sur dix observations qu'il a empruntées à un travail sur ce sujet de Gürlt (de Berlin), et qui sont toutes relatives à des sujets épileptiques, on trouve notées deux fois des courbures rachitiques des membres, une fois un cancer du sein avec métastase locale au niveau de la fracture, deux fois une paralysie des membres fracturés, une fois une chute probable pendant l'attaque, une fois une fragilité extraordinaire des os, enfin dans trois faits il n'y avait pas de renseignements sur l'état du squelette.

Les faits de la seconde catégorie soulèvent une question que M. P. Simon a étudiée avec un grand soin, savoir s'il est admissible que la contraction musculaire volontaire ait suffi à elle seule à déterminer des fractures sur des os sains, sans le concours de quelque circonstance prédisposante ou adjuvante. De l'analyse des faits qu'il a pu réunir et qui ont trait à des fractures par action musculaire de l'humérus, des os de l'avant-bras, de la clavicule, du fémur et des os de la jambe, il a tiré la conclusion suivante : Sauf pour la clavicule, qui par sa forme, sa situation et sa texture spéciales paraît être plus que tous les autres os prédisposée à ce genre de fracture, le doute le plus grand subsiste dans son esprit sur la possibilité de la fracture de ces autres os par la seule action musculaire, sans une altération préalable. « Il faudrait, dit-il, pour l'admettre, une précision plus grande dans les observations et surtout une connaissance exacte des différentes causes qui peuvent amener la fragilité du squelette. »

Cette question de la fragilité physiologique des os en dehors de tout état morbide, de l' « ostéopsathyrose », physiologique, comme l'a appelée Lobstein, a fait le sujet de l'un des chapitres les plus intéressants de cette thèse, mais qui malheureusement conclut encore en formule du-

bitative. La seule chose, dit-il, que nous connaissions à ce sujet, c'est que la fragilité physiologique des os existe et que cet état est parfois héréditaire; mais il nous est absolument inconnu dans son essence.

La seconde partie de la thèse est consacrée aux fractures pathologiques. L'auteur y étudie d'abord les fractures consécutives aux lésions inflammatoires des os. Ces fractures, qui ne sont guère connues que depuis les recherches récentes sur l'ostéomyélite ou ostéite épiphysaire des adolescents, sont rares. Cette rareté est due à cette circonstance, qu'à côté des lésions destructives, capables d'altérer la solidité d'un os, il y a presque toujours des lésions productives, qui préviennent les effets des premières et consolident les portions du squelette altérées par l'inflammation. Puis il étudie successivement les fractures dans les cas d'ostéites traumatiques, d'ostéites scrofuleuses, d'ostéites latentes; les fractures spontanées consécutives aux lésions organiques ou tumeurs des os, tumeurs bénignes (exostoses pédiculées, kystes simples des os, kystes hydatiques, tumeurs pulsatiles), tumeurs malignes (ostéosarcomes, carcinomes); les fractures par lésions syphilitiques des os, par ostéomalacie, par grossesse, par diabète, par rachitisme, par scorbut, par ostéoporose; enfin les fractures par atrophie des os d'origine nerveuse, ataxie locomotrice, arrêt de développement des centres nerveux, hémiplégie, et toute la série des affections spinales.

Les processus généraux qui président à la diminution de résistance des os peuvent tous être ramenés à l'un des trois ordres suivants : la suppuration, la mortification, la raréfaction du tissu osseux, qui peuvent se combiner diversement pour amener une fracture spontanée, et auxquelles il faut ajouter quelques circonstances accessoires pouvant encore contribuer à ce résultat, telles que la destruction du périoste, les décollements musculaires, etc.

Les considérations cliniques générales, communes à ces différents genres de fractures, se résument dans ce fait, que des deux facteurs essentiels, la lésion osseuse et le traumatisme, ce dernier est de beaucoup le moins important, si parfois une certaine violence est nécessaire pour les produire, le plus souvent une cause absolument insignifiante suffisant pour leur donner naissance.

Au point de vue symptomatologique, M. P. Simon distingue ces fractures en deux variétés : la première comprend les faits dans lesquels la solution de continuité se produit dans le cours d'une affection osseuse évidente (ostéite, cancer périostique, ostéosarcome, rachitisme), ou pendant l'évolution d'une ataxie. Elle est alors, jusqu'à un certain point, prévue. Dans d'autres cas, au contraire, la santé du sujet est bonne en apparence; aucun symptôme n'éveille l'attention du côté du squelette; la fracture se produit à l'improviste.

Une fois effectuée, la fracture se traduit principalement par la mobilité anormale. Les autres signes, tels que la crépitation, la déformation, l'impuissance et la douleur, peuvent manquer ou être très peu accusés.

Le diagnostic de l'état pathologique causal de ces sortes de fractures offre quelquefois de très grandes difficultés. Il est assez aisé si antérieurement à la solution de continuité on a constaté des symptômes bien caractérisés d'une lésion osseuse localisée. Une cause d'erreur est cependant encore possible dans ce cas, ce serait le cas de l'existence d'un kyste hydatique compliqué de suppuration. Dans les cas de doute, relativement à la nature inflammatoire ou néoplasique de la lésion osseuse, le diagnostic pourra être utilement aidé par la considération de l'âge : l'ostéite épiphysaire étant, en règle générale, l'apanage du jeune âge; l'ostéosarcome, celui de l'âge adulte; de l'état constitutionnel des malades (signes de diathèse syphilitique ou cancéreuse, etc.).

La fracture n'a-t-elle été précédée d'aucun signe extérieur de lésion osseuse, ni annoncée par aucun phénomène général, douloureux ou autre, on est autorisé à penser ou à un cancer primitif de l'os ou à une ostéoporose sénile, si l'on a affaire à un vieillard.

Le pronostic est généralement grave, sauf toutefois pour les fractures dues au rachitisme ou à la syphilis.

Quant au traitement, il repose sur deux indications, suivant que la fragilité osseuse est secondaire ou primitive.

Dans le premier cas, c'est à l'affection première que doit s'attaquer la thérapeutique, en même temps qu'on immobilisera la fracture par les moyens ordinaires.

Dans le deuxième cas, la conduite à tenir dépend de la nature de la lésion initiale, de sa marche, de son influence sur l'état général.

Dans les ostéites, l'indication la plus pressante consiste à prévenir les effets de la rétention du pus et l'infection générale.

Les ostéosarcomes ou cancers primitifs n'ont qu'un seul traitement possible, l'amputation.

NOTE SUR UNE SIMPLIFICATION DE LA BANDE D'ESMARCH.

Par le docteur E. Le Bec

Chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph.

Depuis que l'emploi de la bande de caoutchouc est entré dans la pratique chirurgicale, comme moyen hémostatique, on a eu une tendance constante à modifier et à simplifier cet appareil. M. le docteur Nicaise, en montrant que de simples crochets permettaient la suppression du gros tube faisant l'office de garrot, a fait faire un progrès très apprécié des chirurgiens.

On peut faire plus simplement encore, par le moyen suivant :

Prendre une bande de caoutchouc vulcanisé, et non du tissu élastique comme celui de la bande d'Esmarch. Appliquer la bande depuis l'extrémité du membre jusqu'à la racine, comme la bande ordinaire. Arrivé au point où l'on veut comprimer le vaisseau principal du membre, faire deux ou trois tours circulaires en tendant fortement la bande de caoutchouc. Faire mettre le poing fermé d'un aide sur ces tours, et au niveau de l'artère. Faire passer de nouveau circulairement la bande par-dessus le poing fermé et tout autour du membre, en ayant soin de tendre le caoutchouc avec force. Faire ainsi trois ou quatre tours. Remplacer le poing de l'aide par le globe de bande qui reste.

Ce globe est alors fortement serré entre les tours de bandes. Il fait ainsi l'office d'un véritable garrot, et si l'on a soin de mettre son axe longitudinal, parallèle à l'artère, la circulation sanguine est puissamment interrompue.

Les avantages de cette manière d'interrompre le cours du sang, dont j'ai pu souvent constater les bons effets, entre les mains de plusieurs chirurgiens, notamment entre les mains de Kraske, sont les suivants :

Simplicité extrême d'appareil, qui se compose en tout d'une seule bande.

Facilité très grande, pour tenir la bande antiseptique, ce qui est difficile avec une bande contenant du tissu de fil ou de coton.

Très grande facilité pour enlever l'appareil, puisqu'il suffit de dépasser le globe de bande immobilisé.

Économie du prix de l'appareil, puisqu'il suffit d'une bande de caoutchouc de 6 mètres de long sur 6 à 7 centimètres de large, pour répondre à tous les besoins de la chirurgie.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS

GUÉRIE PAR LES INJECTIONS D'ERGOTINE.

Par M. le docteur Auguste Jaurès, de Dourgne (Tarn).

I

La femme X..., âgée de trente-huit ans, une de nos clientes, est atteinte d'une tumeur fibreuse de l'utérus; son apparition remonte à trois ans, époque où elle commença à s'apercevoir qu'elle avait au ventre une tumeur de la grosseur d'une noix. Elle s'en préoccupa fort peu pendant longtemps, car elle n'en souffrait pas. Ce ne fut que cinq à six mois après son apparition, observant l'augmentation de volume, qu'elle se décida à nous le dire.

Après un examen attentif, nous constatâmes une tumeur fibreuse de l'utérus de la grosseur d'une belle poire.

La pression, le toucher abdominal, étaient insensibles, et le spéculum ne nous révéla rien. Elle nous donna alors tous les renseignements nécessaires pour éclairer notre diagnostic.

Réglée à quatorze ans, elle n'a jamais eu le moindre trouble dans la menstruation; d'un tempérament bilioso-sanguin, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Mariée à vingt ans, elle n'a jamais eu d'enfants, pas même le moindre signe de grossesse; ses règles régulières ont toujours été très abondantes, et ni avant, ni après son mariage, elle n'a constaté la moindre trace de leucorrhée.

Du côté de la famille, les renseignements sont excellents; les grands-parents sont morts tous très âgés et sans infirmités apparentes. Le père, qui vit et que nous connaissons, est d'un très bon tempérament; la mère, qui vient de mourir et que nous avons soignée, a succombé à un catarrhe pulmonaire; le frère et la sœur, plus jeunes, ne présentent aucun signe de maladie.

Sur les causes probables du développement de cette tumeur, notre malade ne peut nous fournir que des renseignements fort vagues; elle n'a pas fait de chute, elle n'a pas reçu de coups dans la région; elle ne peut accuser qu'une grande frayeur, qu'elle aurait eue une nuit, et même à cette époque, autant que ses souvenirs peuvent être exacts, elle n'avait pas ses règles.

Après tout cela, voici notre diagnostic :

« Tumeur fibreuse de l'utérus adhérente à la face antérieure de cet organe. »

Jusque-là, son état général s'était maintenu bon; aussi pûmes-nous agir énergiquement.

A l'intérieur, iodure de potassium à haute dose. La médication arsenicale sous toutes les formes ne fut pas oubliée; sur le col de l'utérus, sur la tumeur, les topiques, les pommades résolutives; enfin tout ce qui peut être employé dans un pareil cas fut employé de toute façon, et malgré tous nos efforts nous n'avons pu remarquer la moindre amélioration, pas même le moindre temps d'arrêt dans le développement de la tumeur. Au contraire, tous les quinze jours, il nous était donné de constater une augmentation sensible dans le volume.

En voyant l'inquiétude bien justifiée de notre sujet, et impatient nous-même, nous demandâmes une consultation à un de nos confrères des plus distingués de Castres. Elle n'eut pour résultat que la confirmation de notre diagnostic et de donner un peu de courage et d'espoir à notre patiente. Sur les conseils de notre honorable confrère, nous pûmes ainsi continuer encore quelque temps notre traitement.

La tumeur à cette époque était de la dimension d'une belle tête de fœtus.

Les fonctions digestives, qui jusqu'alors avaient marché normalement, commencèrent à être troublées; une constipation opiniâtre était survenue. Malgré tous les soins possibles pour lui maintenir les forces, un amaigrissement notable fit son apparition, et parfois même quelques vives douleurs étaient perçues dans l'abdomen.

C'est alors que nous crûmes de notre devoir d'informer la famille qu'il serait urgent de prendre les conseils de médecins plus expérimentés, pour juger s'il y avait lieu de tenter une opération.

Au mois de juillet 1884, sur nos instances, elle partit avec son père pour Toulouse, pour se faire visiter par les médecins et les chirurgiens les plus en renom. Après plusieurs jours passés dans cette ville, après des examens bien sérieux, elle revint porteur d'une consultation collectivement signée par le médecin et le chirurgien. La tumeur mesurait à ce moment 18/16 centimètres. — Même diagnostic.

Quelques légères modifications dans le traitement.

Avant son arrivée, nous recevions une lettre de nos confrères contenant la consultation et nous disant :

« Votre malade, que vous avez bien voulu nous recommander, est atteinte d'une tumeur fibreuse de l'utérus; il y aurait le plus grand danger et par conséquent il serait de la plus grande témérité de faire l'opération. Nous lui avons donné bon courage et nous espérons qu'elle sera bien résignée à suivre très exactement jusqu'à la fin le traitement indiqué. »

Ce voyage lui donna en effet quelques lueurs d'espoir de guérison et elle se soumit sans résistance à prendre les médicaments.

En ce moment les journaux de médecine publiaient quelques cas de guérison de tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité. Nous avions bien songé à ce mode de traitement, mais n'y ayant pas une grande confiance, et en présence surtout des difficultés qu'il présentait pour l'application, nous ne l'avions pas conseillé. Encouragé par ces observations, nous lui fîmes part de notre nouveau moyen de la guérir, en lui expliquant qu'elle serait obligée d'aller à Montpellier, car là seulement se trouvait une installation spéciale et vraiment remarquable.

L'idée d'aller si loin et dans un hôpital ne fut pas acceptée d'emblée; alors, pour ne pas rester dans la simple expectation, et voyant le mal s'aggraver, nous nous décidâmes à faire dans la tumeur des injections d'ergotine, nous basant sur quelques heureux résultats obtenus par cette médication dans certains cas de fibromes.

Dans le commencement de janvier 1885, nous fîmes la première injection (seringue de Pravaz) avec la solution : ergotine Bonjean, glycérine quantité suffisante.

Cette injection fut très douloureuse, car en faisant pénétrer l'aiguille dans la tumeur on éprouvait une forte résistance et on entendait ou plutôt on percevait aux doigts un bruit de craquement. Une demi-heure après, notre malade ressentait de telles souffrances, qu'on eut toutes les peines du monde pour éviter une syncope.

Refroidissements des extrémités, spasmes, vomissements. Tout cela ne dura pas moins de deux heures, et quand nous la vîmes, la crise était passée. Tout en comprenant que l'injection était la seule cause de ce qu'elle venait d'éprouver, nous pûmes la convaincre du contraire, et par conséquent continuer d'opérer encore pendant quelques jours.

Toutes les fois, les mêmes phénomènes plus ou moins intenses se produisaient; elle ne supportait bien les injections que quand elles étaient faites dans l'épaisseur du derme; mais ainsi pratiquées, le remède n'était pas porté sur le mal. Force fut donc de les abandonner, car ces crises lui enlevaient le peu d'appétit qui lui restait et ses forces diminuaient de jour en jour.

Nous insistâmes fortement pour la décider à aller à Montpellier consulter M. le professeur Dubreuilh, et suivre ses conseils soit au point de vue d'un traitement, soit au point de vue de l'opération.

La tumeur mesurait alors 26/24 centimètres et occupait les deux hypochondres.

La malade partit le 19 mars. Nous avions eu le soin d'envoyer une note à M. le professeur Dubreuilh qui, après l'avoir examinée dans son cabinet, lui conseilla d'entrer dans son service à l'hôpital Saint-Éloi, salle des payants.

Là, elle fut soumise pendant plusieurs jours à un examen des plus complets par le chef de service, le chef de clinique, M. Tédenat, aujourd'hui professeur, mais ni l'un ni l'autre ne furent d'avis de faire l'opération. On s'arrêta au traitement par l'électricité. Pendant trois mois et demi elle suivit régulièrement les séances d'électricité dans le cabinet de M. le docteur Razimbaud.

Elle ne les suspendait que les cinq à six jours que lui duraient ses règles.

Au mois de juillet, le 12, ces messieurs ne voyant pas d'amélioration, et sur l'avis de M. Razimbaud, lui conseillèrent de s'arrêter pour recommencer plur tard. Là-dessus elle rentra dans sa famille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Tumeur fibreuse utérine compliquée de grossesse. — **M. LE FORT** communique l'observation d'une malade qui avait été accouchée par M. Terrier l'année dernière et qui portait un fibrome de l'utérus. Après l'avoir examinée attentivement et après avoir reconnu l'existence d'une tumeur dure, bosselée, il soupçonna, par suite de l'arrêt des règles et d'autres signes, qu'il pouvait y avoir aussi une grossesse. Cependant, sur l'insistance de la malade, il s'était décidé à l'opérer ce matin même, quand on constata dans le ventre des mouvements spontanés. Il semble que ce soit sous l'influence de la période d'excitation de la chloroformisation que le fœtus ait eu ces mouvements. Peut-être y a-t-il là un moyen de diagnostic dont il y aurait lieu de tenir compte.

M. GUÉNIOT dit que dans ces cas de doute il ne faut pas craindre de multiplier les examens. Il y a, en outre, un signe qu'il faut rechercher, c'est la contractilité utérine sous l'influence du palper abdominal ou d'autres excitations.

M. TERRIER communique l'observation d'une femme atteinte de tumeur fibreuse chez laquelle on soupçonnait l'existence d'une grossesse. Il attendit avant d'intervenir, et peu de temps après on constata les mouvements spontanés du fœtus.

M. Terrier ajoute que le signe dont a parlé M. Guéniot existe également dans certains cas de tumeurs fibreuses.

M. POLAILLON demande à M. Le Fort s'il a fait le cathétérisme utérin.

M. LE FORT répond négativement.

M. GUÉNIOT ajoute qu'il faut bien s'en abstenir.

Il rappelle une observation qu'il a recueillie avec M. Marchand et dans laquelle on croyait avoir affaire à une grossesse extra-utérine. Ayant perçu une certaine contractilité de la tumeur fluctuante qu'il sentait par le toucher, M. Guéniot réforma le diagnostic de grossesse extra-utérine et peu de temps après la malade accoucha.

M. TRÉLAT a été récemment consulté par un jeune chirurgien de province relativement à une tumeur abdominale d'un diagnostic difficile. Dans le doute, M. Trélat proposa d'attendre, puisqu'il n'y avait rien de pressant, et quelques mois après il apprit l'accouchement normal de cette femme.

M. POLAILLON dit que quand il s'agit d'un corps fibreux et qu'il y a des doutes sur l'existence d'une grossesse, il faut recourir au cathétérisme utérin. Quel en serait le danger? L'avortement? Où serait le mal chez une femme atteinte de tumeur fibreuse? En outre, fait avec précaution, ce cathétérisme peut ne pas déterminer l'avortement.

Uréthrotomie interne. — **M. KIRMISSON**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, relate un fait d'uréthrotomie interne qu'il a pratiquée dans le service de M. Le Fort, qu'il remplaçait alors. M. Kirmisson n'a pratiqué que quatre fois l'uréthrotomie interne, et a eu quatre succès.

L'observation qu'il communique a trait à un homme de cinquante-deux ans qui urinait mal depuis deux ans. Il présentait en outre tous les symptômes d'une cystite et d'une néphrite du côté gauche; il y avait deux rétrécissements. Une petite bougie filiforme seule pouvait pénétrer. Quatre jours après, le malade ayant très mal supporté la bougie à demeure et la rétention étant devenue complète, la vessie étant très distendue, M. Kirmisson en fit la ponction, espérant que le cathétérisme redeviendrait possible; il n'en fut rien; c'est pourquoi M. Kirmisson pratiqua l'uréthrotomie interne. Il mit à demeure une bougie n° 16 qui fut laissée pendant vingt-quatre heures; il s'écoula 4 litres d'urine. Une amélioration s'ensuivit aussitôt; la température s'abaissa progressivement et le malade vidait complètement sa vessie. On fit des lavages boriqués et il était guéri peu de temps après. Dans ce cas, l'uréthrotomie interne était urgente; elle a donné de bons résultats, malgré les mauvaises conditions où se trouvait ce malade.

M. TERRIER a pratiqué onze fois l'uréthrotomie interne, sur lesquelles il a eu onze guérisons, sans accidents. Une seule fois il a pratiqué la dilatation brusque, et le malade est mort en vingt-quatre heures, de septicémie aiguë. C'est ce qui a fait pencher M. Terrier pour l'uréthrotomie interne, qui ne lui a jamais donné que des succès.

Traitement du staphylôme. — **M. TERRIER** fait un rapport sur le traitement du staphylôme chronique, par M. Galezowski.

Il fait observer en terminant que l'opération proposée par M. Galezowski n'est pas nouvelle; elle a été pratiquée en 1863, à Londres, par M. Bader. La résection de la cornée faite par M. Galezowski est seulement plus étendue.

Des fractures indirectes de la cavité glénoïde de l'omoplate. — **M. FARABEUF** présente et analyse un travail de M. Assaky sur ce sujet.

M. Assaky a fait voir que, sur la cavité glénoïde de l'omoplate, se trouve une petite saillie plus ou moins marquée, située sur le grand axe de la cavité, un peu au-dessous de la partie moyenne. Au niveau de ce point, le cartilage d'encroûtement est mince et translucide; sur les pièces fraîches s'y voit une petite tache arrondie à contours mal définis. Cette tache est en rapport avec le point de pression maxima exercée par la tête humérale sur la cavité de l'omoplate, alors que le bras est au repos et pend le long du corps. Lorsque l'humérus est porté en avant, comme dans l'attitude de la menace, ou en arrière, comme dans la position qu'occupe le bras dans le pas gymnastique, ce point de pression maxima se déplace. Si l'on cherche à déterminer la situation de ce point dans les différentes attitudes du membre supérieur, on peut s'assurer, en prenant des moules en cire, que la situation du point de pression maxima est en rapport direct avec la position de l'humérus. En expérimentant sur le cadavre, de façon à produire des fractures indirectes de la cavité glénoïde, M. Assaky a obtenu divers types de fracture en rapport avec des situations différentes de la tête humérale. Dans tous les cas, les traits de fracture correspondaient, par une de leurs extrémités, au point de pression maxima physiologique. Il ressort encore de ces expériences que la portion inférieure de la surface glénoïdienne, soutenue par le bord axillaire de l'omoplate, n'est point entamée par les traits de fracture. Le revêtement cartilagineux masque souvent des fractures de la portion osseuse qu'il recouvre. Une pièce fraîche, qui paraît traversée par un simple trait de fracture, se montre sillonnée de fêlures lorsqu'on l'a débarrassée du cartilage d'encroûtement.

M. MARC SÉE ne croit pas que les résultats de ces expériences très intéressantes soient applicables à l'homme. Dans les moules en cire qui sont présentés, le point de pression maxima est représenté par une portion simplement amincie et non perforée. Or il est évident que sur le vivant il y a contact intime et frottement des deux surfaces.

M. FARABEUF dit que ces moules ne sont point perforés parce qu'on n'a pas exercé, de parti pris, une pression suffisante. Il croit que le fait du contact limité, du contact polaire, correspond à une loi générale, surtout applicable aux énarthroses.

Adénome du sein. — **M. ROUTIER** lit une observation de névralgie mammaire datant d'un an et guérie à la suite de l'ablation d'une tumeur reconnue pour un adénome. (Comm. : M. Terrillon).

Tumeur du crâne. — M. CRIMAIL (de Pontoise) présente un malade atteint d'une tumeur osseuse de la région fronto-pariétale gauche, donnant lieu à des phénomènes de compression cérébrale, d'amaurose, de surdité, etc.

Rétrécissement spasmodique de l'urèthre. — M. DELORME présente un malade atteint d'un rétrécissement spasmodique de l'urèthre. Il s'agit d'un hystérique. Il a subi sans succès l'uréthrotomie interne. Son affection disparaît sous l'influence de la suggestion.

La séance est levée.

Nous complétons aujourd'hui le récit des obsèques de notre ami si regretté le docteur Legrand du Saulle, en mettant sous les yeux de nos lecteurs le discours prononcé par M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière.

Discours de M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière.

Messieurs,

Depuis 1879, M. le docteur Legrand du Saulle était médecin de l'asile des aliénés à la Salpêtrière.

Ce n'était pas un étranger parmi nous : pendant le siège de 1870-1871, il était venu donner ses soins aux administrés de Bicêtre hospitalisés dans l'Asile Jenner.

Déjà, il ne comptait pas avec ses forces, car, malgré la rigueur exceptionnelle de l'hiver, malgré les obus, il se partageait entre ses anciens malades réfugiés à la Salpêtrière et nos malheureux soldats varioleux, soignés à l'hospice de Bicêtre, transformé en hôpital militaire.

M. Legrand du Saulle remplaçait à la Salpêtrière l'éminent aliéniste M. le docteur Delasiauve.

Son grand cœur lui rendit cette succession facile, et il continua, avec un dévouement qui ne se ralentit jamais, la tradition de médecin philanthrope laissée par son vénéré prédécesseur.

Comme lui, M. Legrand du Saulle était adoré de ses malades; elles comprennent, car heureusement le cœur ne meurt pas toujours chez l'aliéné, elles comprennent la perte qu'elles viennent de faire.

Si la chose eût été possible, elles auraient voulu se joindre à nous pour conduire leur bienfaiteur au champ du repos, et ce cortège, déjà si nombreux, se serait grossi de plus de trois cents infortunées dont, à l'heure qu'il est, les larmes coulent loin d'ici.

M. Legrand du Saulle avait, par ses soins constants, adouci dans la mesure du possible l'état si digne de pitié des malades épileptiques. Les enfants appelaient sa sollicitude toute particulière, et c'est à son initiative que sont dues bon nombre des améliorations apportées à l'école de la Salpêtrière.

Le personnel tout entier du grand hospice perd en M. Legrand du Saulle un protecteur et un ami : il est peu d'entre nous qui n'aient eu à recourir à son obligeance devenue proverbiale. Quand il s'agissait de rendre service, à lui aussi le mot impossible était inconnu.

Il est mort au champ d'honneur du savant : dimanche dernier il faisait encore son cours entouré d'un auditoire d'élite que sa parole brillante tenait sous le charme.

Nous n'entendrons plus cette bonne et puissante voix, écho du cœur, qui faisait tant de bien et qui a relevé plus d'un courage abattu, quand lui-même luttait contre le mal qui devait le foudroyer.

Lorsqu'en 1881 M. Ch. Quentin, directeur de l'Assistance publique, décida que les salles des hôpitaux et des hospices porteraient à l'avenir le nom des bienfaiteurs de l'humanité et des médecins célèbres, nous eûmes à proposer, avec M. Legrand du Saulle, les noms à donner aux salles de sa section, la section Esquirol.

Par un sentiment de profonde reconnaissance, ses choix se portèrent de préférence sur plusieurs de ses anciens maîtres, auxquels il fut heureux de réserver une place au Panthéon hospitalier.

L'administration accueillera avec empressement, j'en suis sûr, la proposition qui lui sera faite de donner à la salle dite de la réception, le nom de Legrand du Saulle ; il a bien mérité de la science et des pauvres malades.

Puisse sa famille recevoir devant cette tombe, si prématurément ouverte, le témoignage de notre profonde et bien douloureuse sympathie.

Au revoir, cher et excellent ami, au revoir!!!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 3 mai 1886, M. le docteur Adolphe Picard est nommé médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

— Par arrêté ministériel en date du 13 mai 1886, un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Marseille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie a commencé le 11 mai 1886. Les candidats inscrits étaient au nombre de treize, mais seuls se sont présentés les dix candidats dont les noms suivent : MM. Delbet, Demars, Dumare, Lyot, Potherat, Pozzi, Récamier, Regnauld, Sebileau et Thiéry.

Le sujet de la première épreuve (composition écrite sur une question d'anatomie et de physiologie) a été : « Le voile du palais, son rôle dans l'acte de la déglutition. » Deux autres candidats se sont retirés : MM. Pozzi et Regnauld.

— L'exposition d'hygiène urbaine, installée à la caserne Lobau par les soins de la Société de médecine publique, a déjà reçu plus de dix mille visiteurs. Elle est dès maintenant ouverte tous les soirs, et il est fait trois fois par semaine, à huit heures et demie, une conférence sur un sujet d'hygiène. — Tous les jours, à deux heures et demie de l'après-midi, et à huit heures et demie du soir, des conférences-promenades sont faites par des membres de la Société de médecine publique. — Tous les visiteurs sont admis à suivre ces conférences.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Habert, maire et conseiller général de Colombey-les-Belles (Meurthe-et-Moselle), décédé dans sa cinquantième année.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 16 mai à dix heures (asile Sainte-Anne), et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

— M. Marchand, professeur de pharmacologie à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation le dimanche 16 mai 1886, dans les bois de Clamart. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à onze heures trois quarts, pour prendre le train qui part de Paris à midi, pour la station de Clamart.

— M. le docteur E. Verrier commencera son cours d'ethnographie médicale dimanche prochain 16 mai 1886, à trois heures, 28, rue Mazarine, à l'Institut ethnographique, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Il traitera cette année de l'accouchement comparé dans les races et des usages ethniques qui s'y rapportent.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19549.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Rétrécissement de l'œsophage.

Au n° 18 de la salle Saint-Charles est couché un homme atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Il est âgé de cinquante-un ans; il exerce la profession de charretier. Il a fait autrefois de nombreux excès alcooliques; mais, depuis quelque temps, il a le mérite assez rare de s'en être corrigé. Ses antécédents héréditaires et personnels sont nuls.

Il y a six mois, il s'est aperçu pour la première fois qu'il avalait moins facilement, que les aliments semblaient s'arrêter au niveau de l'appendice xyphoïde. Un peu plus tard, les potages et les liquides seuls passaient facilement, tandis qu'il vomissait les aliments solides presque aussitôt après leur introduction dans l'œsophage, mais plutôt par régurgitation et sans aucun effort, que par vomissement véritable.

Les difficultés d'avaler ont été de plus en plus en augmentant, et, il y a deux mois environ, il a vomi subitement un litre de sang. Cet accident a été suivi d'un soulagement immédiat et d'une plus grande facilité à avaler, et pendant quinze ou vingt jours, cet homme a pu manger sans avoir aucun vomissement alimentaire ou autre. Mais, au bout de ce temps, l'amélioration a cessé, le mal a reparu, les forces ont diminué, l'amaigrissement s'est de plus en plus prononcé et à tel point que, au dire de cet homme, il aurait été de 50 livres depuis six mois.

Enfin, il est entré ici il y a un mois. Les deux premiers jours, il a vomi tous ses aliments, et cependant il ne prenait que du lait et des liquides. Le diagnostic paraissait des plus faciles : il devait s'agir d'un rétrécissement de l'œsophage. Je l'examinai avec des sondes de divers calibres : d'abord avec une sonde œsophagienne, qui s'arrêta à 27 centimètres de l'ouverture des mâchoires; puis avec la baleine munie d'olives de diverses grandeurs, et j'arrivai, avec la plus petite olive, jusqu'à 34 centimètres, sans pouvoir aller au delà. J'essayai ensuite avec des bougies très minces, mais infructueusement. La limite restait la même. En un mot, je me suis trouvé arrêté, quoi que je fasse, un peu au-dessus du cardia.

Je prescrivis immédiatement la teinture de belladone à la dose de 12 gouttes dans un julep. Dès le lendemain, il y avait une certaine amélioration, et il pouvait avaler du lait. La semaine dernière même, il en était arrivé à ce point que le pain ramolli lui-même passait, lorsque tout à coup une nouvelle occlusion s'est produite, et pendant deux jours le malade a rejeté tout ce qu'il prenait. En même temps, il rendit la valeur d'une cuillerée à bouche de sang un peu noir. Pendant la première quinzaine de son séjour ici, il avait engraissé de 500 grammes; mais dans la seconde il a perdu au contraire 1 kilogramme.

Telle est l'observation à propos de laquelle je veux vous dire quelques mots des rétrécissements de l'œsophage en général. Et tout d'abord, parlons des phénomènes communs à tous les cas. Ce sont : 1° la dysphagie, ou l'impossibilité de faire pénétrer les aliments dans l'estomac, et surtout les aliments solides, même réduits en pulpe, avec des alternatives, au début, de passage et d'occlusion; 2° la douleur; elle n'est pas constante dans tous les cas; c'est une sensation de chaleur, de distension, de contraction, et même d'arrêt du bol alimentaire, soit au commencement, soit à la fin de l'œsophage; 3° la régurgitation, quelquefois immédiate, quelquefois plus éloignée, laissant croire plutôt, et par erreur, à quelque affection de l'estomac, et qui s'explique par la dilatation de l'œsophage au-dessus de l'obstacle, formant une sorte de jabot où les aliments séjournent quelque temps. Mais ce qui prouve bien qu'il s'agit d'une régurgitation et non pas de vomissements, c'est l'absence d'efforts.

D'ailleurs, en pareils cas, l'exploration du canal œsophagien confirmera ou infirmera le diagnostic, car s'il y a rétrécissement, l'olive de la baleine ou la sonde œsophagienne ne descendront pas au delà d'une certaine limite ou passeront avec difficulté; s'il n'y a pas de rétrécissement, elles pénétreront, au contraire, dans l'estomac. En général, les rétrécissements sont assez courts et ne mesurent guère que 1 à 2 centimètres au plus.

Les rétrécissements de l'œsophage peuvent être de diverse nature. Les plus communs sont dus au cancer de cet organe, presque toujours situé en haut, près du pharynx, ou en bas, près du cardia, rarement en d'autres points. Les rétrécissements cancéreux sont caractérisés par une dysphagie croissante, jusqu'à l'obstruction complète, par des hémorrhagies soudaines, spontanées. On devra aussi tenir compte des antécédents héréditaires et de l'âge (cinquante ans ou un peu après).

Dans une seconde catégorie, il faut ranger les rétrécissements fibreux, cicatriciels, consécutifs à quelque plaie résultant d'un accident tel que l'ingurgitation d'un liquide bouillant ou corrosif. Son siège est le plus souvent à la partie supérieure du pharynx. D'ailleurs, l'ingestion du liquide a été suivie d'une douleur très vive, persistante, d'une durée plus ou moins longue (quatre à quinze jours), de sorte que les commémoratifs sont là pour faciliter grandement le diagnostic, alors même que le rétrécissement ne surviendrait que plusieurs années après l'accident, par l'induration du tissu cicatriciel.

On a parlé aussi des rétrécissements de nature syphilitique, mais les observations en sont très rares et peu probantes.

Une troisième catégorie comprend les rétrécissements par compression exercée sur l'œsophage par quelque tumeur de voisinage : abcès, engorgement ganglionnaire, anévrysme, etc. Ici, le diagnostic est assez difficile; cependant, un excellent élément pour reconnaître le caractère de ces rétrécissements est le suivant : alors que les liquides même passent difficilement, on parvient généralement avec assez de facilité à vaincre l'obstacle par le cathétérisme.

Chez notre malade, quelle est donc la nature de son rétrécissement? Pour moi, j'ai une grande tendance à le considérer comme cancéreux, d'abord parce qu'il n'y a eu aucun traumatisme antérieur, ensuite en raison de l'âge du malade, de la marche de la maladie, des hémorrhagies, de l'amaigrissement, bien qu'il n'ait aucun aspect cachectique. Cependant, je fais quelques réserves à cause de l'amélioration qui a suivi la grande hémorrhagie et qui a duré quinze jours, ce qui permettrait l'hypothèse de quelque tumeur, de quelque poche anévrysmale de l'aorte, laquelle, diminuant de volume par suite de la perte de sang, aurait laissé passer les aliments pendant quelque temps. Néanmoins, les signes fournis par le cathétérisme œsophagien me font plutôt songer au cancer.

Quoi qu'il en soit, anévrysme ou cancer, le pronostic est grave. Peu à peu le malade perdra ses forces par l'inanition forcée, s'affaiblira; peut-être même deviendra-t-il tuberculeux à la suite de cette inanition, le fait n'est pas absolument rare, et nous avons eu l'occasion de le constater ici il y a deux ans. Donc, le pronostic est très mauvais, et la mort me paraît probable dans l'espace de quelques mois, voire même de quelques semaines.

Quant au traitement, nous avons peu de chose à faire. La dilatation du rétrécissement est impossible dans le cas présent. La belladone, comme antispasmodique, est un bon moyen, tandis que la cautérisation ne vaut rien. Enfin, en cas d'inanition trop prononcée, nous pourrions avoir recours à la gastrotomie proposée par Sédillot. Mais ce n'est là qu'un moyen artificiel qui ne conduit pas à la guérison et qui permet seulement de nourrir les malades quelque temps, tant bien que mal, capable tout au plus de leur procurer quelque survie, généralement assez courte.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS (1)

GUÉRIE PAR LES INJECTIONS D'ERGOTINE.

Par M. le docteur Auguste JAURÈS, de Dourgne (Tarn).

II

Durant les derniers jours passés à l'hôpital, on lui avait fait quelques injections d'ergotine qu'elle avait supportées. A son arrivée, elle nous raconta tout ce qu'on lui avait dit et fait pendant son séjour à Montpellier. Sur ces données, notre idée revint aux injections, et c'est là où nous plaçâmes tout notre faible espoir.

Elle avait supporté, il est vrai, sans trop souffrir, les injections, mais elles avaient été pratiquées à la partie supérieure des cuisses et non dans la tumeur. Néanmoins comme ce n'était pas l'ergotine Bonjean qui avait été employée, mais l'ergotine titrée d'Yvon, nous écrivîmes aussitôt pour en avoir, et c'est vers la fin du mois d'août que nous fîmes la première injection directement dans la tumeur. L'aiguille éprouvait, en pénétrant, la même résistance, le tissu de la tumeur ne s'était pas ramolli.

Chaque injection de la solution titrée d'Yvon contient 1 gramme d'ergotine.

Le lendemain et pendant huit jours, nous pûmes en faire une tous les matins, et pendant les quinze jours suivants une le matin et une le soir.

Le 18 septembre nous fûmes obligé de nous arrêter, tellement les douleurs dans le ventre étaient intolérables. Sûrement il se produisait un travail inflammatoire, car la température axillaire, qui jusque-là n'avait pas dépassé 38 degrés, variait entre 39°,5 et 40.

Nous étions toujours à redouter une péritonite foudroyante; les jours, les nuits, ne connaissaient pas de sommeil, et ce n'était que grâce aux calmants les plus énergiques administrés *intus* et *extra*, que nous parvenions à obtenir quelques instants de repos ou plutôt de somnolence.

Son estomac refusait toute espèce d'aliments; les vomissements qui n'avaient pas cédé aux antispasmodiques furent arrêtés par la glace, qui, en même temps qu'elle lui calmait les douleurs, nous permettait de la nourrir un peu.

La tumeur était la même, toujours très résistante, la malade perdait courage, et nous de notre côté nous n'étions pas très rassuré.

Nous fîmes part de nos réflexions à notre ami le confrère de Castres, qui se trouvait chez nous, et il nous conseilla de persister jusqu'au bout dans le même mode de traitement.

Au commencement d'octobre, pendant douze jours, deux fois par jour, nous pûmes faire une injection d'ergotine dans le tissu même de la tumeur. Malgré toutes les précautions, malgré tous les calmants, nous nous vîmes contraint de suspendre les piqûres, les mêmes phénomènes se présentant de nouveau et avec plus d'intensité; mais enfin à notre satisfaction, nous constations un travail dans la tumeur.

Jusque-là, elle nous avait présenté une surface complètement unie, et maintenant nous trouvons au toucher des bosselures, des saillies de la grosseur de noisettes, et dans le nombre quelques-unes accusant de la fluctuation. Sans nul doute, ces petits abcès avaient été déterminés par les injections d'ergotine, et nous aurions bien voulu pouvoir les continuer, espérant ainsi hâter la maturité de cet énorme fruit; mais de force il fallut de nouveau s'arrêter et employer la médication suivante :

Cataplasmes, pommades mercurielles belladonées-laudanisées, glace.

La température était entre 39°,5 et 40 degrés.

Au commencement de novembre, tous ces petits abcès étaient plus ou moins fluctuants, et vers le 12 du même mois on aurait pu croire qu'ils s'étaient tous réunis en un seul, car au-dessus de l'ombilic, du côté droit surtout, on constatait une immense tumeur soulevant la peau et ne présentant plus les mêmes caractères.

Le ventre était un vrai panaris. Le doute n'était pas possible sur la nature du contenu, le pus cherchait à se faire jour à travers l'ombilic fortement distendu.

Le moment était pressant de faire l'opération, les forces de la malade diminuaient d'heure en heure, mais l'appréhension qu'elle avait du bistouri nous obligea d'attendre.

Le 15 novembre au matin, une large incision partagea l'ombilic, et immédiatement une grande quantité de pus ne présentant

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 456.

rien de particulier ni à l'œil, ni à l'odorat, s'échappa de l'abcès. Un litre environ.

Après cette évacuation, la tumeur au toucher, tout en étant encore très dure, avait diminué de volume; les hypochondres et surtout l'épigastre se trouvaient dégagés. Tous les jours il s'écoulait beaucoup de pus, et tous les jours nous observions une légère diminution.

A la fin de décembre, à notre visite du matin, nous fûmes tout surpris de trouver les linges et le cataplasme complètement secs; l'ouverture de l'abcès était hermétiquement fermée par une matière filamenteuse d'un aspect jaunâtre; la suppuration n'ayant pu se faire, la malade avait eu une très mauvaise nuit.

Avec des pinces, nous essayâmes de tirer au dehors cette masse qui ressemblait à de la filasse; elle cédait bien à la traction, mais les douleurs déterminées par cette manœuvre étaient si violentes que nous nous contentâmes d'inciser avec des ciseaux tout ce qui faisait saillie; et quelques légères pressions sur le ventre donnant un libre cours au pus lui procurèrent un peu de soulagement.

Matin et soir, nous opérâmes de la même manière; nous enlevions d'énormes morceaux de ces matières filamenteuses qui sortaient comme une corde du volume d'un câble de charrette, lorsque le 29, pendant l'opération, une vraie débâcle arriva. Par suite de plusieurs efforts de toux, ce qui restait de cette filasse fut expulsé, et aussitôt une quantité de pus épais et verdâtre — d'environ 2 litres — s'échappa de la cavité. Je dis cavité, car il ne restait déjà plus trace de la tumeur, et l'ouverture faite à l'ombilic, qui ne mesurait pas moins de 3 centimètres de diamètre, se resserra immédiatement.

Il ne peut pas y avoir de doute que ce câble de filasse qui peut être évalué à plus d'un mètre et demi de longueur, — n'était autre chose que les fibres musculaires de la tumeur.

Nos premiers soins furent de rassurer notre malade, de la ranimer et de la placer dans un bon lit. Le calme le plus complet et une alimentation liquide des mieux appropriées sont ordonnés: bouillon, vin généreux, cognac.

Le soir déjà, la température était tombée à 37 degrés, une douce moiteur avait envahi tout le corps, et dans la nuit un sommeil réparateur remplaça les insomnies provoquées par les calmants.

Dès le lendemain, le facies qui était tiré et cadavérique avait repris un peu de calme, la suppuration avait de beaucoup diminué et une pression assez forte sur tout l'abdomen pouvait être exercée sans la moindre douleur. Avec une seringue ordinaire remplie d'une solution d'acide phénique au 100e, nous fîmes un lavage de la cavité, mais trouvant que l'introduction de la canule était douloureuse et que du reste nous inondions notre malade, nous nous décidâmes à employer la seringue à injections intra-utérines du docteur Leblond.

Cet instrument nous a rendu de réels services, il nous a permis de nous rendre compte de la dimension de la tumeur. La canule de cette seringue, qui ne mesure pas moins de 15 centimètres de longueur, a pu pénétrer complètement sans résistance, sans douleur, à peu près dans tous les sens.

Avec lui, nous avons pu faire de vrais lavages, tantôt avec l'acide phénique, tantôt avec l'acide borique en solution.

Nous avons badigeonné tout le ventre avec du collodion riciné.

Quatre semaines après ce traitement, notre malade est en convalescence; l'appétit, le sommeil sont revenus, et tous les jours elle sent les forces augmenter.

Elle se lève cinq à six heures dans la journée, elle commence à marcher et les fonctions digestives se font assez régulièrement.

Au toucher, pas la moindre trace de tumeur, on perçoit seulement un léger épaississement de la face antérieure de l'utérus.

La malade est guérie.

NOTE

SUR LES ALTÉRATIONS DES DENTS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE.

Par M. le docteur GALIPPE.

En 1882, à propos d'observations publiées par M. Demange (de Nancy) sur la chute spontanée des dents dans l'ataxie locomotrice, nous avions émis (1) quelques doutes sur le rôle exclusif que l'on faisait jouer à cette maladie.

Les lésions observées du côté du trijumeau et les troubles fonctionnels pouvant en résulter, nous paraissaient bien plutôt de nature à créer un terrain, c'est-à-dire à favoriser le développement d'une maladie connue sous le nom d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Cette affection, que j'ai étudiée avec M. Malassez, est produite par un parasite. Elle est caractérisée par l'ébranlement et la chute des dents, s'accompagnant d'une suppuration plus ou moins abondante et la destruction du rebord alvéolaire. Souvent le rebord alvéolaire s'élimine à l'état de fragments plus ou moins considérables; mais la réparation se fait vite; il n'en est pas toujours de même chez les ataxiques, comme nous le verrons tout à l'heure.

Nous avions été fortifié dans nos doutes par l'examen de la bouche d'une centaine d'ataxiques, observés dans les services de MM. Debove, Raymond, Landouzy, Luys, Charcot.

Les signes cliniques observés nous paraissaient si voisins de ceux que l'on constate dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, qu'il nous eût été impossible, par l'examen seul des lésions produites, d'établir un diagnostic différentiel.

Nous avions du reste un moyen sûr de rapprocher ces lésions l'une de l'autre et de les identifier même ou de les différencier.

M. Malassez et moi nous avons constaté la présence, dans les dents atteintes d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, de parasites ayant envahi la dent par le cément.

Il est bien évident que si, dans l'ataxie locomotrice, la chute des dents, qui est loin d'être une règle absolue, pouvait être attribuée exclusivement à des troubles trophiques, on n'y trouverait point de parasites. Le contraire démontrerait que le mécanisme de leur chute serait très voisin, sinon identique à celui de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.

Bien que les ataxiques perdent fréquemment les dents du maxillaire supérieur, il est très difficile de s'en procurer, soit que ces dents soient avalées ou que les malades n'attirent point l'attention du médecin sur cet accident. Il m'a fallu attendre longtemps avant de pouvoir vérifier mon hypothèse. C'est grâce à l'obligeance de mon collègue et ami M. Féré que j'ai pu me procurer des dents d'ataxiques tombées spontanément. La compétence toute spéciale et si appréciée de notre collègue rend superflue toute discussion du diagnostic.

L'examen de ces dents par la méthode que j'avais déjà suivie avec M. Malassez, pour l'examen des dents tombées à la suite de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, nous a conduit au même résultat. Les dents tombées spontanément dans *l'ataxie locomotrice* sont envahies par les parasites. Mon maître et ami M. Malassez a bien voulu examiner mes préparations et me donner, avec sa bienveillance habituelle, les conseils techniques dont j'avais besoin.

L'examen microscopique seul ne permet pas de différencier les lésions non plus que les parasites, des lésions et des parasites observés dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. C'est seulement à l'aide des cultures que l'on pourra les identifier ou les différencier.

Le fait n'en est pas moins établi. Il démontre que c'est par un véritable abus de mots qu'on a pu dire que les dents des ataxiques tombaient absolument intactes.

La chute de la dent ne peut se faire sans qu'il y ait des lésions du cément, attendu que les faisceaux ligamenteux, maintenant la dent solidement fixée au maxillaire, pénètrent dans le cément et que leur destruction ne peut se faire sans l'intervention d'un travail pathologique intense.

(1) Voir *Journal des connaissances médicales.*

Sur les nombreux ataxiques dont j'ai pu examiner la bouche, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer les altérations spécifiques des dents dont quelques rares auteurs font mention.

M. Galippe rapporte l'observation d'un ataxique auquel il avait dû appliquer un appareil, pour remédier à une perforation double des sinus maxillaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 mai 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Mouvements respiratoires. — M. G. POUCHET présente une note de M. Wertheimer (de Lille) sur le retour des mouvements respiratoires après section de la moelle à la partie supérieure, chez les mammifères refroidis.

M. BROWN-SÉQUARD fait observer qu'il y a trente-cinq ans qu'il a dit la même chose.

M. LABORDE ajoute que tout le monde en France, sinon à l'étranger, reconnaît à M. Brown-Séquard cette priorité. Il a du reste, lui aussi, fait des recherches comparables. Il serait bon de dire à M. Wertheimer que s'il a fait une découverte, cette découverte ne lui appartient pas.

Médecine légale et zoologie. — M. MÉGNIN fait part des résultats que la zoologie lui a fournis dans la détermination du temps depuis lequel étaient enfouis les os de la victime de Villemomble. La présence de nids de fourmis, des bulbes altérés de liliacées dévorées par certains acares, lui ont permis d'affirmer que les os séjournaient depuis au moins deux ans dans la terre.

La digitaline allemande. — M. LABORDE a déjà montré combien était peu active la digitaline allemande; il remet aujourd'hui une note de M. Philippe Laffont démontrant que la fraude va bien plus loin encore, puisqu'une maison d'Allemagne vend et expédie, sous le nom de *digitoxine*, une substance qui chimiquement est inconnue et qui n'est absolument que la digitaline ordinaire. Ainsi donc, on invente un nom ne répondant à aucune substance existant chimiquement, et on le donne, pour la vendre plus cher, à la simple digitaline que tout le monde connaît.

On s'explique ainsi les mécomptes des thérapeutistes.

Inhibition. — M. LABORDE croit qu'il est impossible, comme veut le faire M. Féré, d'interpréter par la fatigue, par l'épuisement, tous les phénomènes inhibitoires. Prenons le cas le plus simple. On excite le bout périphérique du pneumogastrique sectionné; il y a arrêt du cœur. N'est-ce pas là le phénomène inhibitoire le plus simple, et faut-il admettre que la fatigue signifie, dans ces exemples, quelque chose? Il y a des phénomènes inhibitoires purs, des phénomènes d'arrêt qu'il faut accepter tout en avouant qu'on n'en sait pas la cause.

Note sur les altérations des dents dans l'ataxie locomotrice. — M. GALIPPE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 463.)

La séance est levée.

Séance du 15 mai 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Mesure d'espaces de temps très courts. — M. D'ARSONVAL présente un appareil destiné à mesurer des espaces de temps extrêmement courts. Cet appareil donne directement à la lecture le temps que dure un phénomène par centième de seconde. On peut même enregistrer avec cet appareil un millième de seconde.

M. BLOCH demande s'il n'y a pas une certaine vitesse acquise de l'aiguille de cet appareil.

M. D'ARSONVAL répond négativement et démontre que les arrêts sont tout à fait instantanés.

M. BROWN-SÉQUARD a fait avec cet appareil un grand nombre de recherches sur des malades, au point de vue de la vitesse du courant nerveux. Chez un malade atteint de l'hémiplégie spinale désignée sous le nom de maladie de Brown-Séquard, il a constaté du côté hyperesthésique une vitesse beaucoup plus considérable qu'à l'état normal.

Ponts intercellulaires. — M. MATHIAS DUVAL présente, de la part de M. Ponau, un travail sur les ponts intercellulaires qu'il a constatés dans la membrane de Descemet. Ces ponts intercellulaires seraient constitués par des filaments granuleux.

Ophthalmotonométrie. — M. GELLÉ fait une communication sur la mensuration de la tonicité du globe oculaire ou sur l'ophthalmotonométrie par le son.

Il propose d'ajouter aux méthodes en usage pour la tonométrie oculaire la méthode suivante basée sur la transmission du son à travers le globe de l'œil. C'est une application des notions d'acoustique sur la conductibilité des membranes pour le son.

Dès le début, dit-il, j'appliquais sur la partie supérieure de l'œil le diapason la 3 de 9 centimètres et j'auscultais avec l'otoscope posé sur un point diamétralement opposé. Tout récemment j'ai utilisé le *téléphone solidien* de M. d'Arsonval, en le modifiant légèrement pour rendre le contact plus léger, moins étendu, plus précis. Une tigelle métallique de 6 centimètres est fixée sur le bouton de ce téléphone spécial, et son extrémité arrondie s'applique sur le globe en un point limité à volonté. Le son est fourni par un trembleur d'un petit appareil de Gaiffe, mû par un élément Leclanché (intensité comparable) placé au loin. Une bobine à chariot (petit modèle pliant des laboratoires), placée sous la main de l'opérateur, lui donne la faculté d'augmenter à volonté l'intensité et d'enregistrer les degrés du courant induit : on a donc du même coup le son et sa mesure, et le moyen de le transmettre au contact du globe oculaire.

D'observations déjà nombreuses, j'ai pu établir l'intensité nécessaire dans le cas de *tonus normal* de l'œil. Au nº 7, pour la grande majorité des yeux sains, le passage se produit au moindre contact du bouton téléphonique; en quelques cas elle est encore possible à 8, à 9 degrés, car la transmission n'exige pas un courant plus énergique et peut avoir lieu avec de moindres intensités; tels sont les caractères de la normale.

Si la *tension est diminuée*, on constate qu'il faut augmenter la pression du bouton, d'autant plus que le globe est plus mou et moins résistant; et la transmission, d'abord nulle ou très faible, s'accroît à la pression.

L'échelle graduée de la bobine donne la mesure de l'intensité du courant et du son nécessaires, et par suite de l'obstacle au passage; le retour et les oscillations du son, suivant les pressions plus ou moins énergiques du bouton sur le globe, montrent nettement son ramollissement, et la nécessité d'accroître le courant en donne la mesure.

Dans le cas de *tension exagérée*, aucune oscillation du son; il faut accroître l'intensité du courant, à 6, à 5, à 4 degrés même, pour que la transmission ait lieu. La pression peut même éteindre un son qui déjà passe à peine. Les chiffres de l'échelle graduée donnent sûrement la mesure de la tension oculaire, puisque le courant croît en raison de la tension.

De nombreuses observations cliniques ont montré toute la précision de la méthode : le sujet est toujours à l'étude au point de vue de l'application pratique.

Action physiologique de la cinchonine. — M. LABORDE donne le complément des recherches relatives à l'action physiologique de certains alcaloïdes du quinquina. C'est surtout le mécanisme de cette action qu'il a étudié. Il ne parlera aujourd'hui que des convulsivants et en particulier de la cinchonine.

MM. Thyrol et Kourchy (d'Italie) ont enlevé les centres moteurs

chez un animal et ont constaté que cette substance ne donnait plus de convulsions chez cet animal. M. Bochefontaine a répété ces expériences. Après avoir laissé reposer ces animaux, il a constaté qu'ils continuaient à avoir des convulsions sous l'influence de la cinchonine, confirmation nouvelle de l'expérience de M. Dupuy. M. Bochefontaine avait expérimenté aussi sur des cobayes nouveau-nés chez lesquels manque la substance grise, et il croit avoir constaté que les convulsions font défaut chez ces animaux nouveau-nés. M. Laborde a repris ces expériences, et, contrairement à M. Bochefontaine, il a obtenu les convulsions les plus nettes sous l'influence de la cinchonine. Il se sépare aussi de son regretté collègue relativement à l'influence de cette substance sur la pression sanguine, qui augmente au lieu de diminuer, comme l'avait dit M. Bochefontaine. Non seulement la pression monte à chaque attaque, mais encore elle se maintient élevée après un certain temps.

Il résulte de ces expériences que la cinchonine se rapproche de la strychnine au point de vue du mécanisme de l'action physiologique. Il y aurait donc lieu de faire entrer la cinchonine dans la thérapeutique, d'autant plus qu'elle est bien moins dangereuse que la strychnine, journellement employée.

M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir montré qu'après la section de la moelle épinière les poisons convulsivants agissent tout aussi bien qu'à l'état normal.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Monoplégie d'origine hystérique. — M. CHAUFFARD, à l'occasion du procès-verbal, communique la relation d'un cas de monoplégie brachiale hystérique ou hystéro-traumatique chez un jeune garçon. A la suite d'une chute, ce jeune garçon fut pris de douleurs vives dans le bras, avec des troubles nerveux, suivis huit jours après de paralysie. Les troubles nerveux s'accentuèrent de plus en plus, s'accompagnant de douleurs dans la région précordiale et d'hémorrhagies. Dans une deuxième phase de la maladie, la paralysie devint flasque. Enfin dans une troisième phase, on constata un arrêt de développement des os du membre primitivement atteint. M. Charcot, qui a vu ce petit malade, a confirmé le diagnostic de monoplégie hystéro-traumatique.

Traitement du croup. — M. CADET DE GASSICOURT fait une communication sur ce sujet. Ayant parlé, dans une précédente communication, de guérison spontanée du croup, il commence par expliquer ce qu'il entend par là : cela ne veut pas dire, ainsi que le lui avait fait observer M. Beaumetz, qu'il ne fait absolument rien aux enfants atteints du croup; il leur fait suivre le traitement habituel, jus de citron, chlorate de potasse à l'intérieur, etc. Il est bien évident que cette médication soulage, dans un grand nombre de cas, mais elle ne guérit pas, et l'on peut bien dire que les petits malades qui ont survécu au croup, après cette simple médication, ont guéri spontanément.

M. Cadet de Gassicourt présente ensuite quelques considérations sur le diagnostic du croup; ce diagnostic est parfois très difficile, à une certaine période, et il résulte des essais qu'a faits M. Cadet de Gassicourt autrefois avec Isambert et, récemment avec M. le docteur Coupard, que le laryngoscope est d'abord le plus souvent insuffisant pour éclairer le diagnostic, et d'ailleurs absolument inapplicable chez l'enfant. Quoi qu'il en soit, on est aujourd'hui fixé sur ce point que des fausses membranes sont installées dans le larynx dès la première période du croup, alors qu'existent la raucité de la voix et la suffocation.

M. Cadet de Gassicourt a scrupuleusement expérimenté le traitement par les fumigations d'essence de térébenthine, proposé par M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne) (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, pp. 294, 852). Pour ne pas soumettre indistinctement tous les malades à ce même traitement, il ne l'a employé que dans une seule pièce de 28 mètres cubes, sur un seul enfant à la fois. Il a d'abord recherché l'action directe de ces fumigations sur des fausses membranes récemment détachées; il a constaté que ces fausses membranes n'ont subi aucune modification au point de vue de leur consistance, n'ont été dissoutes en aucune façon, et que la seule modification qu'elles ont présentée, a été dans leur coloration, qui est devenue noirâtre.

Relativement aux petits malades, M. Cadet de Gassicourt a eu soin tout d'abord d'éliminer tous ceux qui sont entrés à l'hôpital déjà intoxiqués. Il n'a choisi que ceux chez lesquels le croup déterminait déjà un tirage permanent. Il a ainsi réuni 12 cas sur lesquels 4 ont guéri et 8 sont morts.

La première observation a trait à une petite fille de quatre ans et demi, entrée à l'hôpital avec une angine étendue mais non toxique; le lendemain apparait le croup avec des accès de suffocation, le tirage permanent; cette enfant est soumise au traitement par les fumigations de térébenthine ; le tirage augmente ; la trachéotomie s'impose; guérison.

Les trois autres observations de guérison sont identiques à cette première ; dans chacun de ces cas, la suffocation a paru augmenter sous l'influence du traitement; la trachéotomie a dû être pratiquée. Les huit autres sont morts malgré le traitement et malgré la trachéotomie. A l'autopsie de ces petits malades, on a trouvé une broncho-pneumonie généralisée.

M. Frémont, interne de M. Lannelongue, a soumis à ces fumigations d'essence de térébenthine et de goudron des cobayes préalablement trachéotomisés; tous ces cobayes sont morts avec de la broncho-pneumonie.

Relativement au traitement du croup par les vapeurs de térébenthine, M. Cadet de Gassicourt croit devoir, en raison des faits qu'il vient d'exposer, formuler des conclusions radicalement négatives. C'est, dit-il, se montrer optimiste, que de s'en tenir à déclarer que cette méthode n'est probablement pour rien dans les cas de mort dont il vient d'être question.

M. FÉRÉOL félicite M. Cadet de Gassicourt du soin scrupuleux avec lequel il a fait ces expériences. La méthode paraît jugée maintenant, et M. Féréol perd une illusion, car il rappelle avoir cité un fait dans lequel cette méthode lui paraissait s'être montrée efficace.

M. CADET DE GASSICOURT n'a observé qu'un cas d'amélioration sous l'influence de ce traitement; il s'agissait d'une angine stridulente.

M. D'HEILLY fait observer que M. Delthil lui-même a renoncé aux fumigations; il les a remplacées par des badigeonnages d'essence de térébenthine sur le fond de la gorge et de simples vaporisations dans la pièce.

Traitement de l'obésité. — M. CONSTANTIN PAUL lit un travail sur ce sujet. Il rappelle que c'est à M. Dancel que revient le mérite d'avoir le premier bien nettement fixé un traitement de l'obésité. Ce traitement était basé sur quatre conditions principales : 1° l'exercice ; 2° le régime ; 3° l'absence de boissons; 4° les purgations. Il recommandait surtout l'exercice du matin; quant au régime, il consistait surtout dans la suppression des corps gras, du pain, des féculents, des aliments sucrés; en troisième lieu, il recommandait de boire très peu d'eau; enfin il prescrivait tous les quatre à six jours de 1 à 3 grammes de scammonée.

M. Constantin Paul a pu suivre très régulièrement pendant vingt ans une malade qui s'est soumise avec une scrupuleuse exactitude à ce traitement. Depuis ce temps, il prend les courbes de poids de cette malade pendant toute l'année. Or il a pu constater ce fait que tous les ans cette courbe monte de janvier à avril pour tomber d'avril à mai et rester horizontale tout le reste de l'année.

M. DEBOVE fait observer qu'il y a toute une série de régimes institués contre l'obésité; tous ont du bon; tous ont réussi dans certains cas; mais on ne sera véritablement fixé sur leur valeur

que quand on aura étudié isolément et à part chacune des conditions qui composent ces divers régimes. C'est ce qu'a cherché à faire M. Debove en parlant d'abord de l'influence de l'eau sur la nutrition; il étudie maintenant celle des graisses.

M. CONSTANTIN PAUL dit que les observations prises sur des individus sains au point de vue de l'obésité ne signifient rien, attendu que le même régime qui engraisse l'un n'engraisse pas l'autre. Il fait observer que, dans sa communication, il a surtout voulu attirer l'attention sur cette variation annuelle de poids selon l'époque où l'on se trouve.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

100. M. Béchadergue-Lagrèze. Incontinence d'urine sans fistule consécutive à l'accouchement. — 101. M. Hirschfeld. Contribution à l'étude des injections hypodermiques des ferrugineux. — 102. M. Tarral. De l'érythème scarlatiniforme et rubéoliforme dans le choléra. — 103. M. Julien. Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. — 104. M. Duhamel. De la pneumonie aiguë chez les tuberculeux. — 105. M. Feulard. Teignes et teigneux. — 106. M. Gautier. Du pseudo-étranglement dans l'ectopie inguinale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 mai 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecins de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Barrion et Picard.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 mai 1886, la chaire de zoologie et botanique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante.

— M. le médecin-inspecteur Paulet, directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger, est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée à Marseille, à partir du 22 juin 1886, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Levie, qui passera, à cette date, dans la section de réserve.

— L'avant-dernière des épreuves définitives du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements s'est terminée vendredi soir. Les candidats ont subi cette épreuve dans l'ordre suivant : MM. Barette, Truc, Nélaton, Pousson, Picqué, Schwartz, Gangolphe, Brun, Étienne, de Lapersonne, Jalaguier, Denucé, Augagneur, Vautrin, Forgue, Rémy, Auvard, Maygrier, Gerbauld et Bar.

Le dépôt des thèses devra s'effectuer à la Faculté de médecine de Paris, le vendredi 28 mai 1886, à quatre heures. Le même jour, à cinq heures du soir aura lieu le tirage au sort de l'ordre dans lequel les thèses seront soutenues. La soutenance commencera le lundi 31 mai, à cinq heures du soir.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain, 24 mai 1886, à l'administration de l'Assistance publique, pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux, se compose définitivement de MM. les docteurs Ribemont, Pinard, Desormeaux, Budin, Bouilly, Hérard et Nicaise.

— Le jury du concours de l'agrégation (section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle) qui doit s'ouvrir le mardi 1er juin 1886, est composé de MM. Béclard, président, Sappey, Mathias-Duval, Cornil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Planchon, professeur à la Faculté de Montpellier; Bouchard, professeur à la Faculté de Bordeaux; Renaut, professeur à la Faculté de Lyon; Marey, membre de l'Académie de médecine, et Charles Richet, agrégé à la Faculté de Paris, juges titulaires; et de MM. Laboulbène, Grancher, Proust, professeurs à la Faculté de Paris, et Rémy, agrégé à la Faculté de Paris, juges suppléants.

— Le jury du concours des sciences physiques et chimiques, qui doit s'ouvrir le mardi 1er juin 1886, se composera de MM. Gavarret, président; Gautier et Regnauld, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Moitessier, professeur à la Faculté de Montpellier; Crolas, professeur à la Faculté de Lyon; Gariel, membre de l'Académie, et Lutz, agrégés de la Faculté de Paris, membres titulaires; et de MM. Brouardel, Hayem, professeurs à la Faculté de Paris; Hanriot et Bourgoin, agrégés à la Faculté de Paris, juges suppléants.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le jury du concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie se compose de MM. les professeurs Béclard, président, et Sappey; de M. Farabeuf, directeur des travaux pratiques, et Reynier, agrégé.

La question donnée pour l'épreuve orale (épreuve d'anatomie) est : « Le tronc cœliaque avec ses trois branches ». L'épreuve pratique de dissection aura lieu jeudi prochain 20 mai 1886, à onze heures du matin, à l'École pratique.

Sur treize candidats inscrits, sept seulement se présentent. Ce sont MM. Delbet, Dumoret, Lyot, Pothrat, Récamier, Sébileau et Thierry.

— MM. les candidats du concours du prosectorat sont prévenus que la remise des pièces sèches doit avoir lieu le mercredi 9 juin 1886.

— Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le lundi 31 mai 1886, pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, sont au nombre de vingt-quatre. Ce sont : MM. les docteurs Ramonède, Guinard, Bazy, Rémy, Ozenne, Hache, Jullien, Picqué, Garnier, Petit-Vendol, Verchère, Nepveu, Ricard, Marchant, Michaux, Labbé, Castex, Poirier, Walthet, Ménard, Jarjavay, Barette, Tuffier et Coudray.

Les membres du jury sont provisoirement : MM. Trélat, Cruveilhier, Horteloup, Peyrot, Péan, Cusco et Ferrand.

— Le concours ouvert le 1er mai 1886, pour la nomination à trois places de pharmacien des hôpitaux de Paris s'est terminé le 15 de ce mois, par la nomination de MM. Meillère (déjà pharmacien de l'Asile public des aliénés de Vaucluse), Béhal (interne en pharmacie de cinquième année), et Berthoud (interne en pharmacie de troisième année).

— Nous avons le regret d'annoncer la perte d'un de nos plus honorables confrères, M. Desfossez, médecin de Taverny (Seine-et-Oise), à l'âge de soixante-quinze ans. Praticien des plus judicieux et des plus dévoués, il laisse un véritable deuil parmi la population des villages où il a été pendant plus d'un demi-siècle le sauveur et le soutien de toutes les souffrances.

— La Société nationale d'encouragement au bien, dans sa séance du 16 mai, a décerné des médailles d'honneur et des diplômes à MM. les docteurs Legrand du Saulle, à Paris; Cheurlot, à Bar-sur-Seine; Dépéret Muret, à Limoges; Faraut, à Nice; Picard, à Villentrois (Indre), et à MM. Laroche et Nicot, pharmaciens à Paris.

— Les conférences ci-après seront faites à l'Exposition d'hygiène urbaine, caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville, à huit heures du soir :

Mardi 18 mai. — M. le docteur Gariel : « l'Eclairage au point de vue de l'hygiène. »

Jeudi 20 mai. — M. Beghmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées : « le Service des eaux à Paris. »

Samedi 22 mai. — M. le docteur Napias : « l'Hygiène à l'école. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19567.

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0 255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux.........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques...................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

79

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées.—Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et tes ph.

97

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT: A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

57

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur,* diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général: LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose: 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général: phie GIGON, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

71

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon: CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte: DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL: A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS: S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte: *2 fr. 25.*

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS: M. Margier, pharm. à Privas.

5

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques. DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

109

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRNIES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

170

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

N° 59. — JEUDI 20 MAI 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 20 MAI 1886. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bien que cette séance ait commencé par une élection dont le résultat a été la nomination de M. Lacaze-Duthiers (de l'Académie des sciences) au titre d'associé libre et qu'elle ait été terminée par un comité secret pour le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie, à laquelle il sera pourvu mardi prochain, elle n'en a pas été moins bien remplie.

On y a entendu d'abord M. Villemin, toujours bien accueilli à la tribune, qui est venu y exposer, avec une grande chaleur de conviction, les résultats vraiment remarquables et qu'il n'a pas craint de qualifier lui-même de merveilleux, qu'il a obtenus par l'emploi de l'iodure de potassium dans les différentes formes de l'érythème polymorphe; démontrant ainsi, en même temps que leur rapide et facile curabilité, l'unité de nature de ces variétés apparentes d'érythèmes fébriles généralisés.

La chirurgie et la médecine opératoire ont été ensuite l'objet de deux communications intéressantes : l'une de M. Périer, sur un cas d'anus contre nature consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu et qu'il a guéri par un procédé particulier de suture intestinale; la deuxième de M. Delorme, médecin-major, agrégé libre du Val-de-Grâce, sur un cas de restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez.

Une courte note de M. Feulard sur le favus *vulgum*, la teigne, devant les conseils de révision, confirmant les observations faites il y a une vingtaine d'années sur ce même sujet par M. Bergeron, savoir la diminution graduelle et continue de cette affection en France, a terminé la partie publique de cette séance.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Fibrome utérin. — Tumeurs de la langue.

(Leçon recueillie par M. E. Regnauld, interne du service.)

Nous avons examiné ensemble la semaine dernière, à notre leçon de technique, une malade atteinte de corps fibreux de l'utérus. Je l'ai opérée jeudi dernier, et voici la tumeur. Cette femme, âgée de quarante ans, m'avait déjà consulté il y a quatre ans, et j'avais constaté chez elle l'existence d'un fibrome utérin. Comme il n'y avait pas d'accidents graves, je lui avais conseillé de ne pas se faire opérer et de prendre patience jusqu'au moment de sa ménopause.

Mais il y a un mois, elle revint accompagnée de son médecin, le docteur Lécuyer (de Verdun), se plaignant de douleurs assez vives pour lui rendre la vie intolérable, et déclarant que, connaissant tous les dangers attachés à une opération de ce genre, elle était néanmoins résolue à se faire opérer. C'est dans ces conditions que je me suis décidé à intervenir. Elle va fort bien, n'a pas eu le moindre accident.

Je voudrais vous faire remarquer quelques particularités anatomiques du fibrome que vous avez maintenant sous les yeux. Vous savez que les fibromes se divisent suivant leur siège en sous-muqueux, interstitiels et sous-péritonéaux, et vous n'ignorez pas que le plus souvent les fibromes interstitiels repoussent la cavité utérine du côté opposé à la paroi dans laquelle ils siègent. Ici nous avons une disposition différente.

Sur cette pièce, en effet, la cavité utérine est très élargie et est enveloppée sur tout son pourtour par des fibromes interstitiels. Parmi ceux-ci, l'un fait saillie sous le péritoine et est devenu sous-péritonéal; un autre, au contraire, refoule la muqueuse utérine vers la cavité. Chez notre malade il y a donc infiltration totale de l'utérus par les corps fibreux qui l'ont hypertrophié et qui sont enveloppés à leur périphérie par une couche de tissu musculaire utérin normal, tandis que du côté de la cavité ils viennent se mettre en contact avec la muqueuse.

Remarquez cette forme spéciale d'infiltration et rapprochez-la des caractères cliniques présentés par la malade. Vous voyez que cette femme n'a jamais eu de pertes, mais que l'élément douleur a acquis chez elle un développement extraordinaire, puisqu'il a suffi à me décider à l'opération. Sans vouloir me lancer dans aucune affirmation, je tiens à vous faire remarquer la coïncidence entre la forme spéciale de la tumeur et ses caractères cliniques à aspect un peu différent de ceux qu'on observe d'habitude.

Vous vous rappelez sans doute la femme que j'ai opérée la semaine dernière d'un petit corps fibreux inséré sur la lèvre postérieure du col utérin. Cette femme à laquelle j'avais enlevé il y a deux mois un premier fibrome, et qui s'était trouvée guérie par l'opération, a été reprise de tran-

chées, de douleurs très vives et est venue réclamer de nouveau une intervention.

Malheureusement, presque après l'ablation de son corps fibreux les douleurs ont repris de nouveau, et elle n'a tiré aucun bénéfice de cette seconde opération. Je suis bien près d'être convaincu que là aussi, où comme vous le voyez c'est l'élément douleur qui prédomine et où il n'y a eu que des pertes insignifiantes, nous avons affaire à une infiltration de la tunique musculaire de l'utérus par des fibromes.

Nous allons opérer un malade de la salle Saint-Côme qui présente une tumeur de la langue, d'un diagnostic assez difficile et que je vais m'efforcer d'élucider devant vous.

Cet homme est charretier, il est vigoureux. Il nie tout accident syphilitique et nous n'en trouvons aucune trace, ce qui a pour nous une grande importance, comme vous le verrez tout à l'heure. Il ne fume pas. La seule chose que nous trouvions, c'est une dentition assez mauvaise. Il y a de la gingivite, et au niveau de la tumeur le bord interne de la molaire inférieure est tranchant et un peu rugueux. Le malade raconte qu'il était sujet à se mordre la langue.

Le début de cette tumeur nous échappe. Le malade ne s'en est aperçu qu'il y a trois semaines après s'être mordu à ce niveau. Depuis lors elle ne s'est pas modifiée. Il est bien probable que si elle a pu rester stationnaire depuis trois semaines, son début a dû être lent, et qu'elle existait bien avant que la morsure vînt en déceler la présence.

Cette tumeur siège sur le bord gauche de la langue, juste au niveau de la deuxième grosse molaire. Elle fait un léger relief sur la face supérieure de la langue et s'enfonce assez profondément dans son épaisseur. Sa forme est absolument arrondie. Elle a le volume d'un gros pois. Sa consistance est ferme, rénitente. On ne voit à sa surface aucune rugosité. La muqueuse, caractère de la plus grande importance, glisse sur la tumeur en même temps que celle-ci me semble très mobile sur les parties profondes. Enfin cette tumeur est absolument indolore ; elle ne cause pas même de gêne. Quand on la pince, on ne détermine aucune douleur. Le malade lui-même ne s'est aperçu de sa présence qu'après une morsure.

Le système ganglionnaire est intact. Il y a huit jours, il est vrai, je trouvai dans la région sous-maxillaire gauche un ganglion, mais il était mal limité, ne roulait pas sous le doigt, il était entouré d'une atmosphère celluleuse un peu enflammée. C'était un ganglion inflammatoire qui disparut de lui-même au bout de deux jours.

De quelle nature est cette tumeur ?

Laissons tout d'abord de côté les tumeurs ulcérées.

Au point de vue clinique on peut diviser les tumeurs de la langue en deux groupes : les tumeurs rares et les tumeurs communes. Parmi les premières, signalons les anévrysmes, les angiomes, les lipomes, les kystes, les fibromes et les abcès chroniques. Cette tumeur ne nous semble pas fluctuante, nous devons donc supposer une masse solide, et si au lieu de siéger à la langue la tumeur siégeait sous la peau, je songerais tout de suite à un fibrome.

Les tumeurs communes sont : le syphilome ou gomme (nous pouvons éliminer la glossite scléreuse qui se présente sous forme de plaques diffuses dans toute la langue) et l'épithéliome. Ces derniers sont tantôt papillaires, tantôt interstitiels. Mais le papillome s'ulcère rapidement, nous pouvons donc l'éliminer, tandis que l'épithéliome interstitiel qui dans certains cas reste au début isolé, séparé des parties molles, ressemble bien à notre tumeur et mérite d'être examiné tout spécialement.

Notre malade a-t-il un syphilome, un épithéliome interstitiel ou un fibrome ? Telle est la question à résoudre. Nous pouvons éliminer le syphilome ; pas d'antécédents ni de traces de lésions syphilitiques. En outre le syphilome forme toujours une tumeur peu mobile sur les parties voisines, avec lesquelles elle se fusionne plus ou moins. De plus il existe rarement à l'état de tumeur unique. On en trouve généralement un certain nombre dispersés dans l'épaisseur de la langue.

Ayant donc repoussé l'idée de syphilome, nous sommes en présence ou d'un épithéliome ou d'un fibrome. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer l'importance pronostique de ce diagnostic, puisque dans le cas d'épithéliome le malade sera mort dans deux ans au plus, tandis que le fibrome n'a que peu de gravité.

Mais l'épithéliome, dès son apparition pour ainsi dire, s'unit aux parties voisines ; il contracte des adhérences avec les muscles de la langue, qu'il infiltre en même temps qu'il envahit rapidement la muqueuse. Chez notre malade, au contraire, la tumeur n'a aucune adhérence avec la muqueuse et me paraît même mobile sur les parties profondes.

L'épithéliome, en outre, n'a point cette uniformité de consistance, cette régularité que nous trouvons dans notre tumeur ; enfin la tumeur maligne détermine en général des douleurs : douleurs spontanées dans l'oreille, le pharynx, douleurs provoquées par l'exploration ou le contact des aliments.

Enfin l'épithéliome s'accompagne rapidement d'engorgement ganglionnaire.

Une seule chose pourrait nous faire hésiter ; c'est la rapidité de l'évolution, d'après le dire du malade. Mais il est probable que la durée de la tumeur est plus grande que celui-ci ne le dit ; et il avait bien sûrement sa tumeur depuis un temps assez long quand accidentellement sa morsure l'en fit s'apercevoir. Nous ne saurions admettre qu'une tumeur acquière brusquement le volume d'une noisette, puis reste depuis trois semaines absolument stationnaire.

En résumé, mon diagnostic reste un peu indécis entre un épithéliome interstitiel au début et l'une de ces tumeurs rares dont nous avons parlé, mais j'avoue que j'ai une forte tendance à admettre cette dernière hypothèse. Du reste, en opérant le malade, j'aurai soin d'enlever non seulement la tumeur, mais un peu des tissus environnants afin de diminuer les chances de récidive, dans le cas où, contrairement à mon hypothèse, nous aurions affaire à un épithéliome enkysté, ce que le microscope décidera en dernier lieu.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Cornil, a établi que la tumeur enlevée par M. Tillaux était un *kyste primitif* de la langue à parois épaisses et contenant un peu de mucus.

Huit jours après l'opération, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. Trasbot.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Trasbot prend place parmi ses collègues ;

2° Une lettre du ministre du commerce, transmettant les rapports généraux des médecins inspecteurs des eaux minérales pour la saison thermale de 1884.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Cadet de Gassicourt se portant candidat pour la section de pathologie médicale ;

2° Deux lettres de M. le docteur Henrot (de Reims) et de M. le docteur Spillmann (de Nancy), demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de correspondant de l'Académie ;

3° Une lettre de M. le docteur H. Mazade, accompagnant l'envoi de deux rapports sur l'assistance infantile dans la Gironde (Commission de l'hygiène de l'enfance) ;

4° Une lettre de M. Patrouillard, pharmacien à Gisors, faisant part à l'Académie du décès de son beau-père, M. Lepage, membre correspondant.

M. POLAILLON dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur E. Martel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, un travail relatif à deux sujets de médecine opératoire : 1° uréthrotomie externe dans les rétrécissements infranchissables ; 2° ligature de l'artère axillaire sous la clavicule (Commission des correspondants nationaux).

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. PLANCHON, au nom de la Commission permanente des eaux minérales, fait divers rapports sur des demandes en autorisation pour l'exploitation de sources minérales.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la classe des associés libres.

La liste de présentation porte :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Lacaze-Duthiers et Péligot ; en deuxième ligne, MM. Magitot et Worms ; en troisième ligne, MM. Durand-Claye et Galezowski.

Le nombre des membres présents et prenant part au vote étant de 74, majorité 38,

M. Lacaze-Duthiers obtient. . . .	49	suffrages.
M. Durand-Claye	9	—
M. Péligot	9	—
M. Worms	4	—
M. Magitot.	2	—
M. Galezowski	1	—

M. Lacaze-Duthiers ayant réuni la majorité est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation du Président de la République.

LECTURES

De l'érythème polymorphe, sa nature et son traitement spécifique. — M. VILLEMIN fait, sous ce titre, la lecture suivante :

L'érythème polymorphe, dit-il, a été le sujet de bien des discussions au point de vue de sa nature et de la place qui lui revient dans le cadre nosologique. Je viens apporter un élément nouveau pour la solution des questions controversées, en même temps qu'un fait thérapeutique d'une certaine valeur.

Les différentes formes d'érythème réunies sous le nom d'érythème polymorphe sont-elles la manifestation d'une seule et même cause ? Telle est la première question qu'examine M. Villemin. Il montre que les variétés si nombreuses décrites par les dermatologues, et que certains considèrent comme des entités morbides distinctes, doivent être ramenées à un type unique, étant toutes rapidement et complètement modifiées par le même agent médicamenteux, comme il le démontrera tout à l'heure.

Si, ajoute-t-il, la spécificité thérapeutique implique la spécificité étiologique, si le même agent médicamenteux fait promptement rétrocéder les diverses éruptions et fait tomber en même temps tous les autres phénomènes généraux, nous sommes en droit de considérer comme tranchés les points litigieux et d'affirmer :

1° Que les érythèmes auxquels on a donné les noms de noueux, papuleux, circiné, vésiculeux, etc., ne sont que des variétés d'un même type morbide ;

2° Que l'érythème polymorphe est une maladie générale de nature spécifique, dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome ;

3° Que les douleurs des tissus fibreux, les tuméfactions et les épanchements articulaires ne relèvent pas du rhumatisme, mais ne sont qu'une des manifestations de la maladie et dérivent, comme l'éruption cutanée elle-même, d'une unique cause morbide.

L'agent médicamenteux auquel j'ai fait allusion est l'iodure de potassium.

Je ne crois pas que la thérapeutique possède une substance aussi nettement, aussi merveilleusement spécifique que ce sel dans l'érythème polymorphe. Dans l'espace de vingt-quatre heures à quarante-huit heures et avec une dose moyenne de 2 grammes par jour, tous les symptômes de la maladie sont simultanément modifiés d'une façon surprenante. La veille on avait un malade avec une température de 39 à 40 degrés, un érythème douloureux, induré, rouge vif, une courbature pénible, des douleurs intolérables dans les membres, dans les jointures, de la prostration, de l'insomnie ; le lendemain tout est changé : la température a 37 degrés, l'érythème pâlit, s'efface, perd son induration ; les douleurs s'évanouisssent, les tuméfactions articulaires se dissipent et dans trois ou quatre jours il n'y a plus trace de la maladie.

Plus la fièvre est élevée et plus la chute est marquante. En douze heures on voit parfois la température diminuer de près de 2 degrés. La disparition des douleurs a lieu aussitôt que celle de la fièvre.

La disparition de la coloration exanthémateuse et la résolution des nodosités se font aussi avec la plus grande rapidité. Ce sont les papules et les tubercules les plus récents qui disparaissent les premiers.

Tous les observateurs ont signalé la tendance aux récidives. Le traitement spécifique n'en préserve pas. On voit très fréquemment des retours de l'érythème lorsque l'on croyait à sa disparition définitive.

La pensée que l'agent étiologique pourrait se trouver dans les vésicules de certains érythèmes nous a conduit à en inoculer le liquide au malade qui en était porteur ; mais l'inoculation pratiquée une fois seulement n'a pas donné de résultat. Cette tentative mérite d'être renouvelée.

Anus contre nature consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen ; guérison. — M. PÉRIER fait une communication ayant pour titre : « Anus contre nature consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu et guéri par opération. »

Il s'agit d'un garçon de quinze ans et demi qui reçut dans le bas-ventre un coup de fusil chargé de plomb n° 7 et tiré à deux ou trois pas de distance. Le docteur Larrieu constata sur le côté gauche du ventre une large plaie contuse avec issue d'une anse intestinale dont une partie laissait suinter un peu de liquide. Cinq heures après, le docteur Aubry trouva la hernie intestinale augmentée et formée par 50 à 60 centimètres d'intestin. M. Maunoury (de Chartres) trouva le malade dans cet état quinze heures

après l'accident. Les anses intestinales étaient agglutinées entre elles, et il existait des perforations assez rapprochées pour être saisies dans une ligature latérale commune. Après lavage phéniqué, tout ce qui faisait hernie est réduit, à l'exception de l'anse perforée. La plaie abdominale a une largeur de 7 à 8 centimètres, la peau est décollée, le péritoine perforé. M. Maunoury sutura l'intestin au pourtour de la plaie. Le sixième jour, des gaz sortent par la plaie. Il s'établit très vite un anus contre nature. On finit par découvrir le bout inférieur, on y fait des injections alimentaires.

Un mois après l'accident, M. Maunoury tenta une suture intestinale qui échoua. Ce n'est que six mois après que le malade est amené à Paris où il est vu par MM. Verneuil, Tillaux et Terrier. Celui-ci applique un entérotome qui tombe six jours après en entraînant 2 centimètres 1/2 d'éperon. Nouvelle application de l'entérotome par M. Périer, qui cette fois entraîne 3 centimètres d'éperon. Les deux bouts sont, depuis plusieurs semaines, réunis par un gros tube. Une seconde tentative de suture faite par M. Périer reste sans résultat.

Dans une seconde opération, il met quatre plans de suture au lieu de deux, deux sur l'intestin, un sur l'aponévrose, un sur la peau. Cette fois l'opération réussit ; les suites sont bonnes. Le malade irait tout à fait bien s'il n'avait tous les soirs des coliques dont il est impossible de s'expliquer la cause.

La suture à laquelle a eu recours M. Périer est une suture entrecoupée, dont les points séparés représentent chacun une sorte de petite suture en boucle.

(Le travail de M. Périer est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Duplay, Cusco et Tillaux.)

Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine. — **M. ED. DELORME**, médecin-major, agrégé du Val-de-Grâce, fait une communication sur ce sujet, dans laquelle il expose deux procédés opératoires de restauration de la face, l'une de restauration d'une voûte palatine détruite dans les deux tiers antérieurs de son étendue, l'autre de rhinoplastie. (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Legouest, Rochard et Alphonse Guérin.)

Favus. — **M. FEULARD** fait une communication sur le favus devant le conseil de révision. Il a relevé le nombre des conscrits exemptés chaque année pour cause de teigne par les conseils de révision entre 1873 et 1885. Pendant ce temps, 3872 hommes ont été exemptés pour cette cause. Les départements du Pas-de-Calais, du Nord, de l'Aveyron, du Tarn, de l'Hérault, des Landes, de la Seine-Inférieure et des Côtes-du-Nord sont ceux qui ont fourni le plus d'exemptions pour teignes.

Rapprochant à cette occasion les résultats des recherches faites sur ce même sujet par M. Bergeron en 1865, de ceux qu'il vient d'exposer, il montre qu'ils sont à peu près les mêmes : une décroissance continue.

De 1841 à 1849, M. Bergeron constatait 730 exemptions annuelles, estimant de 1000 à 1100 d'après le chiffre du contingent le nombre réel des teigneux de chaque classe.

De 1850 à 1860, la moyenne annuelle est de 458 sur les hommes examinés.

De 1873 à 1885, la moyenne annuelle est de 300. Il y a donc une diminution évidente de plus de moitié dans le nombre des hommes actuellement exemptés chaque année pour cause de teigne.

On peut espérer que ce mouvement de décroissance continuera ; mais il est sage de l'aider par des mesures prophylactiques, parmi lesquelles l'une des meilleures est l'inspection médicale des écoles.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXI

1862.

20 février. Je suis invité par Mme de L. S. à voir opérer comme spécialiste hydroscope un prêtre de la Vendée, appelé par elle pour découvrir une source d'eau potable le plus près possible de son habitation, sur un coteau d'Eyres, près Saint-Sever. M. l'abbé R... me parut être d'une excessive réserve dans ses réponses à mes interrogations sur la question hydroscopique ; quand on veut le placer sur le terrain de la géologie, qu'il prétend du reste prendre pour base de ses interprétations divinatoires des sources, il demeure muet ou prononce quelques paroles évasives qui démontrent son ignorance des principes de cette science ; le mystère dont il s'enveloppe n'est, à mes yeux, que le voile d'un charlatanisme spécial. En définitive, après avoir regardé, tâtonné aux abords de l'habitation, il a dit qu'il ne découvrait pas de source près de la maison, et je crois que dans cette déclaration, il joignait la prudence à la bonne foi ; puis, en arrivant dans un bas-fond distant d'une centaine de mètres, il affirma qu'à 120 pieds de profondeur on trouverait une source. Mme de L... donna l'indemnité demandée pour les frais de déplacement de M. l'abbé R... et renonça d'ailleurs à vérifier cette donnée hydroscopique, qui offrait toutes les conditions de probabilité.

8 mars. Mort du général baron Durrieu. — Atteint de bronchite catarrhale depuis plusieurs années, mon vieil ami, le général Durrieu, qui avait six ans de plus que moi, c'est-à-dire quatre-vingt-huit ans, avait depuis cinq jours une faiblesse générale progressive, sans douleur, sans dyspnée notable, sans fièvre, sans la moindre altération du visage, la tête bien redressée sur l'oreiller de son lit, son sérieux, sa gravité ordinaire ; il prenait sans difficulté bouillon, vin et quelques potions anodines. Pas une plainte ; c'était la lampe qui s'éteignait faute d'huile. La veille de son dernier soupir, il reçut, en pleine connaissance et sans émotion tous les sacrements de l'Église ; il suivait les paroles des prières des agonisants ; il n'avait aucun signe de paralysie ; le principe vital s'épuisait partout d'une manière égale ; sa vie s'exhala sans qu'il proférât une plainte, un regret. La physionomie n'était pas altérée ; ce fut une mort exemplaire, une mort à ambitionner.

Le général baron Durrieu était d'une haute stature, comme tous les membres de sa famille (5 pieds 8 pouces), figure régulière, traits bien accentués, physionomie grave, expressive ; assis, il avait un buste remarquable avec sa belle tête à cheveux blancs en auréole ; mais, depuis plusieurs années, dans la démarche ambulatoire, il était singulièrement incurvé, voûté ; cette inflexion de la colonne vertébrale disparaissait dans l'attitude assise. Ses funérailles, auxquelles assista toute la population de la ville et de la banlieue, furent célébrées avec la plus grande pompe religieuse, civile et militaire ; le neveu du défunt, Alfred Durrieu, général de division, qui avait gagné tous ses grades à l'armée d'Afrique, marchait en tête du convoi. Je suivis le cortège jusqu'au bord de la tombe ; craignant trop d'émotion pour prononcer à ce moment suprême quelques paroles d'adieu, je me fis suppléer par mon fils, qui avait revêtu son uniforme de médecin militaire. « Vénérable et digne ami, la crainte d'une profonde et légitime émotion me fait recourir à mon fils, que vous honoriez de votre sympathie, pour vous exprimer mon dernier adieu. Je veux jeter sur une tombe si fière de vous posséder, non pas une fleur, ce mot ne saurait convenir à cette grave solennité, mais deux simples rameaux enlacés de laurier et d'olivier : l'un, emblème de votre gloire militaire, déroule à notre orgueil compatriotique les noms illustrés par vous des Pyrénées, Italie, Pyramides, Moscou, Glogau, Water-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 317.

loo, Morée, députation, pairie, grand-croix de la Légion d'honneur; l'autre, signe de la paix de votre belle âme, est aussi celui de vos vertus civiques et des nobles qualités de votre intelligence. Ces deux rameaux, arrosés de mes larmes et pénétrés d'impérissables regrets, sont un hommage d'un vieux ami à un plus vieil ami. Adieu, brave et noble guerrier; adieu, citoyen d'élite, *vir probus* par excellence. Dans les épanchements de l'amitié, personne n'a mieux apprécié que moi la droiture de votre esprit éclairé, la haute distinction de votre cœur bon et généreux et votre inépuisable charité. Adieu pour la dernière fois. »

Le 27 novembre 1862, à cinq heures et demie du soir, j'ai acquis le double titre de grand-père et de parrain par la naissance de la fille de mon fils Albert.

Pour terminer cette énumération chronologique des faits divers qui m'ont paru dignes d'être relatés sur mon livre de souveuirs d'âge mûr et de vieillesse, je veux inscrire les noms des hommes de science qui ont été mes correspondants et de ceux qui m'ont honoré de leur visite à Saint-Sever.

M. de Lafrenay. — En mai 1819, je reçus la visite de M. le baron de Lafrenay, gendre d'un de mes amis, M. de Basoche (de Falaise): trente-cinq ans, taille ordinaire, figure pâle, maigre, à pommettes saillantes; esprit aimable, bonnes manières, passionné pour l'entomologie. Il venait de perdre sa jeune femme et il cherchait des consolations, une révulsion sentimentale dans les voyages et la recherche des insectes; il demeura dix jours à Saint-Sever, puis il alla voir des parents à Lectoure, et nous nous donnâmes rendez-vous aux Eaux-Bonnes pour le mois d'août. Après peu d'années, la passion des insectes fit place à celle des oiseaux et il devint l'ornithologiste le plus distingué de France.

Colonel Delise. — Cet officier supérieur en retraite habitait Vire (Calvados). Je ne l'ai point connu personnellement; l'étude des lichens motiva notre correspondance. Nos communications réciproques furent fréquentes depuis 1818 jusqu'en 1825, époque de sa mort; on trouvera fréquemment son nom dans ma collection de lichens.

Picot de Lapeyrouse. — Auteur de la *Flore des Pyrénées*, maire de Toulouse. Je fis sa connaissance personnelle en 1806; je le revis en 1814; notre correspondance et nos communications botaniques furent amicales et durèrent jusqu'à sa mort, 1818. (Voir ses lettres et mon herbier.)

Schleicher. — Botaniste suisse; échange de quelques lettres en 1819, à l'occasion d'un envoi de lichens.

Gaede. — Savant anatomiste de Liège. (Voir ma correspondance de 1820.)

Panzer. — Savant entomologiste de Nuremberg, auteur d'une iconographie des insectes de l'Allemagne, très appréciée et qui fait partie de ma bibliothèque. (Voir ma correspondance de 1820.)

Dutrochet (de l'Institut). — Très haut placé dans la science. Nos relations épistolaires s'établirent en 1820, à l'occasion de l'anatomie des insectes diptères, puis je le connus personnellement à Paris.

Drapiez. — Collaborateur, avec Bory et Van Mons, du *Journal des sciences naturelles* de Bruxelles, auquel j'ai fourni beaucoup de matériaux et qui est dans ma bibliothèque. Depuis 1820, nos relations scientifiques furent fréquentes; je fis sa connaissance personnelle à Paris en 1830; je lui ai envoyé quelques oiseaux de notre région.

Comte de Sternberg. — Savant d'Allemagne qui se mit en relations avec moi en 1821 et qui m'envoya un travail remarquable sur la botanique antédiluvienne.

Martius. — Botaniste allemand de premier ordre; m'écrivit, au retour d'un voyage en Amérique en 1822, une lettre que j'ai classée dans ma petite collection d'autographes.

Boué aîné. — Célèbre géologue; vint me voir en 1822.

Treviranus. — Savant naturaliste allemand, auteur de nombreux travaux sur l'anatomie et la physiologie; je ne l'ai point connu personnellement, mais, à dater de février 1823, nous échangeâmes lettres et plantes; il me fit don de plusieurs de ses mémoires scientifiques.

Prost, de Mende (Lozère). — Botaniste fort zélé, cryptogamiste d'une grande sagacité; entra en correspondance avec moi en 1823; sans nous connaître personnellement, nous continuâmes nos relations très cordiales jusqu'à sa mort, 1843; loyauté, générosité et probité scientifiques, telles étaient les qualités maîtresses de cet excellent botaniste.

Reichenbach. — Célèbre botaniste allemand, grand faiseur d'espèces; m'écrivit en juillet 1823, mais notre correspondance ne se continua pas.

Montagne. — Célèbre cryptogamiste. En 1823, le docteur Montagne, chirurgien-major du 14e régiment de ligne, de passage à Saint-Sever, vint me faire, en qualité de confrère et de botaniste, une visite de quelques heures. Depuis lors nous avons été, nous sommes encore (1859), amis et en correspondance. En 1823, le docteur Montagne avait la quarantaine, taille un peu au-dessous de la moyenne, maigre, souffreteux, cheveux châtains, bon confrère, botaniste très instruit. Il avait fait ses débuts militaires à l'expédition d'Égypte; il prit sa retraite à Paris, où je le revis lors de mes divers voyages. Adonné spécialement à l'étude de la cryptogamie, il s'est acquis une véritable célébrité qui lui ouvrit un peu tardivement les portes de l'Institut, en 1855. A l'un de mes fils qui le complimentait sur sa nomination, à l'Académie des sciences, il disait : « C'est le pain qui m'arrive quand je n'ai plus de dents. »

Soleirol. — Capitaine d'artillerie à Metz, botaniste; il avait exploré pendant plusieurs années la flore de la Corse. Dès 1824, nous entrâmes en correspondance et en échange de plantes.

Guillaud. — Capitaine d'artillerie, géologue, vint passer quatre jours avec moi en octobre 1824. Nous explorâmes les fossiles de la contrée, puis les bituminières de Bastennes où nous récoltâmes le *quartz hématoïde* (Hyacinthe de Compostelle); et l'*aragonite* aux environs de Dax, nous observâmes quelques fahluns.

De Haan. — Savant entomologiste de Bruxelles, m'écrivit en 1824 pour entrer en relations scientifiques. (Voir ma correspondance.)

Petitfélix. — Botaniste parisien, passa quatre jours avec moi en 1824; depuis six mois, il voyageait pour accroître ses connaissances. Petit jeune homme brun, très passionné pour Flore, surtout pour la cryptogamie; il me disait qu'une *pezize* (champignon de Paris) avait fait le destin de sa vie : il emporta une cargaison de *polysaccum* récolté par lui à Montgaillard, près Saint-Sever. Il connaissait personnellement mon vieil ami Persoon et cela seul m'eût suffi pour accorder à ce jeune botaniste une cordiale hospitalité.

Webb. — Botaniste anglais, savant et riche, me visita le 31 juillet 1825; il était accompagné de son médecin Harrington et de mon ami Henri de Poudeux. Il se dirigeait, en traversant l'Espagne, vers les Canaries. Webb, qui avait alors trente ans, était un joli homme, taille ordinaire, teint frais et fleuri, caractère aimable, manières très affables. En 1845, lorsque j'allai installer mes fils à Paris, Webb nous fit le plus gracieux accueil dans son bel hôtel de l'avenue Marbeuf. Le 9 janvier 1851, Webb revenant de Madrid, me fit une visite : il m'apportait des plantes et des insectes de la part de mes amis Graells, Colmeiro, Pérez. Il avait acquis de l'embonpoint, mais il était si bien conservé que ma sœur, malgré le quart de siècle écoulé, le reconnut parfaitement, en ajoutant qu'on oubliait difficilement les hommes de sa trempe physique et morale. Webb se montra très flatté de son compliment et de la fidélité de ce souvenir. Webb venait de terminer la publication très dispendieuse de sa *Flore des Canaries*, lorsqu'il fut atteint mortellement du choléra, en 1855, à Paris. Il avait légué son herbier au roi de Sardaigne qui lui avait rendu autrefois de grands services.

Bertrand Geslin. — Géologue. Le 20 septembre 1825, ce jeune savant, sur la recommandation d'Alexandre Brongniart, vint passer deux jours à Saint-Sever : nous allâmes visiter la marnière du *Bonsepret*, à la base du *Pouy de Monsoué*, pour y voir le gisement de la *lenzinite* ou alumine hydratée silicifère, dont le directeur de la manufacture de Sèvres avait fabriqué de la porce-

laine avec la matière que je lui avais envoyée ; je possède un sucrier fait avec ce kaolin. Le jeune géologue prit des boules de *quartz géodique* assez fréquentes dans cette région et qu'il apprécia : nous allâmes aussi chercher des *astacites* (écrevisses) fossiles dans la marnière de Trabay, à Sainte-Colombe, près Hagetmau. En 1830, je revis Bertrand Geslin avec sa jolie femme.

Ainsworth. — Numismate anglais. En octobre 1825, il passa plusieurs semaines à Saint-Sever avec sa femme et son fils : homme de soixante ans, haute taille, embonpoint, brun, peu instruit en dehors de sa spécialité, manières britanniques. Il visita plusieurs fois mon modeste médaillier et me donna son avis pour y établir une classification : je le revis à Paris en 1830.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lundi dernier, l'Académie des sciences a offert à son illustre doyen, M. Chevreul, un magnifique bronze : « le Penseur français », à l'occasion de sa centième année, et comme un témoignage de respect et d'admiration.

— *Académie de médecine.* — M. Chancre, premier commis des bureaux de l'Académie, est nommé chef de bureau en remplacement de M. Bordet, décédé.

M. Devanembras, deuxième commis, est nommé premier commis.

M. Cambuzat, garçon de bureau, est nommé deuxième commis.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Widal, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Jardet, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Legrain est nommé aide d'histoire naturelle, en remplacement de M. Prenant, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Angers.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guignard, professeur d'accouchements.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Faivre-Dupaigre, agrégé, est chargé provisoirement des fonctions de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et matière médicale, en remplacement de M. Tailleur, démissionnaire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Jourdan est nommé professeur d'histologie.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Combes, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur au laboratoire de chimie organique.

M. Griner est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie organique.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Hébert, doyen, est dispensé du service des examens du baccalauréat.

M. Létang est nommé préparateur au laboratoire des recherches, en remplacement de M. Helmer, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Vignon, docteur ès sciences, est nommé sous-directeur du laboratoire d'enseignement de la chimie industrielle (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les épreuves pratiques seront renouvelées à la fin du mois de juin ou au commencement du mois de juillet pour les candidats ajournés avant le 9 juin 1886. Les épreuves orales seront renouvelées : 1° du 15 juin au 1er juillet par les candidats qui ont échoué avant le 15 mai ; 2° du 1er au 15 juillet, par ceux qui auront échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai sont appelés à consigner jusqu'au 1er juin 1886 inclusivement, comme dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin sont appelés à consigner jusqu'au 15 juin inclusivement, comme dernier délai.

Tous les candidats ajournés sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

— Par prorogation, le registre d'inscription des candidats pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, restera ouvert jusqu'au 31 mai courant, et MM. les docteurs qui désirent prendre part au concours peuvent, avant cette époque, se présenter au secrétariat de l'hospice des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

— M. le docteur Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, pour y étudier l'enseignement de la gynécologie.

— M. Chantre, sous-directeur du Muséum d'histoire naturelle de Lyon, est chargé d'une mission anthropologique et archéologique en Hongrie, Croatie, Bosnie et Dalmatie.

— M. le docteur Paul Hagenmüller est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Bône.

— La Société médico-psychologique vient de décerner les récompenses suivantes :

Prix Belhomme (1200 francs) à M. le docteur Paul Bricon (de Paris), pour son travail intitulé : « De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie. »

Prix Esquirol (200 francs plus les œuvres d'Esquirol) à M. Larroque, interne à la Maison nationale de Charenton, pour son mémoire intitulé : « Des rémissions dans la paralysie générale. » — Une mention honorable est décernée à M. Dumas, interne dans le même établissement, pour un travail ayant pour titre : « Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés. »

Prix Moreau de Tours (200 francs) à M. le docteur Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse « Sur l'aphasie et ses diverses formes. » — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Rouillard, auteur d'une thèse intitulée : « Essai sur les amnésies ; étiologie des troubles de la parole. »

Prix Aubanel (2400 francs). La question mise au concours était : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. » Le prix n'est pas décerné, mais deux récompenses sont accordées : la première, de 800 francs, au mémoire de M. Dericq, interne de l'asile Sainte-Anne ; la seconde, de 400 francs, à un travail de MM. Roland et Besançon, internes des hôpitaux de Paris.

— M. Baillon, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Paris, fera sa prochaine herborisation sur le canal latéral à la Marne, le dimanche 23 mai 1886. Le rendez-vous est au pont de Charenton, à midi.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 mai, à Bouray-Lardy. — Rendez-vous gare d'Orléans, à 7 h. 15. Pour profiter de la réduction accordée sur le prix des places, se faire inscrire galerie des Herbiers, de midi à quatre heures, avant le samedi 22.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 23 mai 1886, à la Côte Saint-Martin, Morigny et Jeurre. Le rendez-vous est à la gare d'Orléans, où l'on prendra, à six heures et demie du matin, le train pour Étampes. Le retour à Paris aura lieu à six heures vingt-deux minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie avant samedi soir à quatre heures.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera le jeudi 27 mai 1886, à quatre heures du soir, dans l'amphi-

théatre de la Société d'anthropologie, une conférence publique sur l'évolution paléontologique des animaux.

— M. le docteur H. Picard commencera, le lundi 24 mai, à cinq heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Étude clinique sur la folie héréditaire (des dégénérés), par le docteur SAURY. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19572.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des vertiges.

Les vertiges constituent moins un état morbide défini, et moins encore uniforme, qu'un groupe de phénomènes analogues dans leur expression symptomatique, mais souvent très différents entre eux par les conditions étiologiques qui leur donnent naissance. L'élément qui leur est commun, le vertige dont M. le docteur E. Weill (de Lyon), — à qui est échue cette question, — emprunte la définition à M. Charcot, est « cet état dans lequel le malade a des sensations d'instabilité de son propre corps, qui lui paraît animé d'oscillations, de mouvements, de déplacement rectiligne ou circulaire, dans lequel le sol semble s'effondrer ou balancer comme la surface de la mer, qui provoque des mouvements apparents dans les objets que nous voyons, et qui s'accompagne parfois de véritables mouvements de titubation ou de chutes. »

Nous passons outre sur les prolégomènes physiologiques relatifs à l'équilibre et au vertige, qui mériteront d'être lus, pour passer aux points principaux du sujet.

La classification des vertiges est l'un des premiers points qui aient fixé l'attention de M. Weill; elle est tout artificielle et repose sur la considération des conditions étiologiques. Dans un premier ordre il range les vertiges par affection ou troubles de l'appareil d'équilibration réflexe. Dans un deuxième ordre trouvent place les vertiges par troubles du mécanisme sensoriel d'équilibration.

Le groupe des vertiges par troubles de l'appareil d'équilibration réflexe comprend deux sous-ordres, suivant que ces troubles sont organiques ou fonctionnels. Les troubles organiques par action directe comprennent le vertige de Ménière ou vertige auriculaire et le vertige par lésion du cervelet. Les troubles organiques par action à distance sont les affections cérébrales, le tabès dorsal, la sclérose en plaques.

Les troubles fonctionnels se subdivisent en un grand nombre d'espèces : névroses, épilepsie, neurasthénie, irritation cérébro-spinale, vésanies, goître exophthalmique ; le vertige par action physique, traumatisme, coup de chaleur ; le vertige, anémique, congestif; réflexe (gastrique, lésions pharyngo-nasales), infectieux (typhus, grippe, paludisme, scarlatine, méningite cérébro-spinale, syphilis), diathésique (goutte, migraine, arthritisme, diabète), toxiques (quinine, acide salicylique, solanées, tabac, alcool, plomb).

Le groupe des vertiges par troubles du mécanisme sensoriel d'équilibration comprend : le vertige visuel (diplopie, strabisme, nystagmus, asthénopie, vertige oculaire, etc.); le vertige mixte (rotation, mal de mer).

L'étiologie et l'anatomie pathologique sont les deux points de l'histoire du vertige de Ménière qui nous ont paru présenter le plus d'intérêt.

Primitive, la maladie de Ménière a pu être attribuée au refroidissement, surtout pendant l'époque cataméniale, à un coup de soleil, aux irrégularités menstruelles, à un traumatisme, chute, choc sur la tête avec ou sans fracture du rocher, le bruit de l'explosion d'une arme à feu.

Secondaire, on l'a vue succéder à des maladies de l'oreille, autres que la lésion du labyrinthe, à la méningite cérébro-spinale, à des affections aiguës ou chroniques pouvant retentir sur l'oreille.

Le vertige a été observé dans les affections les plus diverses de l'oreille, dans celles de l'oreille externe, de la membrane du tympan, de la trompe d'Eustache, de la caisse du tympan.

Le vertige est un des symptômes le plus fréquemment mentionnés dans les lésions du cervelet et des pédoncules cérébelleux, dans les affections organiques du système nerveux à siège variable (lésions de la protubérance, paralysie générale, ataxie locomotrice, sclérose en plaques, myélite diffuse chronique).

Les lésions trouvées dans la maladie de Ménière se réduisent jusqu'ici à quatre autopsies : deux cas traumatiques où on trouva des fissures traversant les fenêtres rondes et les limaçons avec extravasations sanguines remplissant le labyrinthe et la caisse ; deux cas spontanés où il y eut exsudation sanguine dans le labyrinthe membraneux.

Les vertiges des névroses, de l'épilepsie, de la neurasthénie, de l'hystérie, les vertiges par troubles circulatoires, le vertige anémique, chlorotique, par affections cardiovasculaires, de la congestion cérébrale, etc., ont chacun leur histoire. Rien de particulier à en dire ici.

Parmi les vertiges réflexes, le plus important est le vertige gastrique, après lequel viennent les vertiges liés aux coliques hépatiques, néphrétiques, utérines, à la présence

des vers dans les intestins, à la constipation, aux lésions pharyngées ou nasales.

Sous le titre de vertiges dyscrasiques, l'auteur comprend tous les vertiges qui se montrent dans les altérations qualitatives du sang, les infections : affections typhoïdes, grippe, fièvre intermittente, oreillons, scarlatine, méningite cérébro-spinale, syphilis ; les diathèses : goutte, migraine, arthritisme, diabète ; les intoxications : intoxication arsénicale aiguë et chronique, intoxication par l'aniline, par le cyanure de potassium, par les champignons, l'empoisonnement digitalique, l'ergotisme, par les émanations des fosses d'aisances, par les vapeurs d'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, l'ivresse quinique, par les narcotiques et les solanées, la nicotine, l'alcoolisme, le saturnisme, etc.

S'il est facile, en général, de distinguer le vertige en lui-même, il est plus malaisé d'en reconnaître la nature. Laissant de côté les vertiges provoqués, M. Weill montre par les exemples suivants quelques-unes des difficultés du diagnostic et les moyens de les lever.

« On sera peu embarrassé, dit-il, s'il s'agit d'un vertige par paralysie d'un muscle oculaire ou du vertige oculaire d'Abadie. La difficulté serait levée en tout cas, si on faisait l'occlusion de l'œil malade ou des deux yeux... Il va de soi que chaque fois qu'on saura le malade sous l'influence d'une cause capable de produire le vertige, on aura encore des présomptions pour reconnaître la nature du symptôme. Qu'il s'agisse d'une affection aiguë, oreillon, scarlatine, d'une intoxication aiguë, ivresse alcoolique ou quinique, l'apparition du vertige ne pourrait surprendre. Et cependant, si on n'est pas au courant de la cause, de la marche des phénomènes, l'erreur est facile.

« Dans les intoxications chroniques, l'alcoolisme, le tabagisme, dans les états constitutionnels comme la goutte, c'est encore d'une façon indirecte qu'il faut faire le diagnostic... Ce seront les symptômes associés, les antécédents du malade, la présence de tophus goutteux ou d'un tremblement alcoolique, l'évolution, la disparition des accidents sous l'influence d'un accès de goutte franche avec intégrité de l'ouïe qui permettront d'étiqueter le vertige.

« Le vertige gastrique se reconnaîtra à l'intégrité de l'ouïe, à l'influence de la déplétion ou de la réplétion de l'estomac, parfois à la présence d'une dilatation de l'estomac, à l'influence du traitement.

« Dans la sclérose en plaques, dans le tabès dorsal, la maladie de Ménière, le vertige se présente sous le même aspect, si ce n'est que le terrain diffère et que l'évolution n'est pas la même, etc., etc. »

Abstraction faite de la connaissance des conditions étiologiques ou des symptômes associés qui les révèlent, tous les vertiges pourraient être d'autant plus facilement confondus, que leur processus pathogénique est au fond le même, que l'observation clinique pure nous présente le vertige comme l'expression d'un trouble siégeant vraisemblablement dans un même appareil, soit qu'il relève d'une lésion organique, d'un trouble circulatoire ou d'une action toxique.

Toutes les théories interprétatives des vertiges passées en revue et discutées, — et on sait si elles sont nombreuses, — M. Weill résume dans les termes suivants la pathogénie du vertige et des symptômes qui l'accompagnent.

La définition même qu'il en a donnée au début de son travail : « la conscience d'un trouble musculaire, d'une impuissance à maintenir l'équilibre », implique l'idée qu'il s'agit là évidemment d'un acte du système nerveux central. Mais en dehors de cette sensation qui est le fond même du vertige, il faut se rendre compte de toutes les illusions éprouvées par le malade.

Les sensations auditives qui existent dans le vertige de Ménière s'expliquent naturellement par le siège même du mal et par une excitation du limaçon, comme le vertige lui-même correspond à une excitation des canaux semi-circulaires.

Les illusions visuelles qui représentent les objets oscillant, se déplaçant, tombant ou tournant, M. Weill pense avec Purkinje, qu'elles peuvent être interprétées comme dues aux mouvements inconscients des muscles oculaires.

Cette même explication est invoquée pour les sensations tactiles et pour tous les autres phénomènes objectifs du vertige.

Quant aux nausées, aux vomissements, à la diarrhée, à la polyurie, aux troubles vaso-moteurs, qui accompagnent souvent le vertige, ces divers phénomènes paraissent n'être que les effets de la diffusion de l'impulsion nerveuse qui arrive aux centres nerveux, par ces centres eux-mêmes.

Le pronostic du vertige varie avec chaque cas particulier. Le vertige en lui-même n'a d'autre signification sérieuse que les souffrances qu'il inflige aux malades et les accidents traumatiques qui peuvent en être la conséquence. Le pronostic est, en général, celui de l'affection des centres nerveux ou des infections, intoxications ou états diathésiques dont dépend ou procède le vertige. Quand il ne s'agit que d'affections purement sensorielles, le pronostic est bénin.

Le traitement du vertige est surtout un traitement indirect qui s'adresse à la cause même : traitement de l'affection de l'oreille externe ou moyenne, traitement de la neurasthénie, de l'état gastrique, de la goutte, de la syphilis, de l'alcoolisme, etc. On connaît le traitement du vertige de Ménière par le sulfate de quinine, institué par M. Charcot. Nous en avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs. On doit aussi à M. Charcot les essais de la belladone, secondée par l'hydrothérapie, dans le traitement du vertige oculaire. Si l'on ajoute à cela le chloroforme, le chloral, le bromure de potassium et les injections morphinées, proposés pour combattre le vertige nautique, on aura à peu près toute la thérapeutique des vertiges.

— Ici se termine la série des analyses des principales thèses du concours de l'agrégation pour la médecine. Nous en avons analysé, résumé ou extrait les parties qui nous ont paru plus particulièrement intéressantes au point de vue clinique et pratique. On aura pu voir que sur toutes les questions posées et dont quelques-unes sont de la plus haute importance, particulièrement celles qui ont trait aux maladies du système nerveux, les candidats ont fait un exposé aussi exact et aussi complet que possible de l'état présent de la science. C'était surtout ce dont nous tenions à prendre acte au profit de nos lecteurs, comme au nôtre propre.

De la revaccination des jeunes sujets comparée à celle des adultes.

Dans un travail très intéressant de M. Jules Besnier sur les différences de résultats que donne la revaccination suivant les âges, travail qui a été récompensé par l'Académie

de médecine dans sa dernière séance annuelle, nous trouverons à relever plus d'un fait qu'il nous paraît utile de mettre en lumière, si ce n'est absolument comme fait nouveau ou ignoré jusqu'ici, du moins comme vérification ou confirmation de faits vaguement ou insuffisamment connus. Tels sont, entre autres, l'influence du nombre des piqûres et de la saison où la revaccination a été opérée, celle de l'espèce de vaccin employé, l'influence de l'âge, etc.

L'étude de M. Jules Besnier a porté sur des enfants et des adolescents de sept à vingt ans d'un grand établissement d'instruction secondaire, et sur des adultes de vingt à cinquante ans.

Les premiers ont été divisés en trois catégories distinctes : la première comprenant les sujets de sept à vingt ans ayant été ou non revaccinés antérieurement et qui ont été revaccinés en masse; la deuxième est relative aux sujets de même âge déjà revaccinés et qui ont tous subi par conséquent une revaccination secondaire; dans la troisième sont compris les sujets de même âge sur lesquels il s'agissait de pratiquer une première revaccination.

Les sujets adultes, c'est-à-dire de vingt à quarante et cinquante ans, qui ont été revaccinés, sont répartis en deux séries : la première comprenant les revaccinations faites en 1870, pendant la grande épidémie de variole de Paris; la deuxième ne comprenant que les revaccinations faites en 1875, sur le personnel du même établissement où ont été faites les revaccinations d'enfants et d'adolescents.

Les mêmes distinctions en revaccinations en masse, revaccinations secondaires et revaccinations primitives, ont été faites pour les séries d'adultes comme pour celles des enfants.

Voici les principaux résultats généraux constatés par notre confrère.

A peine devrions-nous signaler l'influence d'une revaccination antérieure, tant le résultat pouvait être prévu, savoir : l'écart très marqué, dans toutes les séries, entre les succès fournis par les revaccinations secondaires et par les revaccinations primitives.

L'influence du nombre des piqûres s'est traduite par une différence minime dans les résultats, mais dont il n'importe pas moins de tenir compte, et qui est en faveur des piqûres multiples. La série des sujets revaccinés par quatre piqûres seulement, toutes les autres conditions étant égales, a présenté un abaissement dans le chiffre des succès par rapport à la série des sujets auxquels on avait fait six piqûres.

Pour les revaccinations comme pour les vaccinations des enfants nouveau-nés, la saison froide et humide a été en général défavorable. Ceci a son importance pour les lycées et autres établissements d'enseignement, où l'on est dans l'usage de pratiquer les revaccinations en octobre et en novembre, à la rentrée scolaire.

Les deux espèces de vaccin employées chez les jeunes sujets, le vaccin d'enfant et le vaccin de génisse, ont fourni un nombre égal ou à peu près égal de succès, qu'il se soit agi de revaccinations secondaires ou primitives.

L'influence de l'âge des sujets revaccinés est surtout le point mis le plus en relief dans ces recherches. Il s'agissait de vérifier si l'*a priori* d'après lequel plus les sujets sont âgés, plus les revaccinations devraient donner de succès, serait justifié par le calcul. Or voici le résultat auquel est arrivé M. J. Besnier sur ce point.

Le dernier tableau, qui ne comprend que des sujets revaccinés pour la première fois et où ces sujets sont classés d'après leur âge, devait être particulièrement intéressant à ce point de vue. Deux faits importants en ressortent. Il montre d'abord que si les succès augmentent avec le nombre des années, la proportion est loin d'être la même chez les jeunes sujets et chez les adultes. Pour les premiers, en effet, cette progression est très visible et très rapide; elle s'accuse de plus en plus, à des intervalles de quatre en quatre ou cinq ans. Mais elle est surtout plus marquée, lorsque, prenant des périodes de temps plus longues, on compare les deux premières divisions aux deux autres, autrement dit les enfants de sept à quatorze ans aux adolescents de quinze à vingt ans. Dans le premier cas, la moyenne des succès a été de 24 p. 100, et dans le second 42 p. 100, presque le double. Chez les adultes, au contraire, l'élévation du chiffre des succès avec les années est très lente et très peu accusée. Si de vingt ou vingt-cinq ans à vingt-cinq ou trente, la moyenne des succès passe de 25 p. 100 à 33 p. 100, elle reste stationnaire de trente à quarante ans et n'atteint que 18 p. 100 de quarante à cinquante ans.

Voici en quels termes M. J. Besnier exprime et résume ces résultats :

« Étant donné qu'il s'agit de sujets revaccinés pour la première fois : dans l'enfance et dans l'adolescence, les succès obtenus augmentent rapidement avec l'âge et atteignent ainsi un chiffre relativement élevé dans l'adolescence; dans l'âge adulte, ils s'abaissent tout d'abord au-dessous du chiffre fourni par les adolescents, et ils ne s'élèvent plus avec les années que d'une manière lente et peu sensible. »

Au point de vue pratique, il suit de la constatation de ces faits, que non seulement la revaccination est indiquée chez les collégiens, mais encore qu'elle l'est plus que chez tous les autres sujets.

On a vu que les adolescents, vaccinés à la naissance et revaccinés pour la première fois, présentent une aptitude toute particulière à reprendre la vaccine. M. Besnier a cherché à quoi on pouvait attribuer cette réceptivité vaccinale si remarquable. C'est un fait. En rechercher l'explication est difficile, tout comme de rechercher l'explication des immunités individuelles.

Cette recherche, bien qu'elle dût être stérile dans son objet essentiel, n'en a pas moins donné lieu à quelques observations qui ne manquent pas d'intérêt. Ainsi, supputant les chiffres des succès obtenus dans les diverses catégories de sujets, suivant qu'ils étaient bien portants, antérieurement à la revaccination, ou qu'ils avaient été malades, il est arrivé à ce résultat que, d'une part, certaines maladies aiguës, de date récente, la fièvre typhoïde notamment, paraissent favoriser sensiblement la réceptivité vaccinale; que, d'autre part, les fièvres éruptives ordinaires chez les jeunes sujets et les maladies chroniques chez les adultes paraissent, au contraire, n'avoir aucun effet de ce genre.

De ce travail très intéressant de M. le docteur J. Besnier, ressortent les propositions principales suivantes :

Les succès obtenus par une première revaccination augmentent rapidement avec l'âge chez les enfants et les adolescents, et atteignent leur maximum de quinze à vingt ans. Dans l'âge adulte, ils sont moins nombreux que chez ces derniers, et ils n'augmentent plus avec les années que d'une manière lente et peu sensible.

Certaines maladies aiguës, ayant un profond retentissement sur l'économie, favorisent la réceptivité vaccinale aux différentes périodes de la vie, et contribueraient ainsi à augmenter le nombre des succès des revaccinations. D'autres,

au contraire, n'auraient aucune influence sous ce rapport.

Chez les sujets vaccinés à la naissance et non revaccinés, la réceptivité variolique, comme la réceptivité vaccinale, atteint son maximum chez les adolescents, c'est-à-dire de quinze à vingt ans, et diminue au contraire chez les adultes.

Autant de raisons qui justifient et imposent les revaccinations chez les jeunes sujets.

HYDROLOGIE

Les eaux de Royat (1).

Par M. le Dr. DESCOMBES.

II

Le traitement de l'anémie et de la chlorose à Royat a été le sujet d'un travail des plus instructifs par le docteur Frédet, qui a valu à son auteur une récompense de l'Académie.

Si un lien étroit relie entre elles les diverses affections que je viens d'énumérer, il en est tout à fait de même de l'anémie considérée dans ses rapports avec les affections chroniques de l'appareil digestif. La dyspepsie habituelle conduit inévitablement à l'anémie, et c'en est même, si je ne me trompe, l'origine de beaucoup la plus ordinaire. Quand on fait de mauvais chyme, on fait de mauvais sang. Les anémiques sont des dyspeptiques et ils ont commencé par là. Si donc la nutrition s'améliore sous l'influence de la médication hydrominérale, si les fonctions digestives se rétablissent, l'anémie doit parallèlement s'améliorer et disparaître.

Quant à la chlorose, cette anémie toute spéciale, que je considère comme une entité morbide distincte, elle est aussi justiciable des thermes de Royat, parce que les eaux de cette station contiennent en abondance des principes réparateurs, et le fer, en particulier, n'y fait pas défaut. Gubler a fait la remarque que Royat possède une minéralisation très analogue à celle du plasma du sang; il a dit qu'elle est une « lymphe minérale ».

La chlorose relève encore de Royat, par la propriété stimulante des eaux, par les ressources d'une balnéation modèle et privilégiée, qui permet de donner des bains frais, à eau courante, et à température constante, par conséquent. Cet avantage, dû à l'abondance de la source Eugénie, n'est propre qu'à un nombre très limité de stations.

Quand on a constaté la dyspepsie, l'anémie, la chlorose, on doit sous-entendre presque aussi souvent, en même temps, état névropathique, névrose généralisée, neurasthénie. C'est pourquoi ces divers accidents du système cérébro-spinal sont énumérés par tous les praticiens de Royat au nombre de ceux qui réclament leurs soins. On les voit de même rétrocéder, s'atténuer et disparaître avec les affections principales qui les commandent ou qu'ils accompagnent.

L'hydrothérapie savante, complète, que permet de réaliser l'installation si parfaite de Royat, prête un concours puissant à la cure de ces accidents.

Les affections de la peau forment une catégorie spéciale et bien tranchée parmi les nombreuses démonstrations de la diathèse. L'eczéma, le pityriasis, le psoriasis, l'acné marchent concurremment chez les arthritiques ou bien alternent avec les autres expressions de cette affection protéiforme. Même à l'état aigu, d'après les études du docteur Puy-Leblanc, l'eczéma peut être traité avec avantage à Royat. Mais c'est surtout dans les formes chroniques et sèches des affections cutanées que les thermes de Royat font preuve d'efficacité. C'est là que Bazin dirigeait ses malades.

Enfin nous savons tous que certaines affections utérines, la métrite catarrhale, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les engorgements et les ulcérations du col, la leucorrhée, etc., sont l'apanage de la chlorose et de l'anémie. Ces maladies se rattachent non moins directement au tronc commun de toutes celles que nous venons de passer en revue. Ces maladies sont, sur les muqueuses génitales, des manifestations pareillement comparables aux éruptions extérieures dont la peau des arthritiques est le siège habituel. Quoi de plus naturel que de voir ces maladies de même origine céder au même traitement?

Quant au choix des sources, c'est à Royat qu'il faut apprendre à le connaître. C'est au médecin qui pratique à cette station qu'il faut demander d'être le guide et d'indiquer dans quels cas spéciaux convient telle ou telle source spécialement, ou l'association rationnelle de plusieurs d'entre elles; de mesurer les doses, la durée des bains, des douches, des inhalations, etc., etc. Il suffit au praticien de savoir que, des quatre sources principales, la source Eugénie, la plus abondante, sert surtout à l'usage des bains et des douches;

La source César, — excellente eau de table, — est la source des dyspeptiques;

La source Saint-Victor, la plus arsenicale, — 4 milligrammes d'arséniate de soude par litre, — et la plus ferrugineuse, — 36 milligrammes de bicarbonate de fer, — convient aux affections cutanées, chlorotiques et respiratoires, aux affections utérines et au diabète. C'est la fontaine des faibles;

La source Saint-Mart, la plus fortement lithinée, aux arthritiques, aux goutteux et aux graveleux. C'est la fontaine des goutteux.

Ces trois dernières sources se transportent partout et se conservent sans altération, permettant ainsi de faire la cure à domicile ou de la continuer.

En résumé, les indications de Royat peuvent se réduire à ces trois termes : arthritisme, anémie, asthénie.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 428.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1886. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Récidive de certains kystes ovariques. — **M. TERRILLON** rappelle avoir fait une première communication sur ce sujet en 1885 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, pp. 405, 1149). Il apporte aujourd'hui deux nouvelles observations à l'appui des conclusions de ce premier travail. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade qui portait une tumeur kystique de l'ovaire droit avec des adhérences et un sarcome fusiforme, du volume d'une orange, de l'ovaire gauche. L'examen histologique du kyste montre qu'il s'agissait d'un épithélioma mucoïde avec épaississements pariétaux sarcomateux. Cette malade, revue récemment par M. Terrillon, n'a pas encore de récidive.

Dans le second fait, il s'agit d'une autopsie qui a montré également la nature maligne d'un kyste ovarique. Ces faits confirment donc l'opinion déjà soutenue l'année dernière par M. Terrillon, à savoir que certains kystes de l'ovaire sont de nature maligne et tendent à récidiver ou à se généraliser.

M. TERRIER fait observer qu'il n'y a rien de nouveau dans ces conclusions et qu'un de ses internes, M. Poupinel, a fait sa thèse sur ce sujet.

M. TERRILLON a voulu seulement faire ressortir ce fait que, dans certains cas de kystes de l'ovaire, il peut y avoir un véritable sarcome dans l'autre ovaire.

M. TERRIER fait observer que M. Poupinel a signalé cette généralisation.

M. TERRILLON ajoute que M. Poupinel n'a pas découvert le premier ces tumeurs. Ce sont MM. Malassez et de Sinéty qui ont les premiers appelé l'attention sur ces faits.

M. BOUILLY signale deux faits d'un chirurgien anglais, dans lesquels il s'agissait de papillomes de l'ovaire, qui n'ont pas réci-

divé après quatre ans. Il ne faudrait donc pas généraliser l'opinion soutenue par M. Terrillon.

M. TERRIER ajoute que la récidive est à craindre dans ces cas, mais non fatale.

M. VERNEUIL dit que les papillomes sont un produit irritatif qui peut disparaître et qui n'implique pas nécessairement la malignité. Quand il s'agit d'organes pairs, il y a presque toujours symétrie pathologique entre les affections des deux organes.

M. TERRIER fait observer que le terme de papillomes est inapplicable aux kystes de l'ovaire.

Dilatation immédiate progressive. — M. LE FORT communique la première partie d'un travail sur un procédé qu'il a imaginé pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, et auquel il a donné le nom de dilatation immédiate progressive.

Pour les rétrécissements infranchissables, dès 1869, il avait essayé un procédé qui consistait à passer la bougie pendant qu'une injection d'eau était poussée dans la vessie par une canule spéciale empêchant le reflux. Il n'en a pas obtenu de bons résultats. Il a essayé l'électrolyse, également sans succès. Maintenant, il appuie sur le rétrécissement, assez fortement, avec une bougie nº 16, et la retire au bout de quelques minutes; très souvent alors, on peut faire passer une bougie fine. C'est là ce qu'il a appelé le cathétérisme dépressif; quelquefois, plusieurs tentatives sont nécessaires.

Pour les rétrécissements franchissables, après avoir longtemps employé la dilatation rapide d'Adolphe Richard, il a essayé un procédé consistant à engager une bougie dans le méat, jusqu'au rétrécissement, à en introduire une seconde qu'on pousse vivement pendant qu'un aide retire brusquement la première. M. Le Fort cite plusieurs observations dans lesquelles ce procédé lui a donné de bons résultats. Une seule fois il a eu des accidents. Il n'est pas possible de l'utiliser tant qu'on ne peut pas arriver aux nºs 10 ou 12.

Ayant remarqué qu'une bougie à demeure produit une dilatation d'origine inflammatoire, M. Le Fort eut l'idée de chercher un procédé qui fût basé sur cette dilatation inflammatoire préalable. Ce fut en 1871 qu'il fit faire ses dilatateurs coniques se vissant sur une bougie armée. Il en fit établir trois numéros, 9, 15 et 21 de la filière Charrière.

Le manuel opératoire consiste : 1º à introduire une bougie conductrice munie d'une plaque perforée vissée sur elle, à la laisser vingt-quatre heures ou même davantage; 2º à introduire le dilatateur, sans jamais forcer. On arrive ainsi à faire passer très facilement les nºs 9 et 15; le nº 21 passe presque aussi bien mais plus lentement. Sur 52 observations, 22 fois il a dû s'arrêter après l'introduction du second dilatateur, 3 fois après l'introduction du premier; dans tous les autres cas, les trois y ont passé. Mais cet arrêt n'empêche pas le succès, et la dilatation ultérieure complète la guérison, lentement ou brusquement.

M. Le Fort emploie quelquefois aussi la dilatation lente avec bougie à demeure. Après le passage des dilatateurs, il laisse vingt-quatre heures une sonde à demeure, de préférence en caoutchouc vulcanisé.

L'opération à laquelle a recours M. Le Fort n'est pas une divulsion; le malade ne doit pas saigner. Elle lui paraît préférable à la dilatation lente qui est trop longue, inutile, et peut faire courir quelques dangers aux malades par suite des cathétérismes répétés. Il redoute la divulsion. L'uréthrotomie interne n'est plus nécessaire avec son procédé, et il n'y a jamais eu recours. Quant à l'uréthrotomie externe, elle a ses indications bien précises.

L'uréthrotomie interne, la divulsion, ont donné des accidents mortels. Jamais M. Le Fort n'a eu de décès avec son procédé. Une seule fois il a eu un accident assez sérieux (orchite double suppurée, guérison après incision); 19 fois sur 55, il a vu apparaître des accidents légers de péri-uréthrite.

Kyste hydatique du foie. — M. LE DENTU présente une malade qu'il a opérée par la ponction d'un kyste hydatique du foie et qu'il a pu observer longtemps après. Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans qui portait un énorme kyste hydatique du foie avec une pleurésie légère. Une première ponction exploratrice donna 2 litres de liquide sans crochets. A la suite de cette ponction, il y eut une assez grande élévation de la température (40 degrés) de cause obscure. Le liquide s'est reproduit, puis est apparue une pneumonie assez grave. M. Le Dentu était décidé à intervenir, quand, l'examinant après sa convalescence, il ne trouva plus rien.

Cure radicale d'une hernie. — M. NICAISE présente un homme de soixante-deux ans chez lequel il a pratiqué, le 23 avril, la cure radicale d'une hernie inguinale incoercible avec des phénomènes d'étranglements internes successifs. Il a fait l'examen de tout le sac et une double ligature du collet. Ce malade porte parfaitement son bandage aujourd'hui.

La séance est levée.

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS

Le Conseil général des Facultés de Paris a présenté, avant-hier mercredi 19 avril 1886, au ministre de l'Instruction publique, le projet suivant relatif au service militaire des étudiants :

Le Conseil général des Facultés de Paris, au moment où un projet de loi sur le recrutement va être soumis au Parlement, croit qu'il est de son devoir d'examiner les effets que le service militaire de trois ans aurait sur les hautes études dans les Facultés et École qu'il représente.

Il n'entend en aucune façon se faire le défenseur d'un privilège; il estime, au contraire, que le principe d'égalité exige que tous les étudiants reçoivent l'instruction militaire, soient compris dans les contingents et prennent place sous les drapeaux en temps de guerre. Il est d'autant moins disposé à réclamer pour aucun ordre d'étudiants une exemption de service militaire qu'il sait que les jeunes gens qui ont reçu la haute culture intellectuelle sont tout particulièrement obligés envers le pays.

Le Conseil général considère d'autre part, que si l'État a institué les Facultés, s'il a fait dans les dernières années de grands sacrifices pour les doter de tous les moyens de travail, c'est afin, soit de recruter des professions et des services indispensables au public, soit d'assurer le progrès de la science, qui n'est pas seulement une gloire traditionnelle de la France, mais qui est indispensable à sa prospérité, à sa sécurité.

Examinant l'un après l'autre les divers ordres d'études dont les intérêts lui sont confiés, il constate que pour aucun d'eux, la durée de la scolarité ne peut être inférieure à cinq années et qu'elle est supérieure pour les jeunes gens qui se présentent au concours de l'internat et des diverses agrégations, c'est-à-dire pour l'élite des étudiants.

Le Conseil a la certitude que si trois années de service militaire s'ajoutent aux années d'études, et s'il arrive ainsi que les études ne puissent être terminées que vers la trentième année, il s'ensuivra une désertion des hautes écoles et, par conséquent, des professions et services auxquels elles préparent, ou bien la nécessité d'abaisser les exigences des examens, au point de sacrifier les garanties les plus nécessaires de savoir et d'expérience.

En conséquence,

Considérant qu'il s'agit de concilier les besoins de la défense nationale avec ceux de la haute culture et d'assurer le service de l'État tout à la fois dans l'armée et dans les services ou professions d'intérêt public;

Considérant que, même en dehors de tout service ou profession, les études qui préparent des savants dans tous les ordres de connaissances sont de nécessité nationale en un temps où la concurrence entre les nations exige que chaque peuple fortifie son génie propre et défende ses intérêts moraux et matériels;

Convaincu que toute mesure qui compromettrait les hautes études mettrait immédiatement la France en état d'infériorité à l'égard d'autres pays où l'on a su accorder les exigences les plus

rigoureuses du service militaire avec les nécessités de la culture intellectuelle ;

Le Conseil général émet le vœu :

Que les étudiants immatriculés, lors de l'appel de leur classe, dans une des cinq Facultés ou à l'École supérieure de pharmacie soient admis, après une année de service, à demander un sursis pour les deux dernières années s'ils fournissent les garanties d'instruction militaire exigées par le ministère de la Guerre ;

Qu'ils ne soient pas cependant dispensés sans conditions du service actif, et que des mesures soient prises afin que les jeunes gens à qui seront données des facilités pour leurs études, non dans leur intérêt, mais dans l'intérêt de l'État et du public, fassent effectivement ces études ;

Qu'à cet effet, ils présentent, à l'issue de chacune des deux années, à l'autorité militaire, un certificat constatant qu'ils ont suivi régulièrement et avec profit l'enseignement d'une des Facultés ou École ;

Qu'un décret, délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique ou en Conseil d'État, détermine, en ce qui concerne chacune des Facultés ou École, les conditions nécessaires pour l'obtention du certificat ;

Que les étudiants qui n'auront pas satisfait aux conditions exigées soient reversés dans l'armée active pour y parfaire leur temps de service ;

Que, pour assurer au cours du sursis conditionnel leur éducation militaire, et afin qu'ils ne perdent pas de vue leurs devoirs de soldats, les étudiants soient astreints à des exercices militaires ou à des périodes de service placées pendant les vacances universitaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 mai 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Morand, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Dupeyron, Chartier, médecins principaux de deuxième classe, et Bergé, médecin-major de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Autellet, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les docteurs Chantemesse, Argellier, Francou, Vernier, Coillot, Bourguet et Deschamps.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. Ceisson et Gilet, pharmaciens-majors de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Chopin, Deffis et Favreau.

— Une médaille d'or de première classe est décernée à M. Prengrueber, médecin de colonisation à Palestro (département d'Alger), pour s'être signalé pendant l'épidémie de 1885, en visitant, au péril de ses jours, tous les douars infestés; il a donné ses soins aux cholériques avec un dévouement admirable.

Une médaille d'argent de deuxième classe est décernée à MM. Chalençon et Labbé, internes en médecine, Malbos et Paterne, internes en pharmacie ; ont fait preuve d'un grand dévouement à l'hôpital civil de Mustapha, en prodiguant leurs soins aux cholériques pendant l'épidémie de 1885.

Des mentions honorables sont accordées à Mmes Roche (en religion sœur Hélène), et Mordelet (en religion sœur Victorine); se sont distinguées à l'hôpital civil de Mustapha par leur zèle et leur dévouement pendant l'épidémie cholérique.

— Nous avons, dans notre numéro des 18 mars 1886, p. 261, et 22 avril 1886, p. 378, fait connaître les conclusions des rapports de MM. Passant et De Ranse, soumis à l'appréciation de l'Assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. Ces conclusions ont été adoptées par l'Assemblée après discussion.

— La Société des médecins de l'état-civil nous a fait remettre par son trésorier, M. le docteur Magnin, la somme de 100 francs pour être transmise à la souscription de l'Institut Pasteur. Nous avons, en date du 20 mai 1886, déposé cette somme à la Banque de France, au crédit de cette souscription.

— Le Conseil municipal de Buenos-Aires, frappé des immenses services rendus, à Paris, à la population malheureuse par l'Œuvre de l'hospitalité de nuit, vient de voter une somme de 75 000 francs pour la fondation d'un asile de nuit. Cette mesure est d'autant plus nécessaire que, sur une population de 400 000 habitants, la capitale de la République Argentine renferme plus de 250 000 étrangers.

Il a décidé aussi, sur la proposition du docteur Benjamin Dupont, membre de la municipalité et du Conseil d'hygiène, que la crémation serait obligatoire, dans cette ville pour tous les cas de maladies épidémiques, et facultative pour les autres. Ce vote réalise un grand progrès pour ce pays, car jusqu'à ce jour, d'après une coutume espagnole du xve siècle, on disposait les cadavres dans des niches au-dessus du sol, dans des sortes de chapelles, où les cercueils sont toujours exposés aux regards.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Faucon, décédé à Licques (Pas-de-Calais), le 7 mai 1886, dans sa quarante-unième année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie, par les docteurs DE WECKER et LANDOLT. Tome II, 3e fascicule : *Maladies du cristallin*, par L. DE WECKER. 1 vol. in-8°. Tome II complet, 1 fort vol. in-8° avec 207 figures dans le texte. — Prix : 17 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines, professées à l'École pratique de la Faculté de médecine par le docteur E. VERRIER. 1 vol. gr. in-8° de 212 pages avec 36 gravures dans le texte. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884, par le docteur DUFLOCQ. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par le docteur MONCORVO. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier.

Des migraines, par le docteur SARDA. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'involution sénile, ses modifications organiques et fonctionnelles dans la vieillesse, par le docteur BROUSSE. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies, par le docteur BLANC. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le pouls puerpéral physiologique, grossesse, accouchement, couches normales, par le docteur LOUGE. In-8° avec 112 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19583

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Segond.

I. Épithélioma des lèvres. — II. Sarcome mélanique du doigt.

I. Je vais opérer dans quelques instants un vieillard de soixante ans, pour un épithélioma des lèvres, ou mieux, situé au niveau de la commissure droite des lèvres.

D'après son dire, le début de la maladie remonterait à dix-huit mois environ, époque à laquelle il s'est aperçu qu'il portait un petit bouton sur la lèvre supérieure de la commissure. Tout d'abord, il ne s'en préoccupa que fort médiocrement; mais au bout de quelque temps, le petit bouton ayant un peu grossi, il appliqua sur lui une série de pommades diverses qui, certainement, lui firent plus de mal que de bien. Mais ce n'est guère que depuis deux mois que la tumeur s'est surtout développée, et aujourd'hui on constate au coin de la bouche, du côté droit, un champignon énorme à surface grenue, friable, saignant, végétant et exhalant une fort mauvaise odeur.

Le mal occupe les deux lèvres, et si au-dessous du bourgeon susdit nous trouvons une portion de la lèvre inférieure saine, un peu plus loin nous trouvons, au contraire, sur cette lèvre, une petite plaque blanche, indurée et grenue à sa surface.

Le diagnostic d'une semblable lésion n'a rien de difficile, et je n'insisterai pas : il s'agit d'un épithélioma des lèvres du type le plus classique. D'ailleurs notre malade a l'âge de ces affections; il est campagnard, et l'épithélioma des lèvres, on le sait, appartient surtout aux sous-classes de la société.

On a prétendu que certaines professions prédisposaient plus que d'autres à cette maladie; on a cité notamment les engraisseurs de volailles, lesquels, disait-on, étaient souvent mordus aux lèvres par ces animaux au moment où on les gavait d'aliments. Cela est d'autant moins admissible que ce genre de morsure est fort rare, et pour cause. On a prétendu aussi — et la chose est fort répandue dans le monde — que ces épithéliomas étaient surtout fréquents chez les individus qui fumaient des pipes à tuyau court, autrement dit brûle-gueules. Que ces pipes très courtes puissent déterminer par brûlure une irritation continue, je le veux bien, mais pour qu'une tumeur du genre de celle que nous étudions ici se développe, il faut que l'individu porte en lui une diathèse épithéliomateuse. En tous cas, chez notre homme pareille cause ne saurait être invoquée, l'épithélioma étant à *droite*, tandis que sa pipe était constamment placée dans la commissure *gauche* des lèvres.

La maladie a entraîné chez lui le développement de lésions secondaires : 1° dans la région sous-maxillaire droite, où nous trouvons un ganglion gros comme une noisette, mais unique et mobile sur les parties sous-jacentes, indolent et pierreux, c'est-à-dire de nature spécifique comme la tumeur des lèvres; 2° dans la région sus-hyoïdienne un petit ganglion de même nature et présentant les mêmes caractères; 3° enfin dans la région sous-maxillaire du côté gauche, non loin de la carotide, il nous a semblé sentir plusieurs très petits ganglions mais n'ayant pas les caractères des précédents, et du reste n'étant nullement en rapport avec la lésion labiale.

Ceci dit, que devons-nous faire? Intervenir? Certainement, sous peine de voir le mal progresser de plus en plus. D'ailleurs la chose est possible et la maladie n'est pas encore assez étendue localement pour que nous ne puissions pas d'une part procéder à une ablation complète, et de l'autre arriver à une restauration plastique convenable, à combler la brèche que nous sommes obligés de faire. L'opération sera d'autant plus complète que nous pouvons également enlever les ganglions sus-hyoïdien et sous-maxillaire droit. De plus, l'état général ne fournit aucune contre-indication jusqu'à présent; la santé générale est bonne, le malade est encore vigoureux, sauf un léger degré d'athérome des vaisseaux, le cœur est sain. Peut-être même ferai-je aussi l'extirpation de la glande sous-maxillaire, afin de m'assurer complètement de l'état de la chaîne ganglionnaire et d'être certain de ne rien laisser de suspect, par suite d'avoir toutes chances d'une survie aussi longue que possible sans récidive.

II. La seconde malade que j'ai à opérer ce matin est une Espagnole, âgée de quarante-quatre ans, entrée il y a trois ou quatre jours dans nos salles. Cette femme n'a jamais été malade sérieusement; ses antécédents héréditaires sont négatifs; tous les siens, ascendants et descendants, sont ou ont été d'une très bonne santé. Quant à elle, elle est aussi bien portante, et présente en différents points du corps une

série de grains de beauté. L'un d'eux, dit-elle, était placé sur le doigt indicateur de la main droite. Il y a deux ans, il a pris une teinte de plus en plus foncée, noire, en même temps qu'il grossissait; si bien qu'au mois de novembre de l'année dernière M. Guyon le lui a enlevé à l'hôpital Necker. Il n'avait donné lieu à aucun retentissement ganglionnaire. Au bout de huit jours, la malade allait bien et quittait le service de M. Guyon.

Mais, tandis que la plaie opératoire se cicatrisait, une petite tache ardoisée se serait peu à peu développée tout à côté. Puis une engelure, survenue quelque temps après, aurait entraîné un certain degré d'irritation de la cicatrice opératoire et l'apparition à son niveau, il y a cinq mois, d'un nouveau point noir. Enfin depuis un mois elle aurait senti une petite grosseur dans l'aisselle, du même côté.

C'est dans ces conditions qu'elle est venue nous trouver à la Charité. Aujourd'hui nous constatons l'existence, sur la deuxième phalange de l'index droit d'une tumeur grosse comme l'amande d'une petite noisette, très noire, sous-cutanée, un peu molle au centre, légèrement indurée sur les bords et mobile. Dans l'aisselle nous trouvons un ganglion dur, indolent, mobile également et gros comme une noix; mais heureusement nul gonflement ganglionnaire sus ou sous-claviculaire. En un mot il s'agit d'une tumeur mélanique du doigt avec retentissement ganglionnaire dans la région axillaire.

La mélanose, dont je ne dirai ici que quelques mots en passant, est caractérisée par une infiltration des tissus, par des grains noirs, auxquels on a donné le nom de mélanine, et que l'on a comparés aux pigments normaux de l'économie. La mélanine vient, selon les uns, de la matière colorante du sang, selon les autres d'une élaboration cellulaire spéciale. Tout d'abord on avait dit que les tumeurs mélaniques étaient du cancer encéphaloïde, mais on a reconnu bientôt qu'il n'en était rien et que toute tumeur pouvait, à un moment donné, s'imprégner de grains noirs, de mélanine. On a reconnu aussi que cette infiltration mélanique pouvait constituer deux sortes de tumeurs : 1° le mélanome pur, affection tellement rare que les deux seuls cas connus ont été décrits par MM. Cornil et Ranvier; 2° la tumeur mélanique : sarcome, carcinome, épithéliome et fibrome; le sarcome mélanique étant de tous le plus fréquent.

Ici nous n'avons aucune incertitude, il s'agit d'un sarcome mélanique du doigt avec son retentissement ganglionnaire tardif dans l'aisselle; affection d'une gravité telle par sa généralisation rapide que d'aucuns ont prétendu que quiconque en était atteint était condamné à brève échéance. Nélaton a même dit que son évolution oscillait entre trois mois et trois ans.

Il est vrai que la mort est généralement rapide, mais elle n'est pas la terminaison fatale, et l'on peut en guérir. Nous pouvons relever quatre faits de guérison bien authentiques qui tous appartiennent à M. Pamard (d'Avignon). Il est vrai aussi que la gravité de la maladie existe par elle-même, elle réside dans la facilité avec laquelle le grain mélanique se généralise par les lymphatiques. D'ailleurs cette gravité est double dans le cas où il ne s'agit pas de mélanome pur, ce qui est rare, mais bien de cancer mélanique : gravité par le cancer, gravité par la mélanose. D'où le pronostic chez notre malade est forcément très noir.

Des auteurs étrangers ont fait remarquer que l'urine de ces malades devenait noire en reposant, qu'il y avait uromélanie. M. Heurtaux, auquel on doit la meilleure étude sur cette affection, l'a admis, et M. Nepveu a trouvé aussi dans les urines des grains mélaniques, grains dont la présence est réellement la signature de la mélanose. M. Nepveu a aussi démontré en 1874 que chez les individus atteints de mélanose généralisée, le sang paraissait également altéré par la présence de granulations noires dans le sérum ou dans les globules.

Si des circonstances indépendantes de ma volonté ne m'ont pas encore permis de faire cet examen, cependant la nature de la maladie dont cette femme est atteinte ne saurait nous laisser le moindre doute, d'après les caractères cliniques que nous avons indiqués en commençant.

Quant à la généralisation, je ne la crois pas encore effectuée : les régions sus et sous-claviculaire ne présentent encore aucune lésion ganglionnaire; les tumeurs ne sont pas multiples à la surface du corps ; nous trouvons seulement une tumeur récidivant localement sur la cicatrice, et un gros ganglion dans l'aisselle.

Dans ces conditions, nous sommes d'autant plus autorisés à intervenir chirurgicalement tant sur la tumeur du doigt que dans le creux axillaire, 1° que l'opération en elle-même ne présente aucune gravité; 2° que cette femme se croit perdue si elle n'est pas opérée, et que par suite l'opération lui rendra le calme et la tranquillité d'esprit qu'elle a absolument perdus.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des facteurs de gravité de la syphilis.

I

Plusieurs malades du service vont me fournir une importante étude, celle des facteurs de la gravité de la vérole. C'est là une question restée encore très controversée, très obscure, quoique chacun sache très bien que la vérole est inégale dans la gravité de ses manifestations selon les individus.

En effet prenez au hasard vingt sujets atteints de syphilis, et vous en verrez quinze peut-être qui s'en tireront à bon marché, tandis que les cinq autres seront exposés à des accidents redoutables, à des mutilations plus ou moins repoussantes, voire même à la mort pour quelques-uns. C'est ainsi que la syphilis sera légère chez les uns, grave chez les autres et mortelle chez plusieurs. Ce qui nous permet de dire qu'il y a vérole et vérole, qu'il y a vérole forte, vérole moyenne, vérole faible. Pourquoi ces différences? C'est la question que nous allons examiner.

Les conditions de gravité de la syphilis dérivent, a-t-on dit, ou du contage, c'est-à-dire de la qualité du virus, de la qualité de la graine, ou de l'individu, c'est-à-dire du terrain. De là deux doctrines : 1° celle qui prétend que la gravité tient à la qualité de la graine; et 2° celle qui soutient qu'elle résulte du terrain.

Il faut en convenir, la première est quelque peu séduisante, car elle explique tout par le virus malin ou le virus atténué. C'est de là que Carmichaël considérait, en raison de leur gravité, quatre virus syphilitiques. Mais si séduisante, je le répète, que soit cette doctrine, la clinique proteste contre elle, en nous montrant qu'il n'existe aucune concordance entre l'origine d'une syphilis et son degré de gravité, entre les accidents du sujet contaminant et ceux du sujet contaminé. Je pourrais vous en citer une foule

d'exemples; je me bornerai à celui-ci : Une jeune femme de vingt-deux ans contracte la syphilis de son mari ; elle a d'abord un chancre phagédénique horrible sur le ventre, puis le tronc se couvre d'ulcérations. On la guérit, mais peu de temps après, de nouvelles ulcérations apparaissent, notamment au visage cette fois ; le nez, la lèvre supérieure, se trouvent détruits, la consomption survient et la malade succombe à cette pneumonie ultime que l'on observe chez nombre de sujets cachectisés.

Cette syphilis dérivait du mari qui, pour tous accidents, avait eu simplement un tout petit chancre — il se cicatrisa en trois semaines — puis une roséole et quelques plaques muqueuses, si bien qu'une syphilis réellement bénigne avait donné naissance à une syphilis mortelle. D'où il suit que ce n'est point la provenance du mal qui en fait la gravité, que celle-ci ne réside pas dans la gouttelette virulente, dans la qualité de la graine, comme d'aucuns l'ont soutenu à tort.

Si donc ce n'est pas la graine qui fait la gravité du mal, c'est donc la nature du terrain. Oui, et telle est aujourd'hui la doctrine agréée partout : chacun fait sa vérole à son image, suivant sa santé, son état personnel et héréditaire, ses habitudes, son hygiène, etc.

Examinons donc maintenant quelles sont les conditions nocives qui impriment à la vérole sa gravité.

Les ouvrages contemporains réunissent ces conditions en deux termes : 1° l'appauvrissement de la constitution ; 2° la mauvaise hygiène. Dans le premier, on fait rentrer les tempéraments lymphatique et scrofuleux, l'alcoolisme, le chagrin, l'accouchement, etc. Le second terme comprend : une mauvaise alimentation, une nutrition insuffisante, l'insalubrité du logis, les fatigues, le surmenage, la misère, etc. Mais cette formule est des plus banales, elle peut s'appliquer à toutes les maladies, et, de plus, elle est insuffisante. Car nous voyons la syphilis devenir mortelle chez des sujets de santé passable cependant et vivant d'une hygiène moyenne. Telle est, par exemple, la syphilis du cerveau.

Il faut donc trouver une meilleure formule, ou mieux préciser cette formule elle-même dans chacun de ces deux termes et l'étendre.

C'est là une question difficile, considérable, dont la solution n'est pas possible encore aujourd'hui sur tous ces points et qui demandera encore du temps. Cependant si nous ne savons pas encore distinguer tous les facteurs de gravité de la vérole, nous en connaissons néanmoins un certain nombre, sept, qui sont les suivants : 1° l'alcoolisme ; 2° l'âge ; 3° la scrofulo-tuberculose ; 4° l'impaludisme ; 5° le surmenage; 6° la prédisposition héréditaire ou acquise ; et 7° l'insuffisance ou l'absence de tout traitement au début du mal.

Nous commencerons par l'alcoolisme. L'alcoolisme est un puissant facteur de la gravité de la syphilis, bien connu de longue date, mais qui n'a jamais été aussi manifeste que de nos jours, où l'on boit plus que jamais. On a dit que l'alcool et la vérole faisaient mauvais ménage ensemble, que l'un aggravait l'autre. Cela est parfaitement vrai, nous en avons la preuve chaque jour. L'alcool fait beaucoup de mal à la vérole et de plusieurs façons, que nous allons passer successivement en revue, sans parler même de son action sur le chancre.

Il exagère la confluence et l'intensité des manifestations cutanées de la syphilis comme il nuit, d'ailleurs, à toutes les dermatoses en général, et les exagère. C'est ainsi qu'il est commun de voir des syphilides papuleuses, anormalement profuses et confluentes, chez des alcooliques, cribler la peau du tronc, des membres et de la face. Le fait n'a jamais été plus évident que depuis quelques années, chez certaines femmes qui exercent le métier d'inviteuses à boire dans les brasseries. Chez elles nous observons communément des syphilides profuses.

Il réalise certaines formes, des formes graves, tertiaires précoces, c'est-à-dire survenant dès la période secondaire ; ce sont des syphilides malignes précoces, tuberculeuses sèches ou tuberculeuses ulcératives. Je vous citerai parmi nos malades de la salle des hommes, un garçon de vingt et un ans, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, qui contracta son premier chancre il y a sept mois. Six semaines plus tard il avait des plaques buccales, des maux de gorge, une syphilide ulcéreuse, et il entrait ici, il y a sept semaines, le corps criblé d'ulcérations creuses, profondes, très larges par tout le corps et surtout sur le cuir chevelu, dont les deux tiers se trouvaient convertis en une vaste plaie, quoique sa syphilis ne fît qu'entrer dans la période secondaire. Mais cet individu, bien qu'il n'ait encore que vingt et un ans, est déjà un buveur invétéré, qui, au moment de son entrée à l'hôpital, ne consommait pas moins, chaque jour, de 3 litres de vin, beaucoup de bière, 250 grammes d'eau-de-vie et une vingtaine de verres d'absinthe !

Il crée des types spéciaux. Il peut modifier en effet les formes ordinaires des syphilides et les transformer par exemple en un type analogue à celui des herpétides malignes, en un type papulo-squameux, avec une étendue considérable de ces placards auxquels on a donné, par suite, le nom de *placards géants*, avec une desquamation revêtant un faux air de psoriasis et des plus abondants parfois, comme dans la dermatide exfoliatrice.

L'alcoolisme détermine aussi des syphilides à poussées multiples, subintrantes. C'est ainsi que, dans l'espace de six ans environ, deux des malades actuellement dans mes salles ont fait l'un dix et l'autre quinze séjours pour de semblables poussées !

L'alcoolisme réalise aussi quelquefois des syphilides dépressives, dénutritives, cachexiantes et entraînant la mort.

Enfin il a sa place parmi les causes prédisposantes aux accidents nerveux, à la syphilis de la moelle et du cerveau, et l'on peut dire que l'alcoolisme pousse au cerveau comme il pousse à la peau. Il est une des causes adjuvantes de la syphilis du cerveau et même quelquefois la cause principale. Il réalise ainsi des syphilis cérébrales précoces, dès la période secondaire, c'est-à-dire dans le courant de la première année. Nous en avons un exemple dans le malade du n° 15 de la salle Saint-Louis, qui a contracté la syphilis au mois d'août dernier et qui, le 27 mars suivant, était pris subitement de phénomènes cérébraux graves, c'est-à-dire au septième mois de sa vérole. Et cela parce que cet homme est un alcoolique buvant, depuis l'âge de quinze ans, de 4 à 5 litres de vin par jour, un demi-litre d'absinthe, sans compter une foule de consommations diverses.

L'alcoolisme est donc chez lui un des facteurs d'accidents cérébraux précoces, et nous montre encore une fois les dangers de l'alcoolisme associé à la syphilis.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Abcès ossifluent du sein. — Résection du sternum.

La malade que je vous présente aujourd'hui et qui doit aujourd'hui même quitter l'Hôtel-Dieu est âgée de vingt-sept ans.

Vous voyez qu'elle porte au niveau du sein gauche une cicatrice, qui, partant de la région sternale, va disparaître sous le sein. En soulevant cet organe, vous voyez que cette cicatrice, qui suit le sillon sous-mammaire, a 15 centimètres de longueur. C'est la trace d'une incision que j'ai pratiquée pour enlever une tumeur sur laquelle je vais appeler votre attention. Mais je tiens auparavant à vous parler de cette incision elle-même. Vous me l'avez vu pratiquer plusieurs fois déjà pour enlever des tumeurs bénignes de la mamelle, des fibromes enkystés ou tumeurs adénoïdes. Grâce à cette incision, on peut dissimuler toute trace de l'opération.

Vous vous souvenez que j'ai pu présenter la poitrine nue, à la *Société des sciences médicales de Lyon,* de jeunes femmes chez qui j'avais extirpé, par cette incision sous-mammaire, des tumeurs adénoïdes siégeant au-dessus du mamelon. Et de prime abord on ne pouvait reconnaître le sein opéré.

Si j'insiste aujourd'hui sur le siège de cette incision, après vous en avoir plusieurs fois déjà fait ressortir les avantages, c'est que je me suis alors trompé en en attribuant la paternité à notre très éminent collègue Gaillard Thomas. Longtemps avant le chirurgien américain, qui l'a peut-être ignoré, Rouge, à Lausanne, dans le canton de Vaud, avait exécuté et décrit le procédé. Il appartient donc à notre savant confrère suisse, — *cuique suum.*

Ceci dit, revenons à l'histoire de notre malade. Ses antécédents morbides sont obscurs. Elle aurait éprouvé dix ans avant son entrée dans mon service, à la suite d'un effort, une douleur très vive au niveau de l'appendice xyphoïde.

Cet accident, qui l'effraya beaucoup, n'eut aucune suite fâcheuse. Pourtant deux ans plus tard, elle vit se développer une petite tumeur au niveau du bord droit du sternum, tumeur qui disparut spontanément.

A son entrée, elle portait au niveau du sein gauche une tumeur du volume d'une orange mandarine. Elle avait débuté il y a dix-huit mois. Elle était mobile, lisse, arrondie, rénitente. Il était facile de la délimiter par la palpation et de se convaincre qu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme développé aux dépens de la glande mammaire. Un pédicule très mince la reliait au squelette. Malgré les excellents antécédents de cette malade qui n'a jamais eu d'accidents strumeux, nous diagnostiquâmes un abcès froid, ayant pour origine une côte ou le sternum. Cette tumeur avait absolument toutes les apparences d'une tumeur adénoïde, aussi résolûmes-nous d'en pratiquer l'énucléation, sans l'ouvrir, par la voie sous-mammaire.

Les premiers temps de l'opération ont été absolument simples. L'énucléation de la tumeur n'a présenté aucune difficulté. Mais arrivé sur son pédicule, nous avons vu qu'il se prolongeait à droite en passant en avant du sternum, qu'il croisait perpendiculairement à son axe, pour se perdre vers l'avant-dernier espace intercostal droit. A ce niveau, le pédicule avait le volume d'une plume de perdrix. Mais en le sectionnant pour enlever la tumeur, je vis qu'il était tubulé. Un petit stylet introduit par cette tubulure pénétra derrière le sternum dans le médiastin. A l'aide d'une gouge de sculpteur, j'enlevai un segment de sternum de 2 centimètres de hauteur sur toute la largeur de l'os. Par cette résection fut mise à nu une cavité rétro-sternale. La lésion osseuse qui avait donné naissance à l'abcès siégeait donc à la face postérieure du sternum. La plaie du sein a été réunie, et nous avons essayé d'introduire un drain dans le médiastin. Mais il a été rapidement chassé par le choc de la pointe du cœur.

La cicatrisation a été très rapide. Quelques rares pansements ont suffi. Dans toute la région mammaire, il y a eu réunion immédiate. Seul le point sternal est resté en retard de quelques jours, mais aujourd'hui la réparation osseuse est complète, et la malade quitte l'hôpital absolument guérie.

Je ne veux pas insister ici sur le *diagnostic.* Il est pourtant bon de signaler l'*extrême ressemblance des tumeurs adénoïdes du sein et des abcès froids ossifluents* siégeant dans cet organe. J'insiste aussi sur l'excessive exiguïté du pédicule. C'est pour n'avoir pas suffisamment examiné ces pédicules que bien des auteurs ont décrit des abcès froids idiopathiques. J'en suis encore, après de longues années de pratique hospitalière, à chercher un cas authentique d'abcès froid idiopathique incontestable.

Cette exiguïté du pédicule, je l'ai déjà constatée dans tous les cas d'abcès ossifluents faisant saillie dans le sein, qu'ils soient d'origine costale ou sternale. Il est infiniment probable qu'elle a pour cause la solidité des travées fibreuses intercostales qui sont particulièrement solides et serrées quand on se rapproche du sternum. Elles présentent des orifices tout à fait analogues aux incisures intermétacarpiennes, à travers lesquelles passe si facilement le pus de la face palmaire à la face dorsale de la main.

Nous avons dans le cas particulier à nous demander pourquoi, né à la partie postérieure du sternum, le pus au lieu de remplir le médiastin et de se propager dans le tissu cellulaire rétro-sternal, est venu par les petites incisures dont nous venons de parler, faire saillie dans les graisses de la mamelle.

Je crois *que cette migration insolite du pus a pour cause les battements du cœur.*

Dans plusieurs circonstances déjà, j'ai pu me rendre compte de cette action expulsive du cœur. Vous avez pu voir que sa pointe chassait mon doigt pendant l'exploration de l'os malade, et qu'elle a également chassé le tube à drainage que j'avais voulu introduire dans la plaie. Enfin vous avez vu à quelle méthode opératoire j'ai eu recours. Après avoir porté le diagnostic d'abcès froid, j'ai décidé l'extirpation de la tumeur. Un plein succès a couronné notre intervention. Quand vous êtes en présence d'un abcès froid ossifluent avec lésion osseuse limitée, le traitement le plus rationnel est en effet l'extirpation systématique.

C'est ce traitement que je mets en pratique depuis nombre d'années. Ainsi il y a huit ans, j'ai extirpé dans la région lombaire d'une jeune fille un abcès froid du volume d'un œuf de dinde. Le pédicule que j'ai poursuivi m'a conduit sur le corps de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire. J'en ai pratiqué l'évidement avec une cuiller tranchante. La réunion immédiate a été obtenue et j'espère qu'un jour ou l'autre je pourrai vous montrer cette opérée, qui depuis est devenue mère de deux enfants.

En résumé, retenons de l'étude de ce fait :

1° L'extrême ressemblance des abcès ossifluents du sein et des tumeurs adénoïdes;

2° Les avantages de l'incision sous-mammaire de Rouge, au point de vue esthétique ;

3° L'influence des battements du cœur sur l'expulsion du pus qui est dans son voisinage ;

4° L'exiguïté du pédicule des abcès ossifluents de la région antérieure du thorax ;

5° Enfin le traitement des abcès ossifluents avec lésion osseuse limitée, par l'extirpation systématique.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXII

Soyer-Villemet et Monnier. — Botanistes de Nancy. Passèrent quatre jours sous mon toit, en juin 1826, en route pour les Pyrénées : Soyer allait à Luchon pour la cure d'une affection herpétique envahissant la figure dont une portion était recouverte d'une étoffe noire. Le mauvais temps ne nous permit pas de faire des excursions, mais je les dédommageai en leur ouvrant mon herbier. Soyer-Villemet, avec lequel j'ai entretenu pendant plusieurs années une active correspondance, a publié de très bonnes observations botaniques : il est bibliothécaire de la ville de Nancy. Monnier a publié une monographie du genre *Hieracium ;* il se maria avec la fille du maréchal Molitor et délaissa la botanique.

Dufresnoy. — Géologue, de l'Institut. En octobre 1826, il me fit une courte visite au retour des Pyrénées où il avait fait un long séjour pour la préparation des travaux de la carte géologique de la France.

Trenc et Long. — Deux jeunes touristes anglais vinrent me visiter le 4 août 1827, en allant de Bordeaux à Bayonne, pour parcourir ensuite toute la chaîne des Pyrénées : ils n'avaient d'autre but que l'observation du pittoresque. Ils admirèrent le point de vue panoramique de Morlaune, notre promenade publique : ils partirent le lendemain ; après les Pyrénées, ils devaient visiter l'Italie et passer l'hiver en Sicile.

Coquebert de Montbret. — Botaniste, fils d'un savant entomologiste de ce nom, neveu d'Alexandre Brongniart, passa deux jours avec moi, en juillet 1828 : vingt-cinq ans, taille au-dessous de la moyenne, teint blond et fleuri, aimable et de bon ton, grande ardeur pour la recherche des plantes ; il puisa volontiers dans les duplicata de mon herbier. A son retour dans sa famille à Amiens, il m'expédia un exemplaire du précieux ouvrage de son père, intitulé *Icones*, et, de plus, un délicieux *pâté d'Amiens*, fait avec des sarcelles, espèce nouvelle pour nous. En 1830 et 1835, nous nous revîmes à Paris avec grand plaisir : il enrichit mon herbier de plusieurs plantes du Piémont. Il prit part comme botaniste au voyage en Syrie, exécuté par le littérateur Michaud, l'auteur de l'*Histoire des croisades*. Au retour de ce voyage, Coquebert mourut des suites d'une affection pulmonaire, contractée pendant sa mission volontaire, vrai martyr de la science.

Lajonkaire. — En mars 1831, je reçus la visite de M. Lajonkaire, naturaliste et chimiste, qui passa trois jours chez son condisciple Louis Lamarque, fils du général : vingt-neuf ans, joli homme, grand, cheveux châtains, corps bien pris, spirituel, aimable, instruit ; tout récemment veuf, il voyageait pour se distraire. Il avait entrepris à Montrouge, près Paris, une fabrique de chandelles économiques, qui fit de mauvaises affaires. Nous fîmes ensemble des courses paléontologiques aux marnières de Meignos et de Trabay où il trouva plusieurs espèces qui lui étaient inconnues. La Révolution de 1848 nous envoya Lajonkaire comme préfet des Landes; il n'oublia point notre confraternité en histoire naturelle : il avait, en administration et en politique, des idées fort exaltées, socialiste pur sang ; aussi, lors de la réaction bonapartiste, il fut révoqué : aujourd'hui (1859) il est avec un compagnon d'infortune politique, à Madrid, pour une entreprise de crédit financier dont j'ignore les résultats.

Endress. — Botaniste allemand, voyageant pour le compte d'une association botanique. En juillet 1831, il me fit une visite de deux jours et puisa largement dans mes doubles : vingt-cinq ans, petit, brun, légèrement strabique, ne manquant pas d'esprit; il venait de parcourir les grandes landes entre Bordeaux et Bayonne, et se disposait à explorer les Pyrénées jusqu'à Luchon. Il mourut cette même année à Strasbourg d'une fièvre cérébrale, au moment où il allait rentrer dans sa patrie. M. Gay, de Paris, publia dans les *Annales des sciences naturelles* une notice sur la vie de ce jeune savant et sur les découvertes botaniques de son dernier voyage.

Dugès. — Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Au mois de décembre 1831, j'entrai en relation avec ce savant de premier ordre, et nos rapports épistolaires ont continué jusqu'à sa mort prématurée, qui eut lieu en 1845 ; il n'avait que quarante-huit ans ; il avait une préférence pour l'étude des araignées ; nos communications réciproques portaient sur cette classe d'animaux articulés : j'ai le regret de ne pas l'avoir connu personnellement. (Voir ma correspondance.)

Decaisne. — De l'Institut, botaniste. En 1831, je lui communiquai toute ma collection des *Plantago*, sur sa demande, pour un travail monographique.

Desmazières (de Lille). — Botaniste, cryptogamiste. Depuis 1825, j'ai eu des relations très amicales avec ce savant, que je n'ai pas connu personnellement : nous avons échangé des fleurs de jardin et des plantes, surtout des cryptogames ; on trouvera dans ma bibliothèque de précieux fascicules de *Cryptogames du Nord de la France*, que je dois à sa généreuse amitié. Mort en 1862, peu de jours après m'avoir envoyé sa photographie.

Rielh. — Jeune botaniste, de Colmar, qui me fit une courte visite le 22 juillet 1833, en allant aux Pyrénées.

Audouin. — Professeur d'entomologie au Muséum d'histoire naturelle. Le 26 août 1833, mon ami Victor Audouin et sa gracieuse femme, fille de Brongniart, vinrent me voir et passèrent douze jours avec nous. Nous fîmes ensemble plusieurs courses entomologiques sur les bords de l'Adour : je les accompagnai aux Eaux-Bonnes pendant quelques jours. Je reparlerai un peu plus tard de cet excellent ami.

Le baron de Walkenaer. — De l'Institut. Je le rencontrai à Pau en 1833, savant hors ligne, soit en littérature, soit en histoire naturelle : il avait été préfet sous la Restauration. Homme de soixante ans, taille moyenne, figure animée, petits yeux, conversation agréable ; en histoire naturelle, il s'était adonné spécialement à l'étude des arachnides : il m'a fait cadeau de son *Histoire des aranéides*, publiée en 1805. Depuis 1833, je l'ai revu plusieurs fois à Paris ; il est mort en 1852.

Bonafous (de Turin). — Correspondant de l'Institut, savant agronome. Nos relations commencèrent à s'établir en 1833, à l'occasion de renseignements qu'il me pria de lui envoyer sur la culture du maïs dans mon département ; il préparait alors un magnifique ouvrage sur cette céréale : il m'en offrit un exemplaire ainsi que son *Traité de la sériciculture en Chine*. Je fis sa connaissance personnelle à Paris où je le revis pour la dernière fois en 1845 ; il avait soixante ans, taille moyenne, embonpoint médiocre, figure couperosée, manières affables, principes religieux, grande fortune : il mourut en 1850.

Macquart (de Lille). — Le premier diptérologiste de France. Nos relations et échanges réciproques commencèrent en 1833. Je fis sa connaissance personnelle à Paris en 1835 : cinquante-cinq ans, taille moyenne, un peu d'embonpoint, figure agréable, politesse exquise, mise soignée, bonnes manières, spirituel et instruit, principes religieux ; il m'a fait cadeau de ses ouvrages sur les diptères : il mourut en 1851 d'un cancer à la langue.

Echsricht (de Copenhague). — Professeur de zoologie. Nous échangeâmes une lettre en 1834 ; en 1858, je fis sa connaissance

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 472.

personnelle à Paris, nous dînâmes ensemble chez Milne Edwards et chez le célèbre oculiste Sichel : quoique Danois, il avait le facies, les allures, le langage d'un Français ; je cours après les insectes et les plantes, lui, poursuit l'étude des baleines, *trahit sua quemque voluptas*. Ayant appris qu'il existait à Pampelune un squelette de ce cétacé qui avait échoué sur la côte de Saint-Sébastien, il s'était mis en route pour la Péninsule afin d'observer *de visu* ledit squelette. Nous nous rencontrâmes aussi à Morcenx, la station landaise entre Bordeaux et Bayonne ; il voyageait avec sa femme.

Ampère et Naudet, de l'Institut. — Ces deux célèbres inspecteurs généraux de l'instruction publique, venus à Saint-Sever en 1835, pour visiter notre collège, me firent l'honneur de s'asseoir à ma table ; l'illustre physicien qui avait l'allure peu distinguée et les plus singulières distractions, faisait un usage immodéré du tabac à priser ; il humait tout bonnement la poudre versée dans la paume de la main.

Abbé Frère, Belge. — Phrénologiste. En 1835 : cinquante ans, d'une taille élevée, bel homme, manières distinguées, physionomie heureuse, instruction variée, élocution facile ; il vint visiter mon cabinet accompagné par les vicaires de la paroisse ; je tenais à lui donner l'occasion de s'expliquer catégoriquement en présence de ses confrères sur sa foi catholique et sur ses croyances phrénologiques, il s'exprima de manière à convaincre ses auditeurs qu'il croyait fermement à la science et à la religion. L'abbé Frère était à la recherche des crânes wisigoths : il fit exécuter près de notre collège quelques fouilles infructueuses. Lors de la visite qu'il me fit, il tâta la tête d'un de mes jeunes enfants et porta un jugement très favorable sur son intelligence : sur la tête de mon ami A. de T..., il trouva la bosse du dessin très prononcée, et il était dans le vrai.

Gindre. — Ingénieur géologue. Au commencement de février 1836, cet élève distingué de l'École des mines vint me visiter pour observer avec moi les gisements de lenzinite ou chaux sulfatée silicifère dont j'avais jadis publié la description dans les *Annales des sciences naturelles*. Cette substance, sorte de kaolin, fut envoyée par moi au directeur de la manufacture de Sèvres, M. Alexandre Brongniart. M. Gindre était à la tête d'une exploitation des kaolins de Louhossoa, près Bayonne, avec notre compatriote M. Castandet, négociant ; malgré une pluie battante, nous allâmes visiter d'abord à *Conyo* puis à *l'Houstesse*, les rognons de cette lenzinite ; nous nous rendîmes ensuite sur le versant méridional du *Pouy de Monsoué* où se trouvait le banc assez riche du kaolin utilisé à Sèvres ; il conclut à l'inutilité d'une exploitation : la présence des boules géodiques de quartz dans ce terrain tertiaire, justifie, suivant M. Gindre, celle du kaolin, qui est le résultat de la décomposition du feldspath ; il m'envoya plus tard, pour ma collection de minéraux, une belle série des divers échantillons naturels ou préparés des kaolins de Louhossoa.

Grenier (de Besançon). — Botaniste. Le 28 juin 1836, je reçus la visite de ce jeune savant qui arrivait de la Teste et se rendait aux Pyrénées ; je lui donnai des duplicata de mon herbier et je lui traçai son itinéraire pour l'exploration de nos belles montagnes. Depuis cette époque, M. Grenier est devenu professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, et il a composé, en collaboration avec M. Godron, une *Flore de France*. Il m'a envoyé sa monographie du genre *Cerastium*.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

107. M. ARCHAMBAULT. Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme. — 108. M. BEURNIER. Ligaments ronds de l'utérus. — 109. M. CURTIL. Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme. — 110. M. ODDO. Étude clinique sur la période de réaction du choléra. — 111. M. LEGRAIN. Du délire chez les dégénérés. — 112. M. KALT. Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations de strabisme. — 113. M. SAINT-MARTIN. De l'iridectomie dans les iritis à rechute.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mai 1886, M. le médecin de première classe Bodet a été promu, après concours, au grade de médecin-professeur dans le corps de santé de la marine.

— Par décret en date du 19 mai 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Gaudin, Drouet, Hanotel, Despoisse, Thouvenin, Decouvelaere, Lalande, Loisy, Brunotte et Perrotte.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le lundi 21 juin 1886, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de *trente-huit ans* au jour d'ouverture du concours.

— Les concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 28 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ;

2° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

3° Pour le clinicat des maladies des enfants, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 24 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs qui n'ont pas plus de *trente-quatre ans* au jour d'ouverture du concours.

Avis commun à tous les clinicats. — Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— A partir du 1er novembre 1886, l'épreuve orale de la première partie du deuxième examen de doctorat (anatomie et histologie) pourra comporter des interrogations sur une préparation histologique qui sera présentée au candidat et que celui-ci aura à examiner et à reconnaître au microscope, de même que cet examen comporte actuellement, pour l'anatomie descriptive, des interrogations sur une pièce du squelette mise entre les mains du candidat.

Les préparations histologiques ne sortiront pas de la série des pièces les plus élémentaires à l'examen desquelles MM. les étudiants sont exercés dans les travaux pratiques d'histologie.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Crié, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé, en outre,

des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Rennes.

— Pendant la durée de la session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* et dans les trois jours qui suivront la clôture, auront lieu diverses excursions, notamment à Toul et sur le canal de l'Est, dans les Vosges, à Gérardmer, Saint-Maurice, le ballon d'Alsace, etc.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Chaput, prosecteur, fera sa première démonstration (exercices opératoires), sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, et avec l'aide de six aides d'anatomie, le mardi 25 mai 1886, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique.

— M. le docteur Ch. Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 29 mai, à neuf heures et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le jeudi 27 mai 1886, à quatre heures et demie de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Deniker soutiendra une thèse ayant pour sujet : « Recherches anatomiques et embryologiques sur les singes anthropoïdes », pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par le docteur MARTINEAU. 1 vol. in-18 avec 4 planches lithographiques. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19590

8

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault*.

22

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(*PEPSINE VÉGÉTALE* tirée du Carica-Papaya)

EST LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

(*Voir les travaux de MM. Wurtz et Bouchut.*)

Le SIROP ou l'ÉLIXIR de PAPAÏNE TROUETTE-PERRET rend les plus grands services et guérit rapidement les *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Vomissements, Diarrhées lientériques*, et est le meilleur médicament dans tous les cas où la Pepsine ou la Diastase peuvent être ordonnées.

Les doses habituelles sont : Un verre à liqueur de *Sirop* ou d'*Élixir* ou DEUX CACHETS à prendre immédiatement après chacun des principaux repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

80

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au **Convallaria Maïalis** (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

97

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

15

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance**.

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

39

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

46

POUDRE TONI-DIGESTIVE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

CONTRE : *Dyspepsies acides et flatulentes. Gastralgies, Gastrites. Vomissements, Diarrhées chroniques.*

Une cuillerée à café avant les repas.

Sur demande, envoi franco à MM. les Médecins.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

170

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée, et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies

10

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

79

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

N° 62. — JEUDI 27 MAI 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 27 MAI 1886. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Si les troubles regrettables qui ont entraîné la fermeture momentanée de l'École de pharmacie ont pu assombrir dans ces derniers jours l'esprit de l'honorable et savant directeur M. Chatin, son cœur de père a dû bondir en entendant proclamer hier le résultat du scrutin pour l'élection d'un membre dans la section de pharmacie, succès éclatant pour son fils M. Joannès Chatin, qui, porté le second sur la liste de candidature, a obtenu d'emblée 51 suffrages sur 74 votants. Cette joie qui lui est venue de l'Académie, et qui n'est pas sans avoir dû flatter son orgueil, a dû être aussi une douce compensation aux tristesses venues de l'École.

Après cette élection, l'Académie a entendu plusieurs communications, dont deux intéressent la chirurgie, celles de M. Demons (de Bordeaux) sur le drainage de la vessie à la suite de la taille hypogastrique, et de M. Péan sur une espèce particulière de tumeur végétante du péritoine, dont il s'est proposé de démontrer la bénignité relative et la curabilité par le procédé opératoire qu'il a institué à cet effet.

Une troisième communication, bien faite pour intéresser l'Académie, autant par son sujet qui se rattache à l'un des événements les plus considérables de notre époque, que par le talent d'exposition dont son auteur a fait preuve, a été celle de M. le docteur Ad. Nicolas, ancien médecin de la marine, relative à l'hygiène dans l'isthme de Panama.

Ayant accepté de la Société des travaux publics et constructions de Paris une mission dans l'isthme de Panama, en vue d'apprécier l'insalubrité de cet isthme sur le parcours du canal interocéanique, d'en déterminer les causes, de rechercher les moyens d'en atténuer les effets, pour les employés de cette Société, M. Nicolas a cru devoir entretenir l'Académie des résultats de sa mission. Tel a été l'objet de la lecture qu'il a faite hier devant l'assemblée attentive, qui n'en a pas perdu un mot et qui lui a prouvé combien il avait été bien inspiré de s'adresser à elle, en l'accueillant par des applaudissements unanimes. L'étendue de ce travail ne nous ayant pas permis de l'insérer intégralement, nous en donnons plus loin (p. 496) un résumé qui permettra à nos lecteurs d'en apprécier tout l'intérêt.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Un cas d'obstruction intestinale par des matières stercorales.

J'ai fait apporter devant vous les pièces anatomo-pathologiques d'un enfant qui vient de succomber et dont l'histoire est des plus intéressantes. Il s'agit de lésions très curieuses, très instructives, c'est-à-dire d'un cas d'obstruction intestinale par des matières stercorales ayant déterminé la mort.

Mardi dernier entrait à la salle Sainte-Thérèse une fillette de treize ans, chez laquelle l'interne du service diagnostiquait immédiatement une obstruction intestinale.

Cette enfant était habituellement si constipée qu'elle n'allait à la selle que tous les dix, douze ou quinze jours, soit deux ou trois fois par mois, et alors c'étaient chaque fois de véritables débâcles s'accompagnant de coliques violentes et suivies de prostration sans qu'il en résultât un soulagement complet. Elle nous était donc amenée pour une constipation opiniâtre ne cédant à rien.

Le lendemain matin, je la vis pour la première fois et je trouvai une fille maigre, fatiguée, les traits crispés, se plaignant de coliques abdominales vives à caractère paroxystique. Le ventre n'était ni météorisé, ni distendu, mais à peu près normal et douloureux par région, surtout au niveau de l'S iliaque, où l'on sentait une tuméfaction globuleuse, allongée, pâteuse, douée d'une certaine mobilité, plongeant vers le petit bassin et présentant une matité complète à la percussion. En un mot, l'S iliaque était distendu par des matières fécales.

On ne sentait aucune induration au niveau de l'ombilic; mais le cœcum et le côlon transverse étaient distendus par une induration allongée. La langue ne présentait rien de particulier. L'intelligence était conservée. Il n'y avait ni vomissements ni nausées.

Étions-nous en face d'une péritonite chronique? Non, il n'existait pas d'ascite, pas d'induration correspondant à cette péritonite. D'ailleurs les enfants atteints de péritonite chronique ont des alternatives de diarrhée et de constipation; ils ont de la fièvre, et la main appliquée sur l'abdomen

éprouve la sensation de tumeurs multiples, dures, en gâteau ; ils ont des nausées, des vomissements; le ventre est contracté sur les anses intestinales. Ici rien de tout cela, mais une constipation habituelle.

Pouvions-nous songer à quelque abcès froid, à quelque abcès migrateur résultant d'un mal de Pott et descendant dans le bassin? Mais nous n'avions ni gibbosité ni tuméfaction fluctuante. Serait-ce plutôt quelque abcès chaud ou subaigu accompagnant une typhlite ou une pérityphlite? Leur siège est ordinairement à droite; la formation de l'abcès est précédée, pendant dix ou quinze jours, d'un certain état inflammatoire; il y a de la fièvre, des frissons, de l'empâtement, de la tuméfaction, de la rétraction du psoas, etc. S'agissait-il de quelque invagination de l'intestin? Mais alors nous n'aurions pas eu une constipation opiniâtre comme ici, la malade eût été facile à purger, nous aurions eu des selles dysentériques, rouges, comme du frai de grenouille, renfermant parfois des débris de muqueuse, s'accompagnant d'émission de gaz très fétides, etc. Quant à l'étranglement interne, son début est plus brusque, plus subit qu'ici; il donne lieu à des douleurs extrêmement vives, à de véritables coliques de miserere, à des phénomènes de péritonisme, à des nausées et à des vomissements, au refroidissement des extrémités; la face est grippée.

En réalité, il s'agissait d'une obstruction de l'intestin par des matières stercorales.

Comme traitement, nous prescrivîmes des lavements à grand courant avec de l'huile et une substance purgative, ainsi qu'un purgatif huileux par les voies supérieures. Sous leur influence, une débâcle se produisit; la malade eut des selles pendant toute la journée du samedi. Néanmoins aucun soulagement réel n'en fut la conséquence, et la malade succomba la nuit suivante à une congestion pulmonaire intercurrente.

L'autopsie a pu être faite; elle nous a montré la présence de matières stercorales grosses comme le poing dans le rectum ainsi que dans l'S iliaque, lequel était énormément distendu, et dans le côlon transverse, matières extrêmement dures, que les purgatifs n'avaient pas pu entraîner, malgré les selles diarrhéiques de la veille. La poche de l'S iliaque était donc énorme, comme chez les vieillards atteints de dyspepsie intestinale ; la tunique muqueuse était hypertrophiée ainsi que d'ailleurs tous les tissus de l'intestin, mais il n'existait aucune perforation ; on apercevait seulement quelques éraillures.

Notre jeune malade a donc succombé à une accumulation de matières stercorales, telle que l'intestin ne se contractait plus, que la défécation ne se faisait plus, ou mieux, elle a succombé à des troubles réflexes résultant de cette accumulation et de l'arrêt complet des matières.

L'observation que je viens de rapporter me conduit aux quelques réflexions suivantes. Nombre d'enfants se développent mal, ont un caractère difficile, fantasque, des plus mobiles, ils travaillent mal, se plaignent de maux de tête fréquents, etc., parce que les fonctions digestives sont mal surveillées, et que ces enfants sont sujets à une constipation plus ou moins opiniâtre.

En ville, je vois fréquemment des jeunes filles et de jeunes garçons en proie à des arrêts de matières stercorales, et par suite à une dyspepsie intense, à un défaut d'assimilation nutritive.

Nombre d'enfants aussi, à la suite de constipations répétées, ont de l'entérite, dite pseudo-membraneuse, avec une hypersécrétion de la muqueuse enveloppant le bol fécal, ayant un aspect rubanné comme le tœnia, ou pseudo-membraneux, blanc, etc. Ces mucosités ne sont pas de véritables fausses membranes, mais de la mucine concrétée, épaissie, et déterminent de vives coliques, un déplacement des matières fécales, des émissions sanguines, etc., en un mot cette entérite, dénommée à tort pseudo-membraneuse, qui est la suite d'une constipation par paresse de l'intestin ou par accumulation d'aliments insuffisamment mâchés.

Cette constipation elle-même peut conduire à la typhlite et à la pérityphlite chez des enfants de douze à treize ans, et enfin, comme dernière étape, à des coliques de *miserere*.

Je pourrais vous citer un certain nombre de petites filles — elles sont généralement plus sédentaires, plus nerveuses, et plus sujettes à la constipation que les petits garçons, — ayant eu dans leur gros et petit intestin une telle rétention de matières stercorales qu'elle cédait seulement à un traitement composé : 1° de larges irrigations de l'intestin faites au moyen de la sonde œsophagienne, irrigations purgatives avec le sulfate de soude, l'huile et la glycérine ; 2° de purgatifs administrés par les voies supérieures, tels que l'huile de ricin, par exemple. Dans un cas j'ai même dû aller jusqu'à l'électrisation après avoir employé, sans succès, le traitement purgatif, les irrigations et les fomentations belladonées sur le ventre.

En résumé, chez tout enfant atteint de constipation un peu tenace, et auquel on a donné de l'huile de ricin, il ne suffit pas de s'informer du résultat du purgatif, il faut encore savoir si le malade a rendu des gaz par l'anus, sans quoi vous n'êtes jamais certain d'avoir évacué l'intestin. Cette émission de gaz par les voies inférieures, en effet, est un signe très important du déplacement des matières stercorales et de la disparition de l'obstacle à leur cours régulier. Je parle toujours, bien entendu, de l'obstruction intestinale et non de l'étranglement interne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LILLE

M. Guermonprez.

Uréthrotomie externe sans conducteur; périnéorrhaphie ; guérison.

Le tailleur Pierre B..., quarante-quatre ans, entre à l'hôpital le 28 août 1884, porteur d'un rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre, d'un rétrécissement traumatique et enfin de plusieurs fausses routes.

L'infection blennorrhagique date de 1862; elle a été suivie à l'hôpital militaire de Mons (Belgique) pendant six semaines. La rupture traumatique de l'urèthre a été produite en 1870 par la chute sur le rebord de bois d'une table de tailleur. Une demi-heure environ après l'accident, le patient ne peut pas uriner et s'aperçoit d'une hémorrhagie uréthrale; il était quatre heures après-midi. Le lendemain, il entre à l'hôpital sans avoir uriné. Vers dix heures du matin (seize heures après l'accident), l'interne de garde introduit un cathéter métallique de gros calibre; il rencontre un obstacle, force l'introduction de l'instrument mais n'arrive pas à retirer d'urine. Vers dix heures du soir, le cathétérisme est renouvelé par le chef de service, à l'aide d'un cathéter métallique moins volumineux; le résultat n'est pas meilleur. Vers deux heures du matin (trente-quatre heures après l'accident), le blessé cesse de perdre du sang par l'urèthre et constate l'issue de quelques gouttes d'urine. Le lendemain, la miction spontanée est devenue moins pénible; l'urine sort en un jet très mince (douze

sangsues au périnée). L'amélioration se confirme pendant les jours suivants; et, après quinze jours, le blessé sort de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Vers 1875 et surtout en 1877, la miction devint plus difficile; le jet d'urine étant moins fort et moins volumineux.

En décembre 1883 surviennent, sans cause appréciable, plusieurs hématuries.

Depuis cette époque, la miction se fait avec effort et souvent goutte par goutte. Elle est précédée de douleurs très pénibles et suivie d'une sensation de fatigue qui force le malade à s'asseoir et le rend incapable de travailler pendant un certain temps. Peu à peu ces deux sensations se prolongent à tel point que le malade subit toujours l'une ou l'autre; il en vient à ne plus pouvoir dormir; il perd l'appétit, souffre de la soif et n'ose la satisfaire. Pour ces motifs et aussi en raison de plusieurs diarrhées intercurrentes, il pâlit, maigrit, perd ses forces et se trouve absolument incapable de tout travail.

En mai 1884, M. Delassus tente de le sonder, mais aucun cathéter n'y peut parvenir. Il constate, en introduisant successivement plusieurs sondes molles, l'existence de plusieurs fausses routes de profondeurs différentes.

Pendant son séjour à l'hôpital, on fait de nombreuses tentatives de cathétérisme avec divers instruments et par diverses personnes, sans obtenir aucun résultat.

Bientôt les douleurs deviennent insupportables, les envies d'uriner incessantes; un peu de fièvre survient chaque soir; le malade demande à courir les chances de l'opération.

Le 28 septembre, on donne un lavement simple.

Le 29, après un nouveau lavement, le malade est anesthésié par le chloroforme, placé dans la position classique de la taille périnéale, avec un dur coussin sous le sacrum. Le cathéter cannelé conduit fortement à droite de la ligne médiane, par conséquent dans une fausse route.

A l'aide du bistouri, je fais une incision antéro-postérieure à la peau pour pratiquer la boutonnière périnéale et je découvre assez rapidement la partie antérieure de la prostate, sans être interrompu par aucune hémorrhagie notable. Le ténaculum employé suivant la méthode de M. Alphonse Guérin ne parvient pas à soulever le bulbe de l'urèthre, à cause de la consistance fibreuse du canal. Un écarteur maintenu par un aide supplée à cette lacune d'une façon satisfaisante. J'incise alors d'avant en arrière la région membraneuse, qui crie sous le bistouri et donne la sensation d'un tissu fibreux très dur; l'urine ne s'écoule pas. Un certain degré de ténesme de l'anus et une hémorrhagie en nappe très persistante rend difficile et laborieuse l'exploration du fond de la plaie. Je procède alors au débridement du rétrécissement antérieur.

Le cathéter cannelé étant placé de nouveau, je prolonge l'incision cutanée à l'aide du bistouri et me sers ensuite du thermocautère. Je trouve, après avoir porté l'instrument jusqu'au bout du cathéter, un espace largement ouvert sur la paroi latérale duquel un peu d'urine s'écoule par un très petit pertuis. Celui-ci admet seulement un très petit stylet de trousse, mais il ne suit pas la direction médiane; sa paroi est incisée à l'aide du thermocautère qui permet de reconnaître sa grande épaisseur et sa nature fibreuse. Trois autres pertuis sont successivement trouvés, ils laissent suinter une petite quantité d'urine et sont incisés de la même manière, sans jamais atteindre la région membraneuse. Le bulbe est à son tour intéressé d'avant en arrière sur la ligne médiane. Une hémorrhagie assez abondante survient à ce moment sur le côté droit de la section du bulbe; elle est combattue péniblement, laborieusement, par des attouchements au thermocautère porté au rouge sombre. C'est sur ces entrefaites que surviennent des accidents généraux qui imposent d'interrompre l'intervention chirurgicale; le malade se refroidit, le pouls devient petit, la respiration irrégulière, le visage pâle, et le ténesme anal cesse complètement, tandis que les efforts de miction ne se reproduisent pas et que l'urine ne s'écoule plus en aucun point de la plaie (160 grammes de chloroforme ont été administrés; l'opération a duré deux heures environ).

On réchauffe le patient à l'aide de boules d'eau chaude et de couvertures de laine; une première tasse de vin chaud est vomie, la seconde est conservée.

Pour tout pansement on applique, de demi-heure en demi-heure, des couches épaisses de gaze et de ouate imbibées d'eau phéniquée à 4 p. 100, seul liquide qui fut employé pendant toute l'opération. Un tiers de matelas hydrostatique est placé sous le siège (thé au rhum).

Le soir, la température est à 38°,9. Le patient souffre peu; il signale un peu de cuisson au niveau de la plaie mais n'éprouve plus, ni la sensation de plénitude vésicale, ni les fréquents besoins d'uriner, ni les douleurs qui ont motivé l'opération. A la percussion de l'hypogastre, on trouve la vessie absolument vide. Il élimine encore une grande abondance de chloroforme, facilement appréciable à distance par l'odeur de l'air exhalé.

Le 30 septembre et le 1er octobre, le patient accuse une sensation de mieux-être, demande à manger et sort de son état de prostration. Le liquide antiseptique, qui donne une sensation de froid, est remplacé par le suivant : acide borique, 20; alcool et eau, *ãã* 500. Il renouvelle lui-même les compresses et la ouate dès qu'il constate leur imbibition par l'urine.

Le 4, il demande que l'opération soit reprise, mais l'état des forces ne paraît pas permettre d'entreprendre de longues manœuvres.

Le 6, le malade arrive depuis deux jours à retenir une certaine quantité d'urine; il est parvenu à en évacuer la veille 130 grammes en une seule fois. Après un lavement évacuant, et après avoir constaté un peu de distension de la vessie du malade, qui n'a pas uriné depuis deux heures, je place cet homme comme pour l'opération et cherche à découvrir le bout central de l'urèthre pendant la miction. Pendant dix minutes, le patient fait de vains efforts et n'arrive pas à évacuer l'urine. Il est rapidement fatigué et refroidi; on le replace dans son lit, et il arrive presque aussitôt à évacuer dans un vase 250 grammes environ.

Le 7, on renouvelle la tentative, sans placer de coussin au-dessous du sacrum et sans relever aussi fortement les genoux. Après cinq minutes d'efforts, un jet d'urine indique l'orifice; un stylet y pénètre sans difficulté jusque dans la vessie; une sonde de femme y parvient tout aussi aisément. Une sonde molle en caoutchouc rouge est alors introduite, d'abord dans la partie antérieure, puis sur une sonde cannelée, dans le bout postérieur. Elle est installée à demeure par le procédé ordinaire, et on recueille par ce moyen 400 grammes d'urine.

Toute la surface de la plaie est alors essuyée à l'aide de tampons de ouate imbibés d'eau boriquée à 4 p. 100; il ne reste plus aucune eschare, on ne trouve que des bourgeons charnus de très belle apparence; la périnéorrhaphie est aussitôt pratiquée au fil d'argent, à l'aide de l'aiguille de Simpson; deux points de suture enchevillée assurent la réunion des parties profondes, et trois points passés rapprochent les parties superficielles. Toutefois, l'affrontement reste incomplet vers la partie la plus antérieure et vers la plus postérieure de cette plaie.

Pendant les jours suivants, aucun accident ne survient; le même pansement est continué, mais l'urine ne s'écoule presque plus par la plaie.

Le 15, tous les fils d'argent sont enlevés; aucun des points de suture n'a manqué. Les pansements sont continués à l'aide de l'eau boriquée et alcoolisée; ils sont souillés par une très petite quantité de pus dont l'odeur est de moins en moins urineuse et l'aspect de plus en plus phlegmoneux.

Le 18, la sonde à demeure est retirée. Un peu d'urine s'écoule par les deux pertuis du périnée.

Le 3 novembre, la sonde à demeure est replacée par M. le docteur Duret, et le malade quitte l'hôpital.

Tous les huit ou dix jours, la sonde est retirée par le malade, nettoyée et réintroduite sans difficulté.

Vers la fin de novembre, le pertuis inférieur est fermé. Le 23 décembre, il ne reste plus rien de la plaie périnéale, et la guérison se trouve confirmée.

L'HYGIÈNE DANS L'ISTHME DE PANAMA.

Par M. le docteur A. Nicolas.

L'insalubrité de Panama résulte du concours d'une chaleur humide particulièrement énervante et dépressive dans la saison et dans les mois où elle atteint sa plus grande intensité, normalement de mai à novembre, et des effluves marécageuses disséminées dans l'air toujours à peu près saturé et généralement chargé, en toute saison, de nébulosités qui y maintiennent un « marais aérien » permanent.

Bien que les bouleversements du sol n'aient pas accru directement l'insalubrité, ils modifient éventuellement les conditions hygiéniques par rapport à la malaria, toutes les fois qu'en changeant les conditions orographiques et par suite hydrologiques de la contrée, ils favorisent la formation du foyer morbide où s'engendrent les fièvres; et, dans l'isthme comme ailleurs, l'observation quotidienne le démontre dans tous les campements, l'origine principale de l'insalubrité tropicale, c'est le marécage. La tranchée comme la décharge sont inoffensives quand elles ne provoquent pas le stationnement et la stagnation d'une eau de pluie, de source ou de rivière. Dans le cas contraire, un marécage est bientôt constitué dans une contrée où la vigueur de la végétation a bien vite enseveli, dans le cours de la même saison, les travaux les plus récents sous le couvert de la forêt naissante, et partout où il apparaît ainsi, le marécage infecte à la fois le chantier et le campement.

Voilà pourquoi j'ai cru devoir rappeler avec beaucoup d'insistance l'importance du *drainage*, aux ingénieurs, qui ont seuls entre les mains cet agent d'assainissement. Je ne connais pas, pour ma part, de localité malarienne dont l'insalubrité ait résisté au drainage. Il importe donc de ne pas combler, sans dérivation préalable, le lit des moindres ruisseaux, qui seront des torrents dans la saison pluvieuse; et souvent un coup de bêche ou de mine qui favorisera l'écoulement d'une eau stagnante suffira pour assainir un chantier.

J'ai été consulté sur la question de savoir lequel des deux procédés, l'inondation où l'asséchement, convenait le mieux pour assainir un marécage aux abords d'une lagune ou dans le delta d'un fleuve. La réponse n'est pas douteuse, et je l'étends à toutes les régions tropicales : l'inondation, quelle que soit l'épaisseur de la couche d'eau, n'empêchera pas le palétuvier d'émerger sur les berges; l'asséchement est donc préférable.

L'*habitation*, c'est l'abri. Il faut que le repos y soit garanti contre la chaleur par une ventilation énergique, contre les intempéries par une occlusion parfaite et facultative. Exhaussement du rez-de-chaussée, double plancher, doubles parois, vérandah bi ou quadri-latérale, larges baies, châssis vitrés et parfaitement mobiles, toiture en briques, peinture grise, telles sont les conditions architecturales à réaliser. Surtout bonne orientation des façades principales : ici, dans une direction nord et sud, le vent du nord dominant sur nos campements. L'alignement ne doit pas nuire à l'orientation. « N'alignez pas, orientez », telle est la formule que je recommande aux ingénieurs. Il faut construire des habitations et non des villages : le village n'est qu'une résultante. L'alignement sur la clôture de la cour ou du jardin suffit pour en régulariser la voirie.

Je rappelle que le *nettoyage* et la propreté sont la base de l'hygiène. Nous y affecterons des agents spéciaux.

Nos campements, situés entre 40 et 65 mètres d'altitude, ne doivent avoir qu'une durée provisoire; il serait donc superflu d'y ménager un système d'*égouts*. D'autre part, les lieux d'aisances n'ont pas de chance de conserver une clientèle au voisinage de la forêt ou du taillis; le nègre surtout y répugne. Faisant la part du feu, j'ai proposé, pour résoudre la question, cette autre formule un peu risquée peut-être : exonération facultative, vidange méthodique et réglementée.

Pour *désinfecter* les habitations suspectes, j'ai recommandé provisoirement le badigeonnage des parois et des planchers à la solution de sublimé au millième, et au besoin des pulvérisations de la même solution, si la maison n'est pas habitée.

Quant aux *inhumations*, j'étais tout disposé, pour prévenir l'encombrement rapide des cimetières, sur la ligne, à encourager une pratique qui a été largement suivie lors de la construction du « Panama rail road »; je veux parler de l'enfouissement des morts dans les talus des décharges. On sauvegarderait comme on pourrait les exigences légitimes de la morale et de la religion; et le cadavre, couché dans un lit de chaux ou toute autre substance capable de produire la *crémation chimique*, contre laquelle personne ne proteste, recouvert de plusieurs mètres cubes de terre, ne menacerait en rien les vivants.

Je dois dire que mon opinion n'a pas prévalu. Je propose aujourd'hui un mode d'inhumation rappelant le *columbarium* espagnol. Sur une fondation de béton d'une épaisseur proportionnée à la taille humaine, d'une longueur proportionnée à la population du campement, on placerait sur un lit de chaux le cercueil où le cadavre serait déjà enseveli dans la chaux. On maçonnerait à l'entour. Les autres cercueils viendraient se juxtaposer, puis se superposer à celui-là. On aurait de la sorte un monument hygiénique qui ne serait pas sans grandeur et qui conserverait les noms des morts, pour le moment où il plaira de venir les rechercher pour l'histoire, quelque jour glorieuse, du canal de Panama.

L'isthme manque d'*eau potable*. La distillation qui s'impose, à mon avis, paraissant trop coûteuse, je demandais une prise d'eau du Chagre, ou de l'Obispo, ou de quelque ruisseau torrentueux, en amont du campement; et comme l'eau de l'isthme est suspecte *a priori*, nous eussions établi un système de filtre quelconque à grand débit dans chacun de nos campements. Je ne sais où en est, depuis mon départ, la fabrication des filtres d'amiante auxquels je donnerais la préférence, mais on en a proposé plusieurs, dans ces derniers temps, qui sont excellents. Dans tous les cas, l'eau minérale, qui est un médicament et dont l'usage est général dans l'isthme, ne saurait, à mes yeux, remplacer d'une manière permanente l'eau naturelle. L'eau de pluie dans ces contrées s'alimente à des réservoirs atmosphériques évidemment contaminés. L'eau de source elle-même, dans cette région volcanique, est toujours suspecte, minéralisée qu'elle est souvent dans des proportions dont il faut tenir compte. Je crois que l'on s'est décidé tout récemment pour la distillation, qui me paraît tout ce qu'il y a de plus pratique.

Nous aurons, d'ailleurs, besoin dans nos campements d'une grande quantité d'eau pour nos appareils d'hydrothérapie. J'ai demandé que chaque habitation fût pourvue d'une *douche froide* dont on pourrait user à discrétion plusieurs fois par jour; c'est le moyen qui m'a paru le meilleur pour atténuer les effets de la chaleur énervante de Panama. Or, sans rien exagérer, je crois qu'il faut, pour alimenter ces douches, une eau d'une certaine pureté; il ne serait pas indifférent de baigner incessamment le corps de l'eau des marécages.

La grosse difficulté que rencontre l'hygiène à Panama, c'est que l'indigénisation, sous les tropiques, exige le repos et que nous y venons pour travailler. Sous ce rapport surtout, cette hygiène se spécialise; la question des boissons alcooliques ou autres, comme celle du travail, doivent s'y résoudre autrement qu'ailleurs. Plus encore qu'ailleurs, le conseil que l'on donne aux nouveaux venus de ne rien changer à leurs habitudes de France, est aussi ridicule qu'il est impraticable. C'est le contraire qu'il faut conseiller.

Il faut tout mettre en œuvre, dans l'isthme, pour accroître la tonicité organique. Il n'y a guère là-bas d'acclimatement, il n'y a que des résistances. Tout ce qui diminue la résistance, comme le font les excès de tout genre, est funeste; tout ce qui l'acccroît est un préservatif.

C'est à ce titre que j'ai pris sous ma responsabilité d'imposer l'usage, à titre de préventif, de la quinine, médicament à la fois tonique, parasiticide et antipaludéen, suivant des règles qui seront spéciales à Panama. J'ai inauguré dans l'escadre du Mexique, il y a vingt ans, cette pratique qui jusque-là n'avait jamais été imposée officiellement. Je crois savoir qu'elle est aujourd'hui gé-

nérale dans la marine, et tout ce que j'ai vu dans l'isthme n'a fait que me confirmer dans cette opinion que la quinine préserve, dans une certaine mesure, des fièvres malariennes, y compris la fièvre jaune, qui guérit cependant sans quinine, comme elle tue malgré la quinine.

Il était d'autant plus nécessaire d'*imposer* cette pratique que la quinine a été longtemps déconsidérée dans l'isthme à ce point qu'on n'osait l'administrer que sous un nom déguisé : on l'appelait le sel Le Pelletier. Il faut un certain courage pour persister à la défendre, en face d'échecs prévus et inévitables. Mais de ce que l'opium ne guérit pas le choléra, il ne vient à la pensée de personne d'en interdire l'emploi dans cette maladie. J'ai acquis la conviction que beaucoup de malades succombent à la fièvre jaune, parce que les premiers soins leur ont manqué; qu'y a-t-il d'étrange à ce que la quinine n'ait pas raison d'une maladie qui a désorganisé en deux jours le rein, le foie, le cœur et la plupart des viscères où la dégénérescence graisseuse est généralisée de bonne heure dans toutes les autopsies? C'est parce que l'emploi de la quinine dans le cours de la fièvre jaune est toujours tardif, que je veux la donner avant; et, si l'assuétude peut obliger à forcer les doses, il faut tenir compte aussi de la quantité de sel emmagasiné, dont les effets, du moins à en juger par les bourdonnements d'oreilles, persistent un mois et plus après la cessation du médicament.

Je prescris donc la quinine dans toutes les fièvres jaunes, parce que je n'y trouve aucune contre-indication, pas même l'imminence du vomissement noir, que la quinine ne provoque pas et qu'elle retarde, au contraire. Et je la prescris d'autant plus volontiers que le diagnostic différentiel de la fièvre jaune ne se fait souvent d'une manière irréfutable que le deuxième ou le troisième jour.

... J'aurais à vous entretenir de l'inoculation vaccinale, très en faveur à mon arrivée dans l'isthme et que l'on a dû abandonner pendant mon séjour, après quelques insuccès qui ont déconcerté le confrère qui patronnait la méthode. Cette méthode est celle du docteur Carmona de Mexico, qui inocule le résidu, de l'urine sans atténuation ni culture. Je n'ai pas cru devoir encourager cette pratique.

... En faisant cette communication, je crois avoir rempli un double devoir.

L'œuvre de Panama est une œuvre nationale. Toutes les nations du globe ont les regards fixés sur le pavillon français que nous avons hissé là-bas et qui a le don, partout où il apparaît, d'émouvoir le monde. Nous voudrions ne pas l'amener. Or, c'est l'hygiène qui, pour une grande part, assurera l'achèvement du canal interocéanique.

En outre, je voulais attirer les regards du monde médical et de cette Société sur les soldats du progrès qui soutiennent au loin cette lutte gigantesque contre la maladie tropicale. Ces soldats sont Français pour la plupart. J'ai songé à leur adresser, au nom du pays, un encouragement sympathique. Je n'ai pas trouvé de tribune qui fût meilleure que celle-ci, et surtout plus retentissante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique, transmettant l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. de Lacaze-Duthiers dans la classe des associés libres, en remplacement de M. Chéreau;

2° Une lettre de M. le ministre du Commerce, accompagnant l'envoi d'un flacon de sulfate de quinine que M. Vieunot (d'Ivry-Port) désirerait voir soumettre à l'Académie. (Renvoyé à la section de pharmacie);

3° Une lettre de M. le ministre de la Guerre qui transmet l'expédition du registre de l'hôpital d'eaux minérales de Bourbonne pour l'année 1884. (Comm. des eaux minérales).

La correspondance manuscrite comprend :

1° L'envoi d'un rapport sur les vaccinations pratiquées sur les oasis de la zone des Libans, pendant l'année 1886, par M. Marchand, aide-major près le bureau arabe de Biskra. (Comm. de vaccine);

2° L'envoi d'un mémoire de M. le docteur Garreau (de Lille), intitulé : *Des attractions moléculaires que les gaz chimiquement inertes exercent entre eux et de leurs effets comme agents de dissociation.* (Comm. : MM. Gautier et Gariel.)

M. Larrey présente, de la part de la veuve de M. Daga, ancien médecin inspecteur, un mémoire sur la fièvre typhoïde observée à Nancy pendant les années 1881-1882. (Comm. des épidémies.)

COMMUNICATIONS

Microbes et microzymas. — M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Béchamp en réponse à la dernière argumentation de M. Gautier. M. Béchamp résume le contenu de cette lettre en ces termes :

Bien que je n'aie pas l'illusion de pouvoir convaincre jamais M. Gautier, il me semble qu'il a renoncé à croire que la vie est une putréfaction, soit totale, soit partielle. Il me semble aussi qu'il n'est plus du tout certain que les leucomaïnes, pour toxiques qu'elles soient, existent à l'état de liberté dans l'organisme vivant et, par suite, il me paraît que M. Gautier a prématurément attribué à leur découverte une importance qu'elle n'a pas.

M. Gautier a parlé ironiquement « de ma croyance dans une thèse scientifique », et, a-t-il ajouté : « j'allais dire philosophique ». Mais il n'y a rien d'incompatible entre une thèse scientifique fondée sur la méthode expérimentale et une thèse philosophique fondée sur la raison des choses : au contraire, l'une illumine l'autre. Mais il me semble que, dans le temps présent, ce n'est pas l'excès de philosophie qui nous blesse. Pour moi, ce que je reproche le plus aux doctrines microbiennes, auxquelles M. Gautier paraît vouloir se rattacher désormais, c'est précisément de choquer la philosophie en bravant la méthode expérimentale.

M. Gautier déclare qu'il ne répliquera pas.

M. Cornil lit une note que lui a transmise M. Nencki (de Bonn) au sujet de la dernière argumentation de M. Béchamp. L'auteur exprime dans cette note son étonnement que M. Béchamp, dans son dernier discours à l'Académie, l'ait pris pour un partisan de ses idées. Les microzymas de M. Béchamp, dit-il, sont pour lui ou des micrococci ou des spores des bactéries, des schizomycètes. Les granulations moléculaires, le détritus organique, n'étant pas des êtres vivants, agissent peut-être comme des enzymes, mais jamais ils ne provoquent les véritables fermentations ou se transforment en schizomycètes.

J'ai toujours considéré, ajoute-t-il, les microbes dans l'organisme animal comme des parasites.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

ÉLECTION

La liste de présentation de la section porte :

En première ligne, M. Prunier; en deuxième ligne, M. Joannès Chatin; en troisième ligne, M. Marty; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Chastaing, Petit et Tanret.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38,

M. Joannès Chatin obtient.	51	suffrages.
M. Prunier.	21	—
M. Marty.	1	—
M. Tanret	1	—

M. J. Chatin ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du Président de la République.

LECTURES

Drainage de la vessie. — M. DEMONS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, lit un travail sur le drainage de la vessie après la taille hypogastrique. Ayant eu à pratiquer la taille hypogastrique chez un homme de soixante-trois ans, pour éviter les dangers de l'infiltration urineuse que la sonde à demeure ne suffit pas toujours à prévenir, M. Demons a eu recours chez ce malade au drainage de la vessie à l'aide d'une sonde de caoutchouc rouge percée de trous, etc.

Le drainage parfait de la vessie, dit-il, après avoir décrit son procédé, peut être effectué après la taille hypogastrique par le moyen que je viens d'indiquer, moyen simple facilitant les lavages de la vessie, favorisant le passage de l'urine par sa voie naturelle, s'opposant à l'infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire, permettant de laisser à la plaie de l'hypogastre des dimensions très restreintes et la plaçant dans des conditions convenables pour une cicatrisation rapide. Peut-être sera-t-il possible de perfectionner encore ce procédé en suturant la vessie au-dessous du drain et en diminuant le volume du bout supérieur du tube. (Le travail de M. Demons est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Polaillon, Labbé et Marc Sée.)

L'hygiène dans l'isthme de Panama. — M. AD. NICOLAS fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 496.)

COMMUNICATION

Tumeurs végétantes du péritoine pelvien. — M. PÉAN entretient de vive voix l'Académie d'une malade à laquelle il a pratiqué l'ablation d'une tumeur spéciale du péritoine. Il s'agissait d'une de ces tumeurs que les chirurgiens considéraient autrefois comme des tumeurs malignes, de véritables cancers, et qu'il se croit fondé à considérer aujourd'hui comme des tumeurs bénignes, opérables. Il s'appuie d'ailleurs sur l'opinion de Robin qui, après avoir examiné une des tumeurs de ce genre, déclarait que c'était à ses yeux une tumeur bénigne, quoique de nature épithéliale.

Rapprochant ce dernier fait de plusieurs autres analogues pour lesquels il a déjà fait la même opération, M. Péan résume sa communication par les propositions suivantes :

1° Il existe un groupe de tumeurs particulières au péritoine pelvien constituées par la production, à la surface de ce feuillet séreux, de végétations multiples, mollasses, assez analogues à du frai de grenouilles, susceptibles de prendre la disposition arborescente.

2° Ces tumeurs peuvent se présenter sous trois types : le premier, caractérisé par des masses disséminées sur le péritoine pelvien ; le deuxième, sous forme de tumeurs solides ou demi-liquides bien circonscrites qui occupent à la fois le péritoine pelvien et les annexes de l'utérus ; le troisième, remarquable par la formation de masses kystiques volumineuses à forme à la fois aréolaire et végétante.

3° Ces tumeurs ont été confondues à tort jusqu'ici avec certaines variétés d'affections malignes du péritoine, de l'utérus, des ovaires et des ligaments larges, dont elles se distinguent en réalité par leurs caractères anatomiques, leur marche et le pronostic qui leur est applicable.

4° Elles sont susceptibles d'être traitées et guéries par un procédé d'intervention chirurgicale qui nous est propre.

5° Chez les malades que nous avons opérées, nous n'avons pas jusqu'ici observé de récidive, bien que chez quelques-unes notre intervention remonte à un assez grand nombre d'années.

Les pièces à l'appui de cette communication sont déposées à la bibliothèque, où les membres de l'Académie ont pu les voir.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du ministre de l'Instruction publique les candidats aux bourses d'études instituées près le Muséum d'histoire naturelle.

Les candidats devront se faire inscrire, du 1er au 30 juin 1886, au secrétariat du Muséum ou au secrétariat des académies dans les départements.

— Par décision ministérielle, en date du 22 mai 1886, M. Gavoy, médecin principal de deuxième classe, a été désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan. — Il sera détaché, en la même qualité, à l'hôpital thermal de Barèges, aux lieu et place de M. le médecin principal de deuxième classe Ducelliez, médecin-chef de l'hôpital militaire de La Rochelle.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 mai 1886, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1887.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance d'avant-hier lundi, 24 mai 1886, à deux élections :

La première pour la nomination d'un membre correspondant dans la section de physique, en remplacement de M. Plateau, décédé ; M. Terquem, professeur à la Faculté des sciences de Lille, a été élu par 50 voix sur 59 votants ;

La seconde pour la nomination d'un membre titulaire dans la section de mécanique, en remplacement de M. de Saint-Venant, décédé. M. Sarrau a été élu par 30 voix sur 59 votants ; M. Léauté a obtenu 26 suffrages.

— Par suite de la mort de notre regretté collaborateur M. Legrand du Saulle, les mutations suivantes auront lieu au mois d'août prochain dans le service médical des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. M. le docteur Jules Voisin passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpêtrière ; M. le docteur Deny, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre, passe médecin titulaire dans le même établissement.

— Le concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris a commencé avant-hier lundi, 24 mai 1886. La question donnée pour la première épreuve (composition écrite) a été : « Les trompes utérines, anatomie et physiologie. » La lecture des compositions aura lieu ce soir mercredi et après-demain vendredi, à quatre heures.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils, qui doit s'ouvrir lundi prochain 31 mai 1886, est définitivement constitué ; il se compose de MM. les docteurs Cusco, président ; Cruveilhier, Horteloup, Le Fort, Peyrot, Trélat, chirurgiens ; et Ferrand, médecin des hôpitaux.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 juillet 1886, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de *trente-quatre ans* au jour d'ouverture du concours.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale et de chefs de clinique ophthalmologique, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 15 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : pour le clinicat chirurgical, à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique ad-

joints; pour le clinicat ophthalmologique, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de *trente-huit ans* au jour d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de chirurgien ou de médecin des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés s'ouvrira le lundi 28 juin 1886, à l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 1er juin 1886, il sera clos le mercredi 16 juin à trois heures.

— M. le professeur Charcot reprendra ses conférences cliniques du lundi, sur les maladies nerveuses, lundi prochain 31 mai 1886, à neuf heures et demie du matin, dans le grand amphithéâtre de l'hospice de la Salpêtrière et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation à Maisse, le dimanche 30 mai 1886. Rendez-vous gare de Lyon à 6 h. 30.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 30 mai 1886, aux environs de Montereau.

Le rendez-vous est à la gare de Lyon, où l'on prendra, à 6 h. 20 min., le train pour Montereau. On sera rentré à Paris à 8 h. 24 min. du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir, à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19601

N° 63. — SAMEDI 29 MAI 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 29 MAI 1886. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie vaso-motrice symétrique des deux mains.

Un malade entré dans le service de clinique de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker, présente un exemple d'une affection assez rare et assez intéressante pour que nous n'ayons pas cru devoir laisser échapper l'occasion de la signaler. Il s'agit d'un cas de paralysie vaso-motrice des deux mains. Voici, en quelques mots, l'histoire du malade.

M. P..., âgé de cinquante-quatre ans, maçon, est entré dans le service le 1er mai. Sans antécédents héréditaires, d'une santé habituellement bonne, n'ayant jamais eu de maladie aiguë, sans aucune tendance apparente aux névropathies, n'ayant jamais commis d'excès, s'alimentant d'une manière suffisante et n'ayant eu à subir à aucune époque de surmenage de travail, cet homme a remarqué pour la première fois, il y a quatre ans, au début de l'hiver, que ses deux mains étaient gonflées; ce gonflement, peu douloureux, mais très gênant, survenu sans aucune cause apparente, dura une quinzaine de jours.

Il y a cinq mois, c'est-à-dire au commencement de décembre dernier, le même gonflement reparut aux deux mains, avec les mêmes caractères et sans plus de douleur que la première fois. Le malade assure n'avoir subi à aucun moment un refroidissement excessif; tout en étant sensible au froid, il n'était pas sujet à l'onglée et n'avait jamais éprouvé le phénomène du doigt mort.

A son entrée, ses deux mains sont rouges, chaudes, gonflées; ses doigts sont roides, tuméfiés, en forme de boudin, mais sans que les plis articulaires soient effacés. La peau qui les recouvre est épaisse et dure, immobilisée, mais sans autre altération apparente que la rudesse qui résulte de la profession de cet homme. Sur la face dorsale de la main épaissie et un peu œdématiée, les veines sont volumineuses. Le malade n'accuse point de douleur spontanée ou à peine; la pression en provoque un peu au niveau des deux poignets et des articulations des doigts de la main gauche. On constate le phénomène du pouls unguéal très marqué.

La partie inférieure des avant-bras est un peu chaude et rouge; le reste des membres supérieurs est à l'état normal, aussi bien que les membres inférieurs. La face est assez colorée, un peu vultueuse.

L'appétit est excellent; mais il y a un certain degré de polydipsie; le malade éprouve le besoin de boire fréquemmeut, il boit de 2 à 3 litres par jour. Il y a une polyurie en rapport avec cette polydipsie; le malade est obligé de se relever à plusieurs reprises la nuit pour uriner. Les urines ne contiennent point de sable; on n'y trouve pas trace de sucre, mais un très léger nuage albumineux.

Rien au cœur. Aucun bruit de souffle vasculaire. Le pouls bat 68. La température axillaire est de 37°,4 le matin, 37 degrés le soir. La température de l'avant-bras est de 34°,6; celle du dos de la main de 35°,5, de la paume de la main de 35°,6, de l'intervalle interdigital de l'index et du médius de 35°,8.

Le 5 mai, l'œdème du dos de la main a beaucoup diminué. La température de l'avant-bras étant de 33°,9, celle de la main est de 34°,85, de 35°,2 à la face dorsale.

Le 7 et les jours suivants, la main est complètement dégonflée, le pouls unguéal est toujours marqué, la flexion des doigts est redevenue possible.

Le 23 mai, le malade se trouve assez bien pour désirer rentrer chez lui; le pouls unguéal et la chaleur anormale de la main ont disparu; la rougeur a disparu également, faisant place à une pigmentation très marquée de la peau, à la face dorsale des mains.

La maladie dont cet homme a été atteint est, avons-nous dit, une paralysie vaso-motrice, caractérisée par la rougeur, la chaleur, le gonflement, et par la distribution symétrique de ces divers phénomènes sur les deux membres homologues.

Tel a été le diagnostic porté dès le premier jour par M. Potain, diagnostic fondé à la fois sur les signes que nous venons d'énoncer et sur leur différence avec ceux des principales affections qui présentent avec elle quelques analogies d'origine ou quelques ressemblances symptomatiques.

Les affections avec lesquelles on aurait pu la confondre sont l'œdème de stase par maladie du cœur ou des reins, entraînant une gêne générale de la circulation; l'érythème, l'acrodynie, le rhumatisme.

L'absence de tout signe de lésion cardiaque ne permettait pas le doute à cet égard. Il n'y avait pas davantage à penser à une affection rénale, tout au plus la minime proportion d'albumine que contenait l'urine aurait pu faire songer à un léger degré de néphrite catarrhale. Mais il n'y avait aucun rapport à établir à cet égard entre une lésion rénale aussi

minime, au cas même où il en existât, et l'état des mains de ce malade.

L'érythème s'accompagne d'un mouvement fébrile qui manquait ici; sa forme et ses limites, en général nettement circonscrites, par plaques, ne permettaient pas d'ailleurs cette confusion.

L'acrodynie, maladie rare comme on le sait à l'état sporadique, s'accompagnait, dans les épidémies dont on nous a transmis l'histoire, de phénomènes généraux qui ont manqué également ici, tels que nausées, vomissements, diarrhée, abattement, etc.

Le rhumatisme, par la douleur et le gonflement, aurait une assez grande analogie d'aspect, mais il ne présenterait pas, du moins au même degré, la rougeur, la chaleur et l'importance que l'on constate ici.

Il s'agissait donc bien, chez ce malade, de cette affection singulière, qu'avait déjà remarquée et signalée pour la première fois Graves dans ses leçons cliniques, en 1843, sans lui assigner un nom spécial; que Weir Mittchell a décrite depuis avec plus de précision sous le nom de « érythromélalgie », exprimant les trois phénomènes principaux qui la constituent, rougeur, douleur et affection spéciale des membres, et dont plusieurs exemples ont été observés chez nous, notamment par M. Grenier à Bordeaux, par M. Straus à Paris.

Quelle est l'étiologie de cette affection? Le sexe masculin y figure pour les trois quarts des cas. L'âge moyen est entre vingt-huit et quarante ans. La plupart des sujets, chez lesquels on l'a constatée, étaient des névropathes; on l'a observée chez des hystériques; mais l'asphyxie symétrique est beaucoup plus commune chez ces malades que la paralysie vaso-motrice. Parmi les maladies antécédentes qui ont pu avoir une influence sur sa détermination figurent la fièvre typhoïde, la dysenterie, les fièvres intermittentes, l'état rhumatismal surtout.

Les causes occasionnelles sont : la fatigue, les marches forcées, le froid humide, le séjour prolongé des pieds ou des mains dans l'eau froide. Dans les faits rapportés par Weir Mittchell, il est question de deux marins qui restaient une grande partie de la journée les pieds nus dans l'eau froide, et d'une femme qui avait fait une chute dans une rivière pendant qu'elle avait ses règles.

Le siège habituel de cette affection est l'une des extrémités des membres ou les deux extrémités simultanément et symétriquement des membres supérieurs ou des membres inférieurs, les deux mains ou les deux pieds, et plus rarement les quatre extrémités à la fois.

La douleur est ordinairement le premier symptôme par lequel elle se manifeste; c'est ou une douleur sourde, ou un fourmillement, ou une sensation de brûlure, parfois des élancements. Elle se montre par accès violents, paroxystiques, intermittents. Ces accès sont provoqués surtout par la position déclive des membres.

La rougeur ainsi que la chaleur suivent les points douloureux. Lorsque la maladie siège aux membres inférieurs, la marche devient impossible. La rougeur foncée, pourpre, devenant violacée sous l'influence de la déclivité, peut être persistante ou mobile, elle s'éteint quelquefois progressivement.

Le gonflement dépasse souvent les limites de la rougeur et de la douleur et s'étend à toute la section du membre atteint.

L'élévation de la température dans la région affectée est un des symptômes les plus constants, elle dépasse de 2 à 3 et quelquefois même 4 degrés celle des parties voisines. Elle persiste parfois encore, mais à un degré moindre, après la guérison.

L'évolution de la maladie présente comme caractères particuliers, d'avoir un siège très limité et très nettement circonscrit au début, de s'étendre progressivement et de subir des oscillations avec les variations des saisons, augmentant en été, diminuant en hiver. Les accès sont provoqués soit par une grande chaleur, soit par la fatigue de la journée. Une fois la maladie déclarée, il suffit souvent des moindres causes d'excitation pour en provoquer les accès.

L'un des points les plus obscurs encore de cette affection est celui qui est relatif à la pathogénie. Il s'agit bien d'une paralysie vaso-motrice, paralysie analogue aux effets obtenus en physiologie expérimentale par la section de l'un des filets du grand sympathique, qui forme pendant, mais en un sens en quelque sorte inverse, avec l'asphyxie locale des extrémités ou paralysie vaso-constrictive, tandis que celle-ci serait une paralysie vaso-dilatatrice. Mais quelle en est l'origine? Doit-elle être rattachée, comme l'a avancé Weir Mitchell, à un trouble des centres vaso-moteurs médullaires? Ou, suivant l'opinion mise en avant par M. Vulpian, tiendrait-elle à des modifications (réflexes ou autres) subies par les nombreux ganglions périphériques, qui existent près de la terminaison des nerfs dans les vaisseaux? En d'autres termes, est-elle d'origine centrale ou d'origine périphérique? Question qui a été déjà soulevée par M. Straus à l'occasion d'un fait semblable qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux en mars 1880 (voy. *Gazette des hôpitaux,* 1880, p. 300)? C'est une question sur laquelle M. Potain ne s'est pas prononcé, et qui nous paraît rester encore en litige.

Il ne nous reste qu'un mot à dire sur le traitement. On a employé quelques-uns des moyens usités contre le rhumatisme (colchique, iodure de potassium, propylamine, les liniments d'atropine), l'hydrothérapie, l'électricité, les applications de glace, etc. Dans quelques cas, la maladie n'a été combattue que par le régime et le repos. Ce sont, si nous sommes bien informé, à peu près les seuls moyens qui aient été mis en œuvre dans le cas que nous venons de rapporter. On a vu que le malade a quitté l'hôpital très amélioré et quasi guéri. Y a-t-il lieu de compter sur la permanence de la guérison? On peut en douter, vu ce qui a été dit plus haut des oscillations que suit la maladie dans son évolution et de l'influence que paraissent exercer sur elle les variations de la température et les changements de saison. C'est ce que l'avenir nous apprendra.

L'urémie ; accidents cérébro-spinaux.

Dans nos Revues des 27 mars et 3 avril derniers, nous avons résumé, d'après les leçons cliniques de M. Lancereaux, à la Pitié, l'histoire de deux groupes d'accidents urémiques, les accidents gastro-intestinaux et les accidents thoraciques ou dyspnéiques. Il nous reste aujourd'hui, pour compléter cette analyse clinique des différentes expressions ou formes symptomatiques de l'urémie, si largement traitée dans ces leçons, à exposer les principaux traits de la forme cérébro-spinale de l'urémie.

Accidents encéphaliques. — Les centres cérébro-spinaux, de même que les organes thoraciques et digestifs, sont fré-

quemment atteints dans le cours des affections rénales. Les désordres qui en résultent portent sur les trois grandes fonctions de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, qui peuvent être isolément ou simultanément affectées.

Les désordres de la sensibilité consistent en sensations subjectives diverses, prurit, engourdissement, douleur dans différentes parties du corps, troubles passagers de la vision.

La démangeaison s'observe spécialement chez les sujets dont la lésion rénale est sous la dépendance de l'artériosclérose généralisée, et comme ce phénomène est toujours lié à des troubles de l'innervation, il y a lieu de se demander s'il n'est pas plutôt l'effet de l'état morbide général qui engendre l'affection rénale, que de cette affection elle-même; d'autant plus que le prurit fait partie de la période latente du mal de Bright et apparaît à une époque où l'urémie n'existe pas encore. Quoi qu'il en soit, ce symptôme survenant chez une personne pâle et un peu âgée, ne doit pas moins éveiller l'attention du côté du rein et conduire à l'examen des urines.

Ceci s'applique également aux sensations de fourmillement et de picotement des membres, que l'on observe plus spécialement dans la néphrite artérielle.

Les douleurs qu'éprouvent parfois au niveau des articulations les malades atteints d'albuminurie, et que l'on a rattachées à l'intoxication urémique, sont, dans quelques cas au moins, un effet de la maladie générale qui engendre la lésion des reins; elles ne cèdent généralement pas à l'emploi des drastiques à l'aide desquels on combat si bien l'urémie. En tous cas, les seules douleurs articulaires à mettre sur le compte de l'urémie sont des douleurs mobiles, passagères, erratiques, indépendantes de toute lésion organique, ayant leur point de départ dans le système nerveux central plutôt que dans les articulations elles-mêmes ou dans les parties périphériques.

La céphalée, phénomène commun dans l'intoxication urémique, est continue avec paroxysme survenant quelquefois dans la journée, plus souvent dans la nuit. Elle siège tantôt sur la région frontale, tantôt sur la région occipitale et consiste en une sensation de gêne, de poids, et comme d'écartement; plus souvent elle occupe toute la tête à la manière d'un cercle douloureux qui comprime le crâne tout entier et l'enserre comme en un casque ou un étau. Enfin sa ténacité et son intensité sont telles qu'elles arrachent parfois des cris aux malades.

Cette douleur a pu quelquefois être confondue avec les douleurs ostéocopes. M. Lancereaux a rapporté, à cette occasion, le fait suivant: Ayant été appelé, il y a une vingtaine d'années, auprès d'une femme de trente ans, atteinte d'anasarque avec albuminurie et qui, avant tout, se plaignait d'une céphalée des plus intenses et d'une insomnie opiniâtre, il apprit que le médecin qui la soignait avait diagnostiqué une céphalée syphilitique et administré l'iodure de potassium à haute dose, mais sans le moindre succès. Tenant compte de l'existence de l'albuminurie, M. Lancereaux diagnostiqua une céphalée urémique et se contenta de prescrire quelques lavements purgatifs. Au bout de quelques jours la malade cessa de se plaindre et reprit son sommeil. Il a été témoin, depuis, de plus d'une erreur de ce genre.

La céphalée se rapproche parfois de la migraine, elle est alors intermittente et survient par crises d'une durée qui varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs jours. Quelquefois unilatérale, elle est le plus souvent frontale, produisant la sensation de griffe, de serrement, de déchirure; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle s'accompagne de nausées et de vomissements.

Le vertige s'observe assez fréquemment chez les urémiques. Assez commun dans le cours de la néphrite artérielle, il est le plus souvent sous la dépendance du rétrécissement des artères cérébrales et de l'ischémie qui en est la conséquence. Il se rencontre dans quelques cas, pourtant, chez des malades dont le système artériel paraît parfaitement intact; on peut le considérer alors comme étant sous la dépendance de l'urémie.

L'amaurose survient à l'état aigu dans un certain nombre de crises urémiques. Elle apparaît brusquement dès le début de la crise, se continue pendant toute sa durée et se termine souvent avec elle. La vue est obscurcie ou même presque abolie, les objets manquent de netteté, ils sont confus, se voient comme à travers un voile. Ce phénomène, tant par le moment de son apparition que par sa mobilité, se distingue des désordres visuels provenant des lésions rétiniennes du mal de Bright; aussi l'ophthalmoscope ne révèle-t-il rien d'anomal; il est le résultat d'un simple désordre fonctionnel.

La cophose a pu également être rattachée à l'urémie; mais la relation de ce symptôme avec un excès de matières excrémentitielles dans le sang, n'est pas nettement établie. Plusieurs faits attentivement observés portent M. Lancereaux à penser qu'il en est de la cophose urémique comme de l'amaurose, qu'elle n'est qu'un trouble purement fonctionnel.

Désordres moteurs. — Les désordres des mouvements dans l'intoxication urémique sont moins complexes que les troubles sensitifs; ils se manifestent sous la forme de contractures, de convulsions, et enfin sous la forme de paralysie.

La contracture, phénomène relativement rare, se localise presque toujours aux muscles de la région postérieure du cou, où elle produit de la raideur et un léger renversement de la tête en arrière. M. Lancereaux l'a plusieurs fois observée en même temps qu'un rétrécissement considérable des pupilles, dans la néphrite aiguë et particulièrement dans la néphrite scarlatineuse. Elle existe encore dans les néphrites chroniques, où il est quelquefois difficile de la distinguer des lésions encéphaliques consécutives à l'athérome artériel, si communes en pareil cas.

Un fait observé récemment dans le service démontre clairement que, dans la néphrite artérielle même, la contracture peut être l'effet d'une intoxication urémique.

Il s'agit d'une femme de soixante et onze ans, que l'on trouva étendue sans connaissance sur le plancher, sans morsure de la langue, mais avec de l'écume à la bouche. Transportée à l'hôpital, M. Lancereaux la vit le lendemain dans l'état suivant: étendue sur le dos, cette femme dont le facies était calme et tranquille, semblait dormir. Cependant la respiration était bruyante, stertoreuse; la respiration avait le type abdominal; elle avait 22 inspirations par minute. Les quatre membres étaient fortement contracturés, dans une demi-flexion. En soulevant la malade, on constate que la tête, le cou et le tronc, sont comme une tige rigide. La sensibilité est diminuée, mais non anéantie. Les réflexes sont pour la plupart conservés. La sensibilité tactile et la sensibilité thermique sont abolies. État comateux profond.

Le lendemain au matin, elle paraissait avoir été un peu remontée à la suite d'un lavement des peintres administré la veille. On constate une éruption bulleuse sur les coudes et les fesses; la contracture a cessé; les urines sont albumineuses et ont 1012 de densité.

Le jour suivant, agitation, la malade se lève, se promène dans la salle; céphalée intense; cercle de fer autour de la tête.

Dix jours plus tard, sous l'influence des drastiques et des diurétiques, les urines sont redevenues normales, sans albumine; cessation totale des accidents.

Un mois après, nouvelle attaque d'éclampsie, précédée pendant deux jours de la présence de l'albumine dans l'urine et suivie d'un profond coma; résolution de tous les membres; purgatifs drastiques.

Deux jours après, la connaissance revient, l'albuminurie cesse, la céphalée persiste.

Quinze jours plus tard, la malade se trouve bien, elle est admise à la Salpêtrière.

— Un autre fait du même genre se présentait quelques semaines plus tard dans le même service. L'autopsie est venue, cette fois, démontrer qu'il s'agissait bien d'urémie.

Ces faits, en montrant que l'urémie peut revêtir la marque de la méningite, du tétanos et de certaines formes d'ischémie cérébrale, doivent avertir le clinicien qu'il ne néglige jamais l'examen des urines en présence de semblables phénomènes; cet examen lui permettant dans plusieurs circonstances de réformer son diagnostic et le mettant sur la voie des indications thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — M. LE FORT achève la communication qu'il a commencée dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 481). Il s'applique à démontrer, dans cette partie de son travail, que le rétrécissement peut se reproduire après l'uréthrotomie interne. Il n'en est pas de même après la dilatation immédiate progressive, qui réussit à condition qu'on décide le malade à continuer de se sonder. Dans ces cas, on a bien moins de chance de voir le rétrécissement récidiver.

M. MARC SÉE rappelle qu'à l'époque où l'uréthrotomie interne a été préconisée par Reybart, il a vu des expériences sur des chiens; il a pu constater que le rétrécissement était élargi et qu'une pièce nouvelle était ajoutée à la muqueuse uréthrale ancienne.

Anévrysme artérioso-veineux; électropuncture. — M. POLAILLON fait une communication sur un essai de guérison d'anévrysme artérioso-veineux par l'électropuncture. Il s'agit d'un garçon de vingt-trois ans, toujours bien portant, qui, à l'âge de seize ans, étant garcon boucher, se donna un coup à la racine du membre inférieur du côté droit; il y eut une hémorrhagie; il eut une syncope et se réveilla à la Charité. On se contenta de la compression et de l'élévation et il sortit avec un anévrysme artérioso-veineux. Quelques mois après la formation de son anévrysme, il eut des vertiges et présenta de véritables crises d'épilepsie. Il avait en outre des battements de cœur et des bourdonnements d'oreilles qui le gênaient beaucoup. Il entra à la Pitié et M. Polaillon pensa qu'il fallait agir. L'anévrysme existait à 1 centimètre au-dessus de l'arcade crurale. Il y avait une dilatation veineuse et une dilatation artérielle considérable de tout le membre; la ligature de la crurale était impossible. La compression était un mauvais moyen, car il n'y avait pas de sac. M. Polaillon pensa alors à l'électropuncture pour oblitérer l'artère crurale par un caillot. Il eut soin préalablement d'interrompre la circulation dans la veine, puis il plaça trois aiguilles séparées les unes des autres de 1 centimètre 1/2, les mit en communication avec la pile, qui fut mise en action, pour chacune des aiguilles, pendant dix minutes. La compression fut maintenue jusqu'au soir; immobilisation pendant trois jours; pas d'accidents, mais l'artère n'était pas oblitérée. Deux autres tentatives restèrent également sans résultat. Cependant, à la fin de la troisième séance, le bruit de souffle et le thrill avaient presque disparu. Mais le lendemain matin, il y eut un peu de frisson et de mal de gorge; puis apparurent des râles fins dans la poitrine. Il s'était formé des infarctus pulmonaires. Le quatrième jour, il avait une péricardite considérable. L'examen du sang montre une grande quantité de microbes et de globules blancs. La température s'éleva; l'anhélation augmenta, et le malade succomba le dix-septième jour avec l'aspect de l'infection purulente.

A l'autopsie, on trouva 2 litres de liquide séro-purulent dans le péricarde; il y avait aussi du liquide dans les articulations; il n'y avait rien dans les poumons; les infarctus avaient disparu; rien dans l'endocarde. Cet homme est donc mort de septicémie.

M. Polaillon fait ressortir les points suivants dans cette observation : l'apparition d'accidents épileptiques à la suite de son traumatisme, la relation évidente, de cause à effet, entre les accidents circulatoires et les accidents nerveux; la difficulté de l'intervention chirurgicale au moment où M. Polaillon vit le malade; l'impossibilité de la ligature de l'artère crurale, qui aurait dû être pratiquée au début; l'accolement de l'artère et de la veine crurales, soupçonné pendant l'existence et constaté à l'autopsie; l'inefficacité de la compression; l'insuccès des deux premières séances d'électropuncture; la formation manifeste d'un caillot après la troisième séance; l'apparition de la péricardite; le retour du thrill par suite de l'abandon prématuré de la compression, enfin la mort par septicémie.

L'électropuncture a été faite sans précautions antiseptiques; M. Polaillon croit que cette négligence a été funeste.

M. VERNEUIL pense que les anévrysmes artérioso-veineux doivent ou être laissés tranquilles ou bien être attaqués par les grands procédés destructeurs. Dans ces cas, il faut lier l'artère et la veine au-dessus et au-dessous ainsi que les veines du voisinage. Il a ainsi guéri un garçon de dix-neuf ans d'un anévrysme artérioso-veineux poplité.

Dans le cas de M. Polaillon, l'inflammation déterminée par les séances de compression n'est-elle pas pour quelque chose dans les adhérences intimes de l'artère et de la veine crurales. Il ajoute qu'à la rigueur ou pourrait lier l'artère et la veine ensemble. Il pense donc que M. Polaillon n'aurait pas fait courir plus de dangers à son malade par la ligature que par l'électropuncture.

Quant à la septicémie, il semble que dans ces cas, les caillots formés dans les anévrysmes sont septiques, ce qui décuple le danger des embolies.

M. LE FORT pense que la communication de M. Polaillon confirme une fois de plus cette opinion qu'il ne faut jamais toucher aux anévrysmes artérioso-veineux des gros vaisseaux. Il ajoute que l'électrolyse ne donne pas de caillots solides. Quant à la septicémie, M. Le Fort ne croit pas qu'il faille en accuser les aiguilles.

M. POLAILLON répond à M. Verneuil qu'il a songé avant tout à la ligature et qu'il n'y a renoncé que devant la certitude de la gangrène du membre. A M. Le Fort, il fait observer, en lui montrant les pièces, qu'il a obtenu par l'électrolyse un caillot fibrineux solide.

M. LE FORT ne croit pas que ce caillot soit le résultat de l'électrolyse.

Fistule vésico-utérine; guérison. — M. FOLLET (de Lille) fait une communication sur un cas de guérison de fistule vésico-utérine par un procédé nouveau qui consiste à dilater largement

l'urèthre avec le dilatateur de Dolbeau, à y introduire le doigt jusqu'à la fistule, à décoller l'utérus de la vessie, à tirer le col utérin à la vulve, à présenter aussi à la vulve la paroi de la vessie atteinte de fistule et à suturer directement cette fistule par quatre points de suture. Le résultat a été très satisfaisant.

M. CRUVEILHIER a employé ce moyen pour une fistule vésico-vaginale et en a obtenu de bons résultats.

M. VERNEUIL n'attire jamais l'utérus et opère toujours en place. Il croit que cela est préférable. Dans les cas de fistules vésico-utérines, il propose de faire une résection cunéiforme du col utérin, ce qui permet d'arriver facilement jusqu'à la fistule.

Résection du poumon; extraction d'un rein. — M. DEMONS (de Bordeaux) communique l'observation d'un blessé chez lequel, dans l'espace de quelques jours, il a dû réséquer une partie du poumon et pratiquer l'extraction d'un rein.

PRÉSENTATION

Étiologie des kystes sébacés. — M. PONCET présente des dessins et des préparations se rapportant à l'étiologie des kystes sébacés. Conduit à cette étude par celle du chalazion, il a reconnu que tous les kystes sébacés étaient engendrés par un microcoque placé en quantité sur la face de l'épithélium libre dans la matière graisseuse.

Celle-ci, traitée par l'éther, donne des éléments qui, colorés suivant la méthode de Gramm, avec la teinture de gentiane aqueuse, laissent reconnaître sur la surface de chaque épithélium une grande quantité de microbes. Quand la préparation est bien lavée, on retrouve aussi des microcoques libres détachés de l'épithélium.

La quantité de ces microbes permet d'affirmer que les kystes sébacés sont produits par ces parasites venant de la peau, qui sécrètent de la graisse et s'enrobent de cette substance. Quand la paroi du kyste est embryonnaire, on retrouve ces microcoques dans les noyaux et les globules blancs.

Cette étiologie s'applique à tous les kystes sébacés, quelle que soit leur origine.

ÉLECTION

M. Trélat est nommé membre honoraire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le dispensaire Furtado-Heine.

Le 12 août 1884, on fêtait dans le quartier de Montrouge, rue Delbet n° 6, l'inauguration du dispensaire Furtado-Heine.

Cet établissement remarquable, construit sur les plans de M. Paul Blondel, architecte d'un rare talent, a été créé par Mme Charles Furtado-Heine, dont la bonté et la générosité sont connues de tous; à elle seule revient l'idée de ce dispensaire modèle, destiné aux enfants pauvres de toutes nationalités et de toutes religions.

Il existe dans Paris deux hôpitaux d'enfants, qui reçoivent les petits malades et leur offrent l'hospitalité quand ils sont atteints d'affections aiguës. De plus, chaque matin, les médecins et chirurgiens donnent des consultations à ceux qui se présentent. Rien de plus; là s'arrêtent les bienfaits de l'Assistance publique.

Il y avait là une lacune; elle a été comblée par la volonté de Mme Heine, qui ne pense qu'à faire le bien et à le faire largement.

Elle savait qu'un grand nombre d'enfants qui ne sont pas assez malades pour être reçus dans un hôpital se trouvent dans un état de santé tel qu'ils ont besoin de soins éclairés destinés à leur rendre la santé et souvent l'existence, sérieusement menacée.

Aussi Mme Heine n'a pas voulu fonder un nouvel hôpital avec lits, mais bien un service journalier de consultations destiné aux petits malades de deux à seize ans, auxquels on donnerait gratuitement les soins, les médicaments, etc.

Voilà certes une idée généreuse et qui porte déjà ses fruits.

Le dispensaire est situé à Montrouge, près la rue d'Alésia, dans un quartier populeux et pauvre.

La surface est de 2200 mètres, dont 1800 à peu près sont couverts de constructions superbes.

L'installation complète a coûté plusieurs centaines de mille francs. On pénètre par un vaste portail dans le premier corps de bâtiment, réservé à la directrice et aux personnes du service de la maison. Puis on entre dans une vaste salle de réception, où les enfants sont réunis en attendant l'interne qui fait un premier tri et envoie les petits malades dans les divers services. Ceux qui sont atteints de maladies contagieuses sont immédiatement renvoyés.

Un jardin semi-rectangulaire sépare ce premier corps de bâtiment du dispensaire proprement dit; on y arrive par un passage couvert donnant accès sur un grand couloir où se trouvent le salon des médecins, les salles d'attente, les salles de consultation, la petite lingerie, la pharmacie, puis l'hydrothérapie et les bains médicamenteux ou simples pour les deux sexes, la salle de gymnastique médicale, la salle d'électricité.

Dans un sous-sol, une grande machine à vapeur servant à la distribution de l'eau froide et chaude et de la vapeur; un clavier de robinets permet de régler cette distribution à volonté.

On voit encore une grande piscine, un appareil de désinfection pour les vêtements, la grande lingerie, la buanderie, la cuisine et enfin le réfectoire.

Tout est merveilleusement aménagé; chacun des services possède son installation spéciale avec tous les instruments et appareils nécessaires.

Voici le tableau de l'organisation médicale :

Médecine : M. le docteur Charrin; interne, M. Dijou. — Consultations tous les jours, de huit heures à onze heures.

Chirurgie : M. le docteur Redard; interne, M. Martin. — Consultations, lundi et jeudi, de neuf heures à midi.

Maladies des yeux : M. le docteur Meyer; interne, M. Debière. — Consultations, mercredi et samedi, de dix heures à midi.

Maladies des oreilles et du nez : M. le docteur Ménière; interne, M. Bourrasseau. — Consultations, mardi et vendredi, de dix heures à midi.

Maladies de la bouche : M. le docteur Chauveau. — Consultations, jeudi, de trois heures à cinq heures.

Les médicaments, bains, douches, les appareils orthopédiques, sont donnés gratuitement aux pauvres.

A partir de sept heures du matin, les enfants viennent au dispensaire avec leur ordonnance pour absorber sur place les toniques variés, huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, etc.

En outre, tous les jours à midi, le réfectoire est ouvert aux petits malades munis d'un bon de l'un des médecins du dispensaire; les enfants qui ont besoin d'un repas plus substantiel et plus nourrissant que celui qu'ils trouveraient dans leur famille mangent là du potage, du bouillon, du riz, des pommes de terre, du pain, et enfin boivent un petit verre de bon vin.

L'hiver, on distribue en outre des galoches, des chaussures, des bas, des fichus et de petits jupons de laine que ces enfants ne peuvent avoir.

Toute cette partie du service est confiée à une directrice fort zélée qui s'acquitte de sa mission avec tout le soin possible.

Voilà, tracé en quelques lignes bien incomplètes, le tableau de tout le bien qu'on fait au dispensaire; l'honneur en revient tout entier à Mme Heine, qui s'occupe avec un soin pieux de cette création unique à Paris, et se fait seconder par une inspectrice de grande valeur, Mme Trary-Gross, dont le nom est bien connu.

Pour assurer à perpétuité l'existence de son dispensaire, la généreuse bienfaitrice lègue une somme considérable dont l'intérêt fera face à toutes les exigences des divers services.

Relevé du mouvement du Dispensaire depuis le 16 août 1884, jour de l'ouverture, jusqu'au 31 décembre 1885.

Médecine	6045	malades;	22227	consultations.
Chirurgie	1103	—	5092	—
Maladies des yeux	885	—	7815	—
Maladies des oreilles et du nez	323	—	1228	—
Malad. de la bouche	589	—	1065	—

Médicaments, bains, douches, alimentation, appareils orthopédiques, 83392.

Un tel tableau pourrait se passer de commentaires. Il est un point intéressant sur lequel, cependant, on doit insister.

Les soins qu'on donne aux enfants n'ont pas pour unique résultat d'améliorer ou de guérir la maladie plus ou moins grave pour laquelle ils viennent demander conseil; ils bénéficient en outre d'un traitement général très largement et très intelligemment appliqué, qui produit au bout d'un certain temps, une modification excellente dans la constitution de ces pauvres enfants.

Les diathèses scrofuleuse, arthritique, syphilitique, qui se rencontrent si fréquemment dans ces quartiers populeux, sont combattues victorieusement. Les habitudes de propreté et de soins finissent petit à petit par s'introduire dans ces familles pauvres, et dans quelques années, les résultats acquis dépasseront de beaucoup ce qu'on pouvait espérer.

Beaucoup de médecins français et étrangers et beaucoup de philanthropes sont venus voir et admirer cet établissement si curieux.

Les élèves trouvent à ce dispensaire une source d'études cliniques.

Nous ne pouvons mieux terminer cette petite note qu'en reproduisant le décret suivant :

Par décret en date du 27 avril 1886, la section de l'Intérieur, de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes du Conseil d'État entendue, le Dispensaire pour les enfants des deux sexes, fondé à Paris en 1884, par Mme Furtado, veuve Heine, est reconnu comme établissement d'utilité publique.

Afin de perpétuer le souvenir de la fondation, cet établissement portera le nom de « Dispensaire Furtado-Heine ».

Sont approuvés les statuts de l'œuvre tels qu'ils sont annexés audit décret.

Le trésorier du dispensaire Furtado-Heine est autorisé à accepter aux charges, clauses et conditions imposées, la donation entre vifs offerte à cette œuvre en vue de sa reconnaissance légale par la dame Cécile-Charlotte Furtado, veuve Heine, et consistant :

1° En un immeuble sis à Paris, rue Delbet, 4 et 6, d'un revenu estimatif de 10000 francs;

2° Dans les meubles et objets mobiliers garnissant ledit immeuble, le tout d'une valeur estimative de 24000 francs;

3° En 100000 francs de rentes 3 p. 100 sur l'État français. Il sera passé acte public de cette donation.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

114. M. Cannac. Étude sur les déterminations pleurales de la grippe. — 115. M. Pardo de Tavera. Contribution à l'étude des métrorrhagies au début de la grossesse. — 116. M. Colonna. Du traitement chirurgical de l'ophthalmie sympathique au moyen de l'énervation. — 117. M. Florentin. Des divers modes de traitement du genu valgum. — 118. M. Delattre. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 27 mai 1886, M. Garnier, pharmacien-major de première classe, désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan, a été affecté à l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon, par permutation avec M. Cambriels, pharmacien-major de deuxième classe.

— *Concours de l'agrégation.* — Voici, avec le nom des candidats, la section pour laquelle ils se présentent, et le nombre de places dans chacune des dix Facultés de médecine de France :

A. — *Physique :* 2 places (Lyon 1, Montpellier 1). Cinq candidats : MM. Borel, de l'Académie de Paris; Didelot, de l'Académie de Lyon; Lauret et Malosse, de l'Académie de Montpellier; et Leroy, de l'Académie de Nancy.

B. — *Chimie et toxicologie :* 5 places (Paris 1, Lille 2, Lyon 1 et Nancy 1). Huit candidats : MM. Chevy, Fauconnier, Lambling et Villejean, de l'Académie de Paris; Guérin, de l'Académie de Lyon; Morelle et Thibaud, de l'Académie de Douai; et Hugouneng, de l'Académie de Montpellier.

C. — *Pharmacie :* 2 places (Lille 1, Lyon 1). Un candidat : M. Florence, de l'Académie de Lyon.

D. — *Histoire naturelle :* 2 places (Bordeaux 1, Lille 1). Cinq candidats : MM. Genevoix et Mougenc de Saint-Avid, de l'Académie de Paris; Nabias, de l'Académie de Bordeaux; Barrois et Colas, de l'Académie de Douai.

E. — *Anatomie et physiologie :* 10 places (Paris 2, Bordeaux 1, Lille 1, Lyon 2, Montpellier 2, Nancy 2). Dix-sept candidats : MM. Assaki, Gley, Guinard, Martin, Poirier, Princeteau, Quenu, Retterer, Tapie et Variot, de l'Académie de Paris; Ferré, de l'Académie de Bordeaux; Jaboulay et Rodet, de l'Académie de Lyon; Gilis, de l'Académie de Montpellier; Guillemin, Nicolas et René, de l'Académie de Nancy.

Les concours commenceront mardi prochain, 1er juin 1886, à la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Par décision de la commission scolaire, en date du 25 mai 1886, la disposition suivante relative à la limite des consignations : « Les élèves ajournés après le 8 juin 1886 à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances » est modifiée ainsi qu'il suit : « La date du 8 juin ci-dessus désignée est reportée au 12 juin 1886 pour les candidats aux examens ayant consigné au plus tard le 18 mai 1886.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Barrois, maître de conférences.

— La Société française de tempérance, Association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à la Faculté de droit de Paris, le dimanche 30 mai 1886, à trois heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le professeur A. Duverger, président; — 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. le docteur A. Motet, secrétaire général; — 3° Rapport de la première commission des prix, par M. le docteur Decaisne; — 4° Rapport de la troisième commission des prix, par M. le docteur P. Boyer; — 5° Rapport de la quatrième commission des prix, par M. le docteur Bouchereau; — 6° Rapport sur les récompenses à décerner en 1886, par M. Guignard.

— M. le docteur Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera sa prochaine herborisation à Bouray-Lardy, le dimanche 30 mai 1886. — Le départ de Paris aura lieu à 7 h. 50 du matin à la gare du chemin de fer d'Orléans.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19610

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Hernie inguinale étranglée, taxis et kélotomie.

Si, dans certains cas, l'étranglement herniaire est d'un diagnostic difficile, et les indications opératoires parfois malaisées à suivre, cependant nous avons le plus souvent bien des données certaines. Autrefois les indications de la kélotomie étaient douteuses, aujourd'hui elles sont très claires. Autrefois cette opération était redoutable et justement redoutée, et la mortalité, il y a vingt ans encore, était considérable, et quand on parlait d'opérer une hernie inguinale étranglée, on savait que la moitié, souvent même davantage, des kélotomies étaient suivies de mort. Le pronostic alors était grave :

1° A cause de la nature même des accidents;

2° A cause de la thérapeutique absurde à laquelle on avait recours contre l'étranglement;

3° A cause de la date tardive à laquelle on se décidait à opérer.

La gravité des accidents était la conséquence de l'ouverture du péritoine; l'absurdité de la thérapeutique, telle que l'emploi des lavements de tabac et surtout la pratique d'un taxis irrationnel qui a tué certainement plus de malades qu'elle n'en a sauvé. En effet, quand ses indications sont passées, le taxis est une des manœuvres les plus graves et les plus absurdes. De plus, autrefois, on commençait par essayer en vain une foule de moyens médicaux contre l'étranglement, puis le taxis ; de là une perte de temps des plus préjudiciables et telle que lorsqu'on se décidait à opérer, ce n'était pour ainsi dire qu'*in extremis*, trop tard.

Il est facile de prouver l'absurdité de la thérapeutique médicale en pareils cas, c'est-à-dire de l'emploi de la glace, de l'opium, du laudanum, du tabac, etc., thérapeutique qui ne réussit que sur les malades chez lesquels il ne faut pas toucher aux hernies. Malgaigne a parfaitement démontré les inconvénients aussi du taxis, ses dangers dans les hernies auxquelles il ne faut pas toucher. Il a démontré que le taxis n'était efficace qu'à la condition d'être fait avec des chances véritables de réussite. De plus, il faut bien le dire, il est la plupart du temps mal fait parce que beaucoup de praticiens, avec les années, ont oublié leur anatomie, et que par suite ils appuient non pas dans la direction voulue, mais partout ailleurs qu'il le faudrait. Il est mal fait aussi parce que l'on croit devoir développer une très grande force dans la pression qu'on exerce pour la réduction de la hernie, tandis qu'il suffirait d'une pression légère mais dans les points voulus.

Pourquoi autrefois attendait-on autant avant de faire la kélotomie ? Parce que l'opération était grave en elle-même. Mais aujourd'hui qu'elle est devenue relativement beaucoup plus bénigne, elle est et doit être le procédé de choix dans la hernie étranglée. Et pourtant, moi qui vous dis cela, je ne cesse, du 1er janvier à la Saint-Sylvestre, de vous répéter et de soutenir qu'il faut faire le moins possible d'opérations.

Donc un homme âgé de quarante ans nous a été amené dans le service ; depuis dix-huit ans il a une hernie formée par l'épiploon et l'intestin, et cette hernie est étranglée depuis vingt-quatre heures. On endort donc le malade et on fait aussitôt le taxis. Mais il faut se rappeler que si l'épiploon a l'avantage d'empêcher l'étranglement herniaire d'être trop aigu, par contre, il constitue une très grande gêne pour la réduction. De sorte que, en réalité, on a plus de chances de succès, plus de chances de réduire une hernie de l'intestin avec un peu d'épiploon qu'une grosse épiplocèle avec un peu d'intestin.

Donc mes élèves pendant dix minutes environ ont essayé de réduire la hernie de notre homme par le taxis. Ils n'ont pas réussi; ce que voyant, ils ont très sagement agi en n'insistant pas et ont fait immédiatement la kélotomie, nettoyant avec soin l'épiploon, procédant à une toilette minutieuse puis au débridement et rentrant la hernie dans le ventre.

A moins de rencontrer un épiploon *absolument sain*, il ne faut jamais le réduire sous peine d'avoir de mauvais résultats. Si quelques heures seulement après l'étranglement vous êtes appelé et que ledit épiploon soit très pur et très peu abondant dans la hernie, vous pouvez le réduire, sinon il faut le lier et le réséquer ; le lier pour éviter une hémorrhagie, le réséquer ensuite pour éviter qu'à la suite de cette ligature il se gangrène et donne lieu à des accidents graves:

phlegmons, péritonite, etc. Il faut le lier soit en une seule fois s'il offre un petit volume; le segmenter au contraire en deux ou trois parties si le pédicule est volumineux, et le lier alors par compartiments. La ligature sera faite bien entendu avec une substance résorbable telle que le catgut de préférence à la soie phéniquée.

Quant au sac, s'il est volumineux et si son extirpation n'est pas trop difficile, il faut le réséquer, laisser un petit moignon et suturer pour ne pas exposer la plaie extérieure à verser quelque purulence dans l'intérieur du péritoine. Mais s'il y a eu des malaxations prolongées et violentes du sac, etc., on laissera la plaie de la kélotomie ouverte et on appliquera le pansement ouaté.

En résumé, le taxis sera permis tout au plus pendant les vingt-quatre premières heures qui suivront immédiatement l'étranglement, mais pratiqué avec légèreté de main et toutes les précautions que je viens de vous recommander et, bien entendu, le malade étant chloroformé. Si le taxis est sans résultat, prendre le bistouri et pratiquer immédiatement la kélotomie avec toutes les précautions antiseptiques possibles; bien nettoyer l'intestin avant de le réduire; si l'intestin présente quelque point gangreneux ou même seulement douteux, le laisser au dehors; si, au contraire, l'intestin est en bon état, le réduire; si la portion de l'épiploon engagée dans la hernie est petite et parfaitement saine, pure, la réduire; si au contraire elle est volumineuse, la lier et la réséquer, à plus forte raison si elle n'est pas saine; faire ou non la résection du sac selon les circonstances, placer un drain dans le ventre; enfin appliquer le pansement ouaté et iodoformé.

C'est avec toutes ces précautions, avec tous ces soins minutieux mais dont aucun n'est exagéré, que nous voyons aujourd'hui le pronostic si grave autrefois de la kélotomie se modifier, changer du tout au tout, et devenir, en réalité, favorable.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des facteurs de gravité de la syphilis (1).

II

Nous avons étudié dans la leçon précédente l'un des facteurs de gravité de la syphilis, certainement des plus importants. Nous allons passer en revue aujourd'hui successivement les autres facteurs que je vous ai énumérés en commençant par l'âge.

On peut dire, en général, que la syphilis est surtout grave aux deux extrêmes de la vie, c'est-à-dire dans le tout jeune âge et à un âge avancé. En effet dans le premier la mortalité des enfants par la syphilis est extraordinaire; c'est ainsi que sur une statistique de 458 grossesses dans des ménages syphilitiques, on compte seulement 105 enfants ayant survécu et 353 morts. La gravité est la même pour les enfants qui contractent la syphilis après la naissance, tel par exemple par la vaccine, ou bien encore de leur mère infectée par quelque nourrisson. Et cette gravité de la vérole contractée ainsi dans les premiers mois ou les premières semaines de la vie est telle que mort peut s'ensuivre.

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 486.

Il n'en est pas de même lorsque la contagion survient à deux, quatre, cinq, six et dix ans; à cet âge l'enfant supporte assez facilement la syphilis.

Celle-ci est également fort grave à un âge avancé et surtout chez les vieillards. Dès que l'homme a passé cinquante et cinquante-cinq ans, la syphilis commence à être mauvaise, mais elle acquiert tout particulièrement un cachet d'extrême gravité dans la vieillesse. Ici, en effet, le chancre tend à s'élargir, à devenir phagédénique, les syphilides ont une grande propension à devenir ulcéreuses, les malades sont exposés à l'invasion précoce des accidents tertiaires, aux gommes syphilitiques, à la syphilis cérébrale. Enfin la vérole réagit vivement sur la santé générale, conduit à la prostration, au dépérissement, à la cachexie, pour se terminer fatalement par quelqu'une de ces affections cachectiques que l'on observe généralement à la période ultime.

Je vous citerai l'exemple d'un de nos malades de la salle Saint-Louis, qui a contracté la syphilis à l'âge de soixante-sept ans; il nous arriva avec une cicatrice récente d'un chancre préputial, une syphilide papulo-ulcéreuse profuse, des troubles généraux, perte de l'appétit, perte des forces, épistaxis répétés, purpura sur les membres inférieurs, état adynamique, otite moyenne suppurée, surdité. Est-ce là ce que nous voyons chez les jeunes gens qui ont contracté la syphilis? Non. Grâce à un traitement énergique, cet homme a guéri, du moins provisoirement. Mais assez souvent la terminaison est la mort, comme cela est arrivé dans le cas suivant. Un homme de quatre-vingts ans contracte la syphilis, il a un chancre induré de la verge, puis tout à coup les accidents secondaires font explosion : il perd l'appétit au point de ne plus pouvoir rien avaler, il maigrit, s'affaiblit, dépérit d'une façon aiguë; râles muqueux aux deux bases des poumons, œdème pulmonaire, œdème des membres inférieurs avec purpura, cachexie progressive et mort au cinquième mois de sa vérole. Tandis que jusque-là cet homme jouissait d'une bonne santé, il était resté vigoureux, il avait même conservé une vigueur génitale rare qui lui permettait des rapports sexuels une fois tous les quinze jours.

Comme vous le voyez, la syphilis tue les vieillards comme les enfants nouveau-nés. Il n'est qu'un âge que l'on pourrait appeler propice pour contracter la vérole sans autant de dangers, c'est l'âge viril. Comme le disait M. Ricord, la vérole n'aime pas les vieux.

Un autre grand facteur de la syphilis, c'est la scrofulo-tuberculose, car il est incontestable qu'elle réagit souvent sur la syphilis pour lui imprimer des allures spéciales, de même que la syphilis, à son tour, a une influence sur la scrofule et la tuberculose. Chez les scrofuleux, en effet, les syphilides tendent à revêtir la forme humide, suppurative, fistuleuse. Elle donne lieu aussi chez eux, très fréquemment, à des lésions oculaires, osseuses, articulaires, à des manifestations sur le larynx, le pharynx et surtout sur le nez; à un alanguissement des fonctions. Enfin l'association de la scrofule et de la syphilis réalise des types anomaux, un véritable métissage tel que certaines syphilides sont pour ainsi dire indiagnosticables, et que les adénopathies tiennent à la fois de ces deux maladies. M. Ricord les a appelées des scrofulates de vérole et M. Verneuil des hybrides pathologiques scrofulo-syphilitiques.

De même l'influence de la syphilis sur la scrofule est indéniable, elle l'exagère; et la vérole acquise en bas-âge est

une cause de lupus; elle détermine aussi fréquemment la localisation pulmonaire de la tuberculose, car elle fait certainement plus de poitrinaires qu'on le pense généralement, par son action débilitante et dépressive.

Un quatrième facteur de gravité de la maladie qui nous occupe, c'est l'impaludisme, qui a, en effet, une influence nocive, aggravante, incontestable. Je l'ai maintes fois observé chez des individus, officiers, marins, ingénieurs, venant de pays où règnent les fièvres intermittentes, la malaria. Cela, d'ailleurs, n'a rien qui doive surprendre; l'impaludisme, par lui-même, troublant profondément l'organisme, la santé générale, anémiant gravement les sujets, déterminant l'amaigrissement, le dépérissement, une consomption progressive. Vous connaissez les recherches du professeur Kelsch (du Val-de-Grâce) sur le sang des impaludiques dont il a vu le chiffre normal des globules (5 millions) diminuer d'un cinquième après un seul accès de fièvre palustre, et tomber, après quinze ou vingt jours de fièvre, à 1 million et même à un demi-million. Je citerai le fait d'un de mes malades actuels de la ville, jeune homme lymphatique qui contracte la syphilis en 1872; grâce à un traitement spécifique l'orage est conjuré, et pendant treize ans il n'en entend plus parler. Il s'engage l'an dernier comme ingénieur pour les travaux du canal de Panama. Il y contracte des fièvres intermittentes pernicieuses et immédiatement la syphilis rentre en scène : gommes, syphilides, perte des forces; et l'état général s'aggrave, si bien qu'on est forcé de le rapatrier. On le rapporte — c'est le mot — à Paris, je suis appelé et je le trouve le corps criblé d'ulcères gommeux, au nombre de 40, dont quelques-uns ne mesurent pas moins de 15 à 20 centimètres de longueur sur 2, 3, 4 centimètres de profondeur. La cause résidait exclusivement dans l'intoxication palustre.

J'en arrive maintenant aux causes dépressives de tout ordre : toutes celles qui appauvrissent l'économie peuvent servir de facteurs de gravité. Ces causes sont nombreuses : mauvaise hygiène, alimentation insuffisante, maladies antérieures ou concomitantes, grossesse, allaitement prolongé, fatigues, épuisement de cause morale, etc.

La plus commune de toutes ces causes est la misère; de là cette différence dans le pronostic de la syphilis du prolétaire et celle du bourgeois, ce dernier échappant à nombre d'accidents qui frappent le pauvre. Aussi la syphilis des misérables est-elle plus grave que celle des classes aisées. Elle est féconde en accidents immédiats, précoces, et revêt surtout le type humide. Il y a deux ou trois mois, une femme, jeune encore, et jouissant ordinairement d'une bonne constitution, entrait à l'hôpital dans un affreux état. Elle était couverte d'une syphilide papulo-croûteuse généralisée, elle se plaignait de douleurs de tête, de douleurs articulaires, musculaires et osseuses. Elle était pâle, défaite, adynamique, en proie à des troubles digestifs, en un mot sur le seuil de la cachexie.

Or la syphilis seule était responsable de cet état, car cette femme n'était porteur d'aucune autre maladie. Mais pourquoi affectait-elle donc une si grande gravité? Parce que la pauvre femme, abandonnée de son mari et nourrissant son enfant, gagnait à peine de quoi ne pas mourir de faim, *cinq sous par jour!* dont trois étaient consacrés à acheter du pain et deux à acheter à la halle d'horribles rebuts de charcuterie.

Voilà ce que peut faire la misère associée à la syphilis.

SUR L'INFECTION PURULENTE SUITE DE PNEUMONIE (1).

Par M. le professeur JACCOUD.

La note que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a pour but d'établir un fait nouveau, à savoir le développement de l'infection purulente à la suite de la pneumonie aiguë, vulgaire, non traumatique.

En pareille occasion, l'évolution est la suivante :

Un individu est pris en parfaite santé d'une pneumonie aiguë; la maladie présente les caractères et la marche de la pneumonie franche, rien ne fait prévoir les incidents redoutables dont elle sera le point de départ; dans les délais ordinaires, la phase aiguë arrive à son terme, la fièvre prend fin. Mais la défervescence fébrile n'est pas suivie d'une réparation locale complète, un reliquat plus ou moins étendu du foyer pneumonique persiste sans changement. Après une période stationnaire indécise, la situation du malade s'aggrave, et il succombe après avoir présenté les signes non douteux d'un état d'infection, ou bien il meurt subitement sans aggravation préalable. A l'autopsie, on constate des points de suppuration dans le reliquat pneumonique, et des foyers purulents diffus, soit dans les membres, soit dans les viscères.

L'individu ayant été pris de sa pneumonie en parfaite santé, le reliquat pneumonique ayant été pendant nombre de jours la seule lésion présente, il est certain, de par la simple chronologie des accidents, que la suppuration du poumon est le point de départ des foyers purulents à distance, et de l'infection générale de l'organisme. Mais d'ailleurs, si on applique à l'étude de ces divers foyers les notions et les méthodes issues des découvertes de M. Pasteur, on peut saisir et mettre en évidence les agents intermédiaires entre la lésion primitive et les lésions secondaires; car les mêmes micro-organismes que l'on découvre dans les points suppurés du poumon, on les décèle dans le sang et dans tous les foyers à distance sans exception.

Cette évolution pathologique, je l'ai constatée dans deux cas :

I. Un homme de cinquante ans est pris de pneumonie droite le 4 février dernier; au douzième jour, le 16, la fièvre tombe, la résolution commence; mais, deux jours plus tard, elle s'arrête, et dès lors ne fait plus aucun progrès. Le 27 février, après onze jours d'apyrexie, la fièvre se rallume, l'état du malade s'aggrave, et prend graduellement les caractères d'un état infectieux. Le 11 mars au matin, la température axillaire étant de 40°,4, un épanchement abondant remplit l'articulation du genou droit; cet épanchement n'existait pas la veille. En raison des conditions du malade, j'attribue cet incident à une infection purulente secondaire, et j'affirme que l'épanchement est formé par du pus; une ponction capillaire pratiquée quelques heures avant la mort le démontre, et l'individu succombe dans la nuit du 11 au 12 mars; c'est le trente-sixième jour à dater du frisson initial de sa pneumonie.

L'autopsie confirme le diagnostic ainsi qu'il suit :

Le poumon droit en hépatisation grise totale présente sur plusieurs points de petits abcès, dont le volume varie de celui d'un grain de chénevis à celui d'une petite noisette. Dans le cœur gauche, végétations sanieuses sur le pilier de la valvule mitrale. Dans le cœur droit, deux végétations filamenteuses sont enroulées autour de deux cordages tendineux de la valvule tricuspide. Dans les reins, la substance médullaire présente d nombreux abcès miliaires. Voilà pour les viscères.

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 24 mai 1886.

Le genou droit renferme une quantité considérable de pus phlegmoneux ; une collection semblable remplit l'épaule droite. Enfin, et sans communication avec la jointure, une fusée purulente descend dans la gaine du brachial antérieur jusqu'au voisinage de l'articulation du coude.

L'infection purulente secondaire, consécutive à la suppuration pneumonique, est ainsi nettement démontrée.

Pour les recherches relatives aux microbes, j'ai eu le concours aussi compétent que dévoué de mon chef de clinique, le docteur Netter, que je suis heureux de remercier ici.

Dans les points suppurés du poumon, les deux formes fondamentales des microbes pyogènes, le *streptococcus* et le *staphylococcus pyogenes* existent en abondance. Mais il y a aussi d'autres organismes elliptiques, lancéolés, encapsulés, c'est-à-dire les pneumocoques de Friedländer. Le poumon présente donc réunis, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, le microbe de la pneumonie et les microbes de la suppuration.

Les mêmes microbes pyogènes ont été constatés en grande quantité dans le pus des jointures, dans la fusée purulente du brachial antérieur, dans les abcès des reins et dans les vaisseaux sanguins qui entourent ces abcès, dans les végétations du cœur, c'est-à-dire dans tous les foyers extra-pulmonaires sans exception.

Les préparations provenant de la lésion mitrale montrent de magnifiques chapelets ayant 15, 20 grains et plus ; ces chapelets sont droits ou flexueux. Il y a aussi une foule de chapelets plus petits, et puis des grains simples et isolés.

Le sang du malade, examiné douze heures avant la mort, contenait des microcoques en petits grains mobiles, et la proportion des globules blancs était considérablement augmentée : elle était au moins de 1 globule blanc pour 10 rouges.

Le 11 mars, une souris blanche et un cobaye ont été inoculés avec une goutte du pus retiré du genou quelques heures avant la mort du malade. Ces animaux ont succombé, la souris au bout de 21 heures, le cobaye au bout de 22 jours, avec des suppurations multiples et la rate augmentée de volume; chez tous deux on a trouvé dans le sang, dans la rate et dans les abcès des organismes semblables à ceux du pus d'inoculation.

Les microbes du pus du malade ont donc été spécifiquement pathogènes pour ces deux animaux, ils ont provoqué chez eux des suppurations de même nature.

II. Mon second cas concerne un homme de soixante-dix ans, qui, malgré son âge, a fait une pneumonie franche et normale; la défervescence fébrile a eu lieu le onzième jour, et la résolution locale a fait d'abord de rapides progrès, puis elle s'est arrêtée, et jusqu'à la fin nous avons constaté les signes d'une induration dans la partie supérieure du poumon droit. La persistance de ce reliquat pneumonique n'empêche pas cependant l'établissement de la convalescence; une semaine après la chute de la fièvre, cet homme était déjà dans un état satisfaisant, lorsqu'il présente simultanément un abcès superficiel à chaque cuisse; quelques jours plus tard, un abcès volumineux et profond paraît dans la région fessière gauche; il est ouvert et guérit. A la suite de ces incidents, qui se passent dans les derniers jours du mois de décembre 1885, le malade se remet, si bien qu'il parle de quitter prochainement l'hôpital; le 15 janvier, il meurt subitement : c'était le cinquantième jour à compter du frisson initial de sa pneumonie.

L'autopsie permet les constatations suivantes :

Dans le lobe supérieur du poumon droit, hépatisation grise, nombreux îlots purulents.

Dans le poumon gauche, plusieurs petites collections de pus liquide sous la plèvre; ces collections ont le volume d'un pois.

Dans le tissu du cœur, trois abcès, dont le plus grand a la dimension d'une pièce de un franc. L'endocarde est sain.

Dans les deux reins, nombreux abcès miliaires.

Streptocoques et *staphylocoques* en grande abondance dans les îlots purulents des poumons, dans les abcès du cœur, dans les abcès des reins. Il n'a pas été possible de déceler d'une manière positive le microbe pneumonique dans les foyers d'hépatisation grise, ce qui tient sans doute à la date plus ancienne de la pneumonie.

La culture du pus du poumon a développé des colonies jaune soufre qui ont conservé la même apparence dans les cultures successives, et qui étaient constituées par des grains arrondis semblables à ceux qui existaient dans le pus.

Un rat inoculé dans la plèvre avec le produit d'une de ces cultures a été tué très rapidement, et l'on a retrouvé dans la plèvre et dans le sang des organismes identiques en grande quantité.

Semblable au premier quant au fond, ce second cas en diffère par l'absence de suppurations articulaires et de lésion de l'endocarde, par la présence d'abcès sous-cutanés et d'abcès du cœur, et par la modalité clinique de l'infection qui a été torpide et vraiment latente au point de vue de l'état général du malade; nettement aiguë chez le premier, la pyohémie, abstraction faite des trois abcès sous-cutanés, est restée silencieuse chez le second jusqu'au jour où la suppuration du myocarde a causé la mort par paralysie du cœur. Dans les deux cas, l'hépatisation grise a été associée à des foyers pulmonaires purulents à contenu liquide.

Tels sont les deux faits qui démontrent le développement de l'infection purulente à la suite d'une pneumonie non traumatique, primitive et franchement normale à son début. La filiation pathogénique est décelée avec une entière évidence : la pneumonie, arrêtée dans sa résolution, aboutit à la formation de pus dans le poumon; de ce foyer initial, les agents pyogènes pénètrent dans le sang et déterminent, sur divers points, des suppurations de même nature. C'est un type achevé de *pyohémie par migrations microbiennes*.

Il y a dans la littérature médicale quelques exemples de suppurations articulaires au cours ou à la suite de la pneumonie; mais ces faits, qui diffèrent notablement des miens, ont reçu des observateurs une tout autre interprétation, et, par suite, ils ne peuvent entamer en rien, ce me semble, la priorité que je crois devoir assigner à ma démonstration.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 mai 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Inoculation préventive contre la fièvre jaune. — M. Rebourgeon communique les résultats statistiques des inoculations préventives pratiquées avec la culture du microbe atténué de la fièvre jaune, de janvier à août 1885, par le docteur Domingos Freire.

A l'appui de cette communication, M. Rebourgeon fait hommage à la Société d'un mémoire du docteur Domingos Freire sur le vaccin de la fièvre jaune. — Dans ce mémoire, se trouve une notice sur le traitement curatif de la fièvre jaune, dans la première et la deuxième période de cette fièvre, par les inoculations du liquide de culture atténuée du microbe de cette maladie. Cette notice renferme quatre observations de guérison de la fièvre jaune par l'inoculation du virus atténué.

M. Maurel demande si M. Rebourgeon a vu la fièvre jaune sévir sur la population de couleur, et à des altitudes dépassant 500 mètres.

M. Rebourgeon répond affirmativement à ces deux questions.

M. Maurel fait remarquer que les faits observés par M. Rebourgeon concordent avec ceux signalés dans quelques-unes des épidémies les plus récentes.

Aujourd'hui il faut admettre que l'une et l'autre de ces deux causes d'immunité sont moins puissantes qu'on ne le croit. Dans la plupart des dernières épidémies, des gens de couleur et même des noirs ont figuré parmi les victimes. D'autre part, des cas de

fievre jaune ont pu être contractés à une hauteur dépassant 500 mètres, et l'on a même vu de véritables épidémies. Mais cependant une altitude de 500 mètres peut agir comme condition atténuante, en ce sens que les épidémies qui naissent à cette hauteur s'éteignent rapidement et d'elles-mêmes.

En cherchant la cause de ce changement avec ce qui existait autrefois, M. Maurel pense qu'il faudrait faire jouer un rôle important au changement survenu dans le régime des gens de couleur qui, à l'exemple des métropolitains, auraient adopté un régime alimentaire beaucoup plus riche que celui qu'ils suivaient autrefois. Et ce qui tendrait à le prouver, c'est que parmi les hommes de cette race, ce sont surtout ceux qui ont adopté le régime européen qui sont atteints.

Cette interprétation, qui demande du reste à être vérifiée, pourrait acquérir, on le comprend, une importance considérable au point de vue de l'hygiène des pays amarils.

Quant à la question d'altitude, les auteurs n'avaient pas encore vu la fièvre jaune à une hauteur de 500 mètres, et ils en concluaient qu'elle était suffisante pour préserver de la contagion. Leur conclusion n'était pas fausse, mais seulement prématurée. Maintenant que l'on a vu la fièvre jaune évoluer, même à l'état épidémique, à cette hauteur, il faut élever davantage ce minimum d'altitude de préservation. Jusqu'à présent, M. Maurel ne croit pas que des cas de contagion aient été observés à plus de 800 mètres.

M. D'ARSONVAL présente une note de M. Charpentier sur la relation entre l'intensité apparente des sons et leur tonalité.

MM. Gellé et d'Arsonval ont déjà montré qu'il existe une relation entre l'intensité d'un son et la durée de son action sur l'oreille. Voici un autre ordre de faits qui achève de montrer l'existence d'un certain parallélisme entre les sensations sonores et les sensations visuelles.

La séance est levée.

Séance du 29 mai 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

PRÉSENTATIONS

M. LABORDE présente une thèse de M. Legris sur le sulfate de spartéine comme médicament cardiaque. Il résulte des expériences et des observations rapportées dans cette thèse que le sulfate de spartéine est un excitant cardiaque très puissant.

M. D'ARSONVAL présente, de la part de M. Charpentier, une note ayant pour titre : *De l'affaiblissement mutuel de plusieurs sons.* M. Charpentier démontre que les sons simultanés s'affaiblissent d'autant plus entre eux qu'ils sont plus voisins.

M. STRAUS présente une note de M. Laur (de Lyon) sur les altérations histologiques du foie dans les maladies infectieuses.

COMMUNICATIONS

Production de chaleur pendant la chloroformisation. — M. D'ARSONVAL fait une communication sur la production de chaleur, chez les animaux, pendant la chloroformisation. Au début le galvanomètre, qui marque 100 à l'état normal, monte à 115, à 120, à 135, pendant la période d'excitation, puis redescend à 100 et tombe à 45, quand l'animal est complètement chloroformé. Donc la quantité de chaleur produite par l'animal a diminué de plus de moitié pendant la chloroformisation.

Masses épithéliales dentaires. — M. MALASSEZ fait une communication sur les petites masses épithéliales qui constituent le prétendu périoste alvéolo-dentaire. Il rappelle avoir montré que tous les kystes des mâchoires avaient leur point d'origine dans ces masses épithéliales.

On sait qu'on trouve des dents dans des kystes ovariques. Il a examiné trois dents provenant ainsi d'un kyste ovarique, et a trouvé sur toutes les coupes des débris épithéliaux. Il existe donc dans ces dents les mêmes dispositions que dans les dents normales.

M. Malassez insiste sur l'existence de ces débris épithéliaux autour de dents anomales.

Influence des organismes inférieurs sur la production des concrétions. — M. GALIPPE communique une observation qui montre une fois de plus l'influence des organismes inférieurs sur la production des concrétions, en présentant à la Société de petits calculs développés dans les glandes sébacées du scrotum, ayant une grande dureté, renfermant de la cholestérine et contenant un parasite que M. Galippe a isolé et cultivé.

Narcéine. — M. LABORDE fait une nouvelle communication sur la narcéine dont les effets sont très supérieurs à ceux de la morphine. M. Laborde a, depuis longtemps, prescrit de la narcéine chez les enfants. Il semble qu'elle procure le sommeil sans atteindre la volonté. Elle a donné des résultats, non seulement au point de vue hypnotique, mais aussi au point de vue des sécrétions bronchiques qu'elle diminue très notablement. M. Laborde en a également obtenu de très bons effets dans la coqueluche, surtout contre les quintes nocturnes. Au point de vue de l'analgésie, elle n'a pas la puissance de la morphine. Mais comme hypnotique elle doit être mise au premier rang parmi les alcaloïdes de l'opium. Il y a longtemps que M. Laborde a soutenu cette opinion, et les faits la confirment chaque jour davantage.

Tandis que la narcéine ne paraît pas avoir d'inconvénients, la codéine, ainsi que l'a maintes fois montré M. Laborde, donne lieu souvent à des accidents.

Chez les enfants, M. Laborde recommande de donner la narcéine en sirop. En voici la formule :

Narcéine.	25 centigrammes.
Sirop de sucre.	500 grammes.
Acide acétique, quelques gouttes.	

Une cuillerée à bouche de ce sirop représente 1 centigramme de narcéine.

Dans les cas où l'estomac ne tolère pas la narcéine, on peut la faire absorber, avec de grands avantages, par l'intestin, surtout en suppositoires.

Ablation des centres psycho-moteurs. — M. DUPUY a enlevé les centres psycho-moteurs des deux hémisphères chez un chien. Ce que cet animal présente surtout de particulier, c'est une exagération des actions réflexes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Destruction des poils. — M. BROCQ lit une note sur la destruction des poils par l'électrolyse. Ce moyen paraît donner de très bons résultats et appelé, par conséquent, à rendre de grands services chez les femmes affligées de barbe.

Variole traitée par le collodion. — M. COMBY communique l'observation d'une malade atteinte de variole cohérente, chez laquelle on eut la malheureuse idée d'appliquer un masque de collodion sur la face, dans le but de prévenir les cicatrices. Cette femme est morte au sixième jour, et on n'a trouvé, à l'autopsie, aucune lésion capable d'expliquer la mort. Il y a donc lieu de penser que celle-ci a été le résultat de la suppuration de la face, qui s'est produite sous le collodion.

Fièvre hystérique. — M. BARRIER, à l'occasion de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Debove, donne lecture de l'observation d'une jeune femme, atteinte de crises hystériques, qui, à la suite d'une de ces crises, fut prise d'une fièvre intense, sans qu'on pût trouver aucune affection pouvant

expliquer cette fièvre, qui fut permanente pendant vingt jours et tomba brusquement, sans aucune modification de l'état général.

M. RENAULT demande ce que sont devenues les attaques après cette fièvre.

M. BARRIER répond qu'elles n'ont été modifiées en rien, ni dans leur fréquence, ni dans leur intensité.

Fracture de côte. — **M. RICHARD** communique l'observation d'une fracture de côte spontanée chez un emphysémateux, fracture qui s'est d'ailleurs très rapidement consolidée.

Influence de la graisse sur la nutrition. — **M. DEBOVE** lit un travail sur ce sujet, qu'il termine par les conclusions suivantes : Des expériences qu'il a entreprises sur le vivant, il résulte que, chez un sujet qui a une ration d'entretien, la graisse s'emmagasine en presque totalité, qu'elle diminue les combustions des matériaux azotés et que l'engraissement obtenu ne disparaît pas si on retourne à la ration d'entretien.

Hystérie chez une petite fille. — **M. GUYOT** rapporte l'observation d'une petite fille de quatre ans qui, à la suite d'une violente émotion, fut prise brusquement d'hémiplégie droite avec aphasie. M. Guyot, après un examen des plus attentifs, diagnostiqua une hémiplégie d'origine hystérique. Le bromure de potassium et l'isolement firent disparaître ces accidents après quelques heures. Quelques jours après, elle eut une nouvelle attaque d'hémiplégie qui disparut spontanément dans la nuit. M. Jules Simon, appelé en consultation, confirma le diagnostic d'hystérie. Depuis, elle n'a plus rien eu.

Cette enfant n'a jamais été malade. Sa mère est nerveuse, son père est arthritique.

M. DESNOS, sans mettre en doute le diagnostic d'hystérie, porté dans ce cas par MM. Guyot et Jules Simon, rappelle que la méningite tuberculeuse donne lieu parfois à des accidents se présentant de la même façon que chez cette petite malade.

M. FÉRÉOL demande si cette enfant n'avait pas de vers intestinaux.

M. GUYOT répond à M. Desnos qu'on n'a trouvé chez cette petite fille aucune trace de tuberculose, et à M. Féréol qu'elle n'avait pas de vers intestinaux. Quoique les accidents hystériques soient bien rares à un âge aussi peu avancé, il est impossible de ne pas les admettre dans ce cas.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 mai 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Lucas;
Au grade de médecin en chef. — M. Vaillant;
Au grade de médecin principal. — M. Hyades.

— Par décret en date du 29 mai 1886, la chaire d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, à l'École de médecine d'Amiens, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— *Concours de l'agrégation (sections de chirurgie et accouchements).* — Le dépôt des thèses a été effectué par les candidats vendredi dernier, 28 mai 1886, à quatre heures du soir. Immédiatement après, l'ordre de leur soutenance avec le nom des argumentateurs a été tiré au sort et fixé ainsi qu'il suit ; les séances commenceront à cinq heures du soir.

Première séance. — Lundi 31 mai. 1° M. Brun : Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques ; argumenté par MM. Picqué et Gangolphe. — 2° M. Maygrier : Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine ; argumenté par MM. Gerbaud et Rémy.

Deuxième séance. — Mardi 1er juin. 1° M. Pousson : De l'ostéoclasie ; argumenté par MM. Denucé et Augagneur. — 2° M. de Lapersonne : Des arthrites infectieuses non tuberculeuses ; argumenté par MM. Barette et Schwartz.

Troisième séance. — Mercredi 2 juin. 1° M. Forgues : Des septicémies gangréneuses, argumenté par MM. Vautrin et Truc. — 2° M. Nélaton : Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques ; argumenté par MM. Jalaguier et Brun.

Quatrième séance. — Vendredi 4 juin. 1° M. Picqué : Anomalies de développements et maladies congénitales du globe de l'œil ; argumenté par MM. Gangolphe et Pousson. — 2° M. Gerbaud : De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement ; argumenté par MM. Rémy et Auvard.

Cinquième séance. — Samedi 5 juin. 1° M. Denucé : Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire ; argumenté par MM. Augagneur et de Lapersonne. — 2° M. Barette : Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical ; argumenté par MM. Schwartz et Forgues.

Sixième séance. — Lundi 7 juin. 1° M. Vautrin : Traitement chirurgical des myomes utérins ; argumenté par MM. Truc et Nélaton. — 2° M. Jalaguier : De l'arthrotomie ; argumenté par MM. Brun et Picqué.

Septième séance. — Mardi 8 juin. 1° M. Gangolphe : Kystes hydatiques des os ; argumenté par MM. Pousson et Denucé. — 2° M. Rémy : De la grossesse compliquée de kystes ovariques ; argumenté par MM. Auvard et Bar.

Huitième séance. — Mercredi 9 juin. 1° M. Augagneur : Tumeurs du mésentère ; argumenté par MM. de Lapersonne et Barette. — 2° M. Schwartz : Tumeurs du larynx ; argumenté par MM. Forgues et Vautrin.

Neuvième séance. — Jeudi 10 juin. 1° M. Truc : Traitement chirurgical de la péritonite ; argumenté par MM. Nélaton et Jalaguier. — 2° M. Auvard : De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia ; argumenté par MM. Bar et Maygrier.

Dixième séance. — Vendredi 11 juin. M. Bar : Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement ; argumenté par MM. Maygrier et Gerbaud.

M. le docteur Etienne s'est retiré du concours et, par suite, ne prend pas part à cette dernière épreuve.

— La composition du jury du concours de l'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle, qui doit s'ouvrir demain mardi 1er juin 1886, vient de subir la modification suivante : M. le docteur Renaut, professeur d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de médecine de Lyon, membre titulaire du jury, n'ayant pas accepté, est remplacé par M. le docteur Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — Un congé est accordé à M. Dérut, préparateur de botanique.

M. Feindel, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de botanique pendant la durée du congé accordé à M. Dérut.

— *Muséum.* — M. Bois (Désiré), préparateur, est nommé aide-naturaliste près la chaire de culture, en remplacement de M. Vesque, appelé à d'autres fonctions.

— La Société des Sauveteurs de la Seine, dans sa séance annuelle du 30 mai, a décerné des médailles d'argent à MM. les docteurs Martial Moreau et Trapenard, et des médailles de bronze à MM. les docteurs Dromain et Penoyée.

— La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 30 mai 1886, a décerné entre autres récompenses des médailles de bronze à MM. les docteurs Séjournet et Legendre, et 500 francs répartis entre MM. Julien Bottet, procureur de la République, le docteur A. Barrabé, François Delattre et le docteur A.-J. Devoisins.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19623

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. **».** — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est une idée très naturelle que celle d'étudier les conditions de la circulation capillaire sur un point où les vaisseaux sont étalés sans rien qui les cache aux regards de l'observateur.

Il y a déjà bien des années que nous avons vu appliquer en France l'ophthalmoscopie à l'étude de maladies affectant des organes autres que les yeux. Quand M. Bouchut créait le mot cérébroscopie, quand M. Galezowski apportait à la clinique de M. le professeur Trousseau un ophthalmoscope tubulaire inventé dans le but de permettre par son maniement extrêmement facile aux médecins et aux étudiants les moins exercés la recherche des phénomènes observables au fond de l'œil dans les maladies du cerveau, il était évident que la clinique pourrait tirer un grand parti de ce nouveau champ d'exploration séméiologique.

Les signes sur lesquels M. Giraud-Teulon appelle l'attention aujourd'hui ne sont plus rattachés par lui à l'état des centres nerveux. Il s'agit de se rendre compte des conditions dans lesquelles s'accomplit la nutrition moléculaire, avec les combustions qu'elle comporte, d'abord dans les tissus de l'œil et, par suite, par conséquence, dans tous les tissus du corps humain.

Si la nutrition est normale, le sang, rutilant dans les artères, change de couleur, en utilisant son oxygène auquel se substitue de l'acide carbonique, quand il se trouve, dans les capillaires, en contact direct avec les éléments constitutifs du corps humain qu'il doit nourrir. Mais cette rénovation constante des molécules organiques ne se fait pas toujours avec une égale énergie, et de là des variations dans la couleur du sang dans les veines du fond de l'œil. Évidemment les variations de la couleur du sang peuvent y être distinguées d'une façon beaucoup plus nette que sur les muqueuses où on les recherche d'ordinaire, et à plus forte raison sur la peau.

Il eût été très intéressant, si on y eût dès lors songé, de voir, par exemple, quelle était la couleur du sang dans les veines du fond de l'œil chez cette malade de M. Bernutz dont nous avons autrefois rapporté l'observation dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui resta tant de mois à la Charité, sans manger, sans boire, sans absorber les médicaments qu'on lui donnait, sans avoir la pupille dilatée par les doses les plus élevées de belladone, sans uriner, sans aller à la garde-robe, sans être réglée, et cependant ne dormant pas, répondant intelligemment à toutes les questions qu'on lui posait, active encore intellectuellement alors que les autres fonctions paraissaient suspendues chez elle.

Pendant ces longs mois, durant lesquels elle ne maigrit pas, la nutrition étant réduite au minimum, il est probable que le sang arrivait presque rouge dans les vaisseaux veineux.

Il est probable qu'au contraire il y arrivait presque noir quand ensuite l'amaigrissement devint excessif en quelques semaines, alors que, la nutrition s'étant réveillée, cette malade mangeait de grand appétit et digérait bien.

Mais il est douteux qu'en pareil cas la question se réduise à une question de vitesse dans la circulation capillaire.

Toutes choses égales d'ailleurs, il est bien évident que l'oxygène du sang agira d'autant plus sur les éléments combustibles que le contact sera plus long. Mais ce n'est vrai, je le répète, que toutes choses égales d'ailleurs. Le signe dont il s'agit perdrait à peu près toute valeur clinique si on le rattachait à une théorie mécanique exclusive, aux lois physiques de l'écoulement des liquides.

Il faut également prendre garde de s'enfermer dans les résultats d'une observation isolée.

Les phénomènes de nutrition intime et de circulation capillaire sont susceptibles de varier dans la même journée et à court délai. L'influence des repas et d'autres influences se font sentir dans les vaisseaux du fond de l'œil. Pour se rendre nettement compte de ces variations et de leur étendue, il est besoin de recherches patientes, journalières, longtemps suivies, en dehors desquelles toute conclusion serait prématurée.

On verra au compte-rendu le résultat des élections auxquelles l'Académie avait à procéder, pour une place de membre correspondant national et pour une place de correspondant étranger.

La première de ces places a été chaudement disputée, et la victoire est restée à M. Paulet.

M. Wasseige (de Liége), le nouveau correspondant étranger, a eu, de son côté, à soutenir une véritable lutte contre M. Bigelow.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

I. Verrues de croissance. — II. Hyperostose du maxillaire inférieur avec plusieurs petits séquestres. — III. Lymphosarcome du cou.

I. Un jeune homme de dix-neuf ans est venu hier nous consulter, non pas qu'il soit malade, mais parce qu'il est couvert de verrues assez récemment développées. A ce propos j'ai fait quelques recherches dans les auteurs, et ce n'est guère que dans un *Traité* de Kaposi, traduit par M. Besnier, que j'ai trouvé quelque chose sur ces verrues des jeunes gens, et encore ce quelque chose est consigné seulement dans une note du traducteur : « Ces verrues sont des papillomes à revêtement corné plus ou moins abondant. »

Les verrues dont nous parlons ici ont passé pendant longtemps pour être contagieuses, bien que, en réalité, elles ne le soient pas. Pourquoi? Parce qu'on les observe bien souvent en grande masse, en grande quantité, chez les jeunes gens. Elles sont même parfois si nombreuses et développées sur diverses régions, telles notamment que la face, les mains, etc., qu'on les a prises, dans certains cas, pour du lichen ou quelque autre tumeur de la peau. De là des erreurs de diagnostic.

Mais pourquoi ces verrues sont-elles quelquefois aussi nombreuses? Pourquoi se développent-elles plutôt chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles? Pourquoi enfin les voit-on chez certains malades disparaître spontanément?

Notre malade d'hier est un exemple remarquable de développement, considérable au point de vue de la multiplicité, de ces verrues, car il en présente une trentaine rien que sur une seule main. Or un fait très intéressant, dans ce genre d'affections, c'est qu'il suffit le plus souvent d'attaquer cinq ou six de ces verrues par un moyen quelconque, en les rasant, par exemple, et les cautérisant ensuite à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, pour voir toutes les autres disparaître d'elles-mêmes.

Ces verrues appartiennent spécialement à la jeunesse, comme je vous le disais en commençant, à l'adolescence; elles ressemblent à des tumeurs de croissance, aux affections de la fin de l'âge du développement de l'organisme. Moi-même, étant au collège, j'en eus une quinzaine à un moment donné; mon père me remit quelques petits fragments de nitrate d'argent, de sorte que, après avoir coupé, cautérisé et guéri successivement deux de ces petites verrues, je vis les autres disparaître. Pourquoi? C'est ce que nous ne savons pas.

II. Le diagnostic que j'avais porté sur le malade dont je vous ai parlé dans une autre leçon (1) et que j'ai opéré ce même jour n'était pas tout à fait exact. Il s'agissait d'une nécrose du maxillaire inférieur, vous avais-je dit. Or il y avait deux choses : 1° un ostéome sous-périostal que j'ai tondu comme des cheveux, ostéome sous lequel le maxillaire était normal comme chez un malade que j'ai eu l'occasion d'opérer l'an dernier et qui a fait le sujet de thèse d'un de mes élèves; 2° il y avait aussi trois petits séquestres très minces, mesurant à peine 2 millimètres dans leur plus grande épaisseur, situés dans une petite cavité correspondant à une des deux incisives droites. Le diagnostic doit donc être ainsi posé : hyperostose du maxillaire, suite d'une contusion de la mâchoire, avec plusieurs petits séquestres.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 1185. (Nécrose traumatique du maxillaire inférieur.)

III. Le troisième malade dont je veux vous parler aujourd'hui est un homme de cinquante ans, journalier, un alcoolique invétéré, qui ne boit pas moins de 5 ou 6 litres de vin ornés d'une quantité indéterminée de petits verres. Pendant un séjour en Cochinchine il a eu des fièvres intermittentes qui ont été traitées par le sulfate de quinine.

Il y a six mois, il s'est aperçu, pour la première fois, d'une petite tumeur située du côté gauche du cou et roulant sous le doigt. Cette tumeur s'est accrue peu à peu jusqu'à son volume actuel, ce qui a décidé le malade à entrer à l'hôpital. Elle s'est développée dans la région latérale gauche du cou, se dirigeant en avant et passant sous le muscle sterno-mastoïdien. D'une consistance dure, ferme, elle est mobile sur les parties profondes, mais elle adhère à la peau et se confond avec elle, surtout en haut, où l'on remarque une plaque d'un rouge vineux. Elle arrive ainsi jusqu'à un centimètre du cartilage thyroïde, tandis qu'en arrière elle s'étend jusque sous le lobule de l'oreille.

Dans le creux sus-claviculaire nous trouvons quelques ganglions engorgés, mais rien dans l'aisselle ni dans l'aine. Sous l'arcade de Fallope gauche, au niveau même de la racine de la cuisse, il existe aussi une tumeur difficile à diagnostiquer, ayant quelque peu l'aspect d'un sac herniaire. Cette tumeur est molle, pâteuse comme un lipome, recouverte d'une peau flasque analogue aussi à celle qui revêt un lipome maigri; elle est formée de trois corps, dont les plus résistants au doigt appartiennent aux parties profondes. Quelques personnes ont cru qu'il s'agissait là de ganglions lymphatiques; je ne le pense pas.

Le ventre est très tendu, tuméfié, avec quelques bosselures, et très douloureux, si douloureux même que l'on a jugé bon d'appliquer des ventouses sèches sur la partie supérieure de l'abdomen. Il y a un peu d'ascite; la rate est hypertrophiée; le foie, volumineux, dépasse la ligne médiane et gagne le côté gauche sous la forme d'une lame épaisse, tandis qu'à droite il descend en bas et en arrière vers la fosse iliaque.

Les urines laissent au fond du vase un dépôt rouge brique sans pigment biliaire. L'auscultation des poumons permet d'entendre des râles crépitants. Enfin les deux jambes présentent des ulcères variqueux.

En somme cet homme, entré le 9 de ce mois pour être opéré de sa tumeur du cou, laquelle, seule, appelle son attention, présente donc une multiplicité de lésions. Une tumeur cervicale, d'origine ganglionnaire, non ramollie mais restée ferme, dure et adhérant à la peau ainsi qu'au muscle sterno-mastoïdien, ni phlegmoneuse, ni tuberculeuse. A la cuisse une tumeur complexe, ressemblant à un lipome; un foie bosselé et volumineux, une rate volumineuse, etc. Multiplicité de lésions qui doivent nous mettre en garde contre la nature de la tumeur du cou qui n'est autre qu'un lymphosarcome en pleine voie de généralisation. Je dis : lymphosarcome et non pas lymphadénome, car dans le premier nous trouvons les éléments réticulaires transformés, et dans le second les éléments figurés.

Je dis lymphosarcome avec pronostic funeste, car il nous est interdit d'intervenir, de faire aucune opération sous peine de voir le malade succomber soit aussitôt après l'opération, soit même pendant celle-ci.

HYDROLOGIE

Les rapports Jacquot et Keller.

Par M. le Dr DE PIETRA SANTA.

Nous allons emprunter aux remarquables rapports de MM. Jacquot sur les stations d'Eaux minérales de la France, et Keller sur les Sources minérales exploitées et autorisées en France, adressés aux ministres du Commerce et des Travaux publics, les renseignements qu'ils fournissent sur celles de Pougues (Nièvre).

Ces documents confirment l'importance et la valeur des eaux de Pougues, « les premières potables médicamenteuses de France ».

I. — RAPPORT JACQUOT.

« *Pougues-les-Eaux.* — Village du Nivernais, situé non loin de la Loire, à 195 mètres d'altitude. C'est une des stations du chemin de fer de Paris à Lyon par le Bourbonnais, à 241 kilomètres de la première ville, et à 13 de Nevers.

Il a deux sources (Saint-Léger et Saint-Marcel), mais une seule est gazeuse et utilisée, c'est la *fameuse* source Saint-Léger, dont la notoriété remonte aux Valois. Elle a été analysée pour la première fois en 1778 par Costel, et successivement par Duclos, Geoffroy et Hassenfratz. En 1837, Boullay et Henry en ont fait une nouvelle étude. Mialhe y a constaté la présence de l'iode. L'analyse la plus récente et la plus complète est celle qui a été exécutée en 1884, sous la direction de M. l'ingénieur en chef Carnot, au bureau d'essais de l'École des mines. En voici les résultats :

Bicarbonates de chaux, de magnésie, de protoxyde de fer, de potasse, de lithine et de soude	2gr,9694
Sulfate de soude	0 1767
Chlorure de sodium	0 2120
Silice	0 0340
Matière organique	0 0025
TOTAL	3 3846
Acide carbonique libre	2 1178
TOTAL	5gr,5024

Il y a, en outre, 2 gr. 1178 d'*acide carbonique libre*.

L'eau de Pougues est donc *bicarbonatée, calcique, sodique* et *ferrugineuse*. Elle est, de plus, *très gazeuse*.

La source Saint-Léger, qui prend naissance à l'intérieur du village, est à la température moyenne du lieu, soit 12° centigrades.

Sur les lieux, elle est presque exclusivement employée en boisson.

Il y a à Pougues un établissement renfermant 19 baignoires, 3 bains de siège, 2 salles de grandes douches, une pour chaque sexe, et 4 cabinets pour douches ascendantes, en cercle, etc.

L'eau de Pougues est l'objet d'un commerce d'exportation considérable.

Par décret en date du 4 août 1867, la source Saint-Léger a été déclarée d'intérêt public. »

II. — RAPPORT O. KELLER.

M. O. Keller divise les eaux minérales en quatre groupes, d'après leur caractère médico-chimique prédominant, savoir :

1° Eaux *sulfureuses* (hydrogène sulfuré à l'état libre, ou à l'état de sulfure alcalin);

2° Eaux *alcalines* (prédominance de la soude à l'état de carbonate ou de bicarbonate);

3° Eaux *ferrugineuses* (sels alcalins ou calcaires accompagnés de carbonate de fer);

4° Eaux *salines* (complexes; caractérisées par le chlorure de sodium, le sulfate de soude, le carbonate ou sulfate de chaux).

POUGUES (Nièvre) appartient au 4e groupe, 3e catégorie.

Nature des eaux. — Bicarbonatées, calciques, ferrugineuses.

Situation géologique. — Terrain jurassique.

Température de l'eau. — Saint-Léger, 12 degrés centigrades.

Nombre des baignoires. — 25.

Nombre des malades en 1881. — 1 539.

Date des actes administratifs. — Lettres patentes de 1670. — Décret d'utilité publique du 4 août 1860.

III. — LES EAUX DE POUGUES AU POINT DE VUE MÉDICAL ET HYGIÉNIQUE.

Le premier effet physiologique des eaux de Pougues est d'éveiller l'appétit et d'accroître l'énergie des fonctions digestives; les intestins participent à cette excitation fonctionnelle de l'estomac, et l'appareil urinaire voit sa sécrétion notablement augmentée.

Nous ne chercherons pas à déterminer ici ce qui, dans la manifestation de ces effets physiologiques, revient en propre à chacun des quatre éléments principaux de minéralisation que nous avons signalés plus haut (acide carbonique, carbonate de chaux, fer et iode), parce que tous nos lecteurs savent parfaitement qu'en dehors des actions locales exercées sur les organes, ces quatre substances font sentir leur influence sur l'économie tout entière par une action générale essentiellement tonique et reconstituante.

Les maladies qui sont plus spécialement tributaires des eaux de Pougues peuvent, d'une manière générale, être classées dans trois groupes :

1° *Maladies des voies digestives et de leurs annexes (dyspepsies, gastralgies, pyrosis, flatulence, état congestif du foie, etc.).*

2° *Maladies des voies urinaires (gravelle, coliques néphrétiques, catarrhe vésical).*

3° *Certaines maladies générales, comme l'anémie, la chlorose, la goutte et le diabète.*

Les maladies du premier groupe, dans leurs rapports avec la médication de Pougues, ont été étudiées avec beaucoup de soin par Durand-Fardel, Dujardin-Beaumetz, Trousseau, Gallard, Rotureau, Bazin, Chéron, Grisolle, G. Sée, Teissier (de Lyon), de Crozant, Félix Roubaud, etc.

Les succès thérapeutiques obtenus dans celles du deuxième groupe ont été constatés par Dujardin-Beaumetz, Gubler, Grisolle, Mallez, Logerais, Constantin James, etc.

Pour les maladies du troisième groupe, pendant que Bouchardat et Teissier reconnaissent la raison d'être des eaux de Pougues dans le rhumatisme et la goutte, Trousseau, Lecorché, Mialhe et Hardy établissent leurs indications précises dans le diabète sucré.

Abordons actuellement l'étude des eaux de Pougues au point de vue hygiénique, alors qu'elles sont administrées en dehors « des *circonstances accessoires* », tenant à la climatologie de la station, à la vie calme qu'on y goûte, à l'absence des émotions anxieuses et factices d'autres thermes en renom.

Sans pouvoir entrer, faute d'espace, dans des développements trop circonstanciés, nous croyons que des considérations d'ordre social et moral, que des faits certains, d'ordre médical, nous mettent à même de formuler, au point de vue pratique, la conclusion synthétique de l'*efficacité des eaux de Pougues*, en tant qu'eaux de *régime*, dans la *prophylaxie* et la *préventibilité des maladies* qui rentrent dans les trois groupes indiqués plus haut.

— Les principes minéralisateurs qui les constituent sont, à des degrés variés, des *agents de force* et de *reconstitution*.

— L'appétence et la facilité de la digestion qu'elles provoquent sont deux phénomènes à la fois constants et rapidement obtenus.

— L'expérimentation hydrologique de ces dernières années a démontré l'influence salutaire des eaux à minéralisation moyenne, quand il s'agit de combattre des affections qui minaient lentement et progressivement l'organisme, avant de se traduire par des états morbides nettement caractérisés.

Si donc, comme l'a démontré l'observation clinique la plus compétente et la plus généralisée, les eaux de Pougues sont efficaces et salutaires dans les maladies qui relèvent immédiatement de l'étiologie qui précède, il n'est pas douteux *qu'elles se montreront souveraines lorsqu'elles seront administrées aux premiers jours de l'ébranlement organique, à titre d'agents de prophylaxie et de médecine préventive.*

Dans ces conditions, Durand-Fardel les préconise à cause de leur facile digestibilité.

Trousseau les avait vues très bien réussir « dans les affections gastralgiques et douloureuses de l'estomac, alors surtout qu'elles sont accompagnées de troubles plus ou moins prononcés dans la digestion ».

Bouchut, dans une récente étude, formule ainsi ses indications : « C'est surtout dans le vertige d'estomac, dans ces cas où, avec des digestions laborieuses, compliquées de flatulence, il y a de la titubation, des migraines, des vertiges à croire qu'on va tomber, qui vous obligent à vous appuyer sur ce qui vous entoure, que l'usage des eaux de Pougues est suivi des effets les plus salutaires. Sous leur influence, les gaz et le gonflement d'estomac diminuent, l'appétit est meilleur, les digestions plus faciles, et dès que l'estomac fonctionne plus régulièrement, la tête se dégage et les vertiges disparaissent. »

En résumé, si, de par l'observation clinique, les eaux alcalines sodiques, administrées toujours à doses modérées, sont utilement employées dans les *actes* et dans les *états* morbides présentant une suractivité, c'est-à-dire à l'état de *puissance de la maladie*, les eaux alcalines terreuses, dont Pougues Saint-Léger est le prototype, doivent trouver des *indications certaines et efficaces :* d'une part, quand *il faut amender et combattre l'élément douleur ;* de l'autre, quand il faut marcher hardiment contre l'ennemi qui se dérobe dans les trames profondes de l'organisme, pour prévenir à tout prix l'*imminence morbide!*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre dans laquelle M. Schutzemberger déclare que ses recherches sur les substances albuminoïdes, étant surtout expérimentales, n'ont aucune espèce d'analogie avec les travaux surtout théoriques de M. Béchamp sur les mêmes substances ;

2° Des lettres de MM. Nocard et Mégnin, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire ;

3° Une lettre de M. Diday (de Lyon), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national (première division) ;

4° Un mémoire sur les actions physiologiques de la vanilline, par MM. le professeur Grasset et Rouillez (de Montpellier) ;

5° Une lettre dans laquelle M. Béchamp s'attache à établir que ses propres travaux se trouvent confirmés dans la lettre adressée par M. Mencki à M. Cornil.

M. le Président propose que l'Académie, déclarant la discussion provisoirement close, refuse toute communication sur ce sujet, jusqu'au moment où M. Béchamp aura répété devant la commission académique les expériences annoncées par lui.

Cette proposition est adoptée.

COMMUNICATION

Sur un champignon développé dans la salive humaine. — **M. Galippe** ayant filtré de la salive à l'aide de l'appareil Pasteur, la salive filtrée n'ayant pas été transvasée, a vu apparaître à l'extrémité inférieure de la bougie filtrante, non en contact avec le liquide, un champignon constitué par des tubes de mycélium et des spores.

Sur le conseil de M. le docteur M. Cornu, M. Galippe a cultivé ce champignon dans les cellules de Van Tieghem et a pu constater que ce n'était ni un Aspergillus ni un Penicillium.

Ce champignon qui n'a été ni décrit, ni figuré jusqu'ici, appartient à la famille des *Monilia*. M. Galippe propose de lui donner le nom de Monilia sputicola (sp. n.).

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national, deuxième division (chirurgie).

La commission présente : en première ligne, M. Paulet ; en deuxième, M. Louis Thomas (de Tours) ; en troisième, M. Surmay (de Ham) ; en quatrième, M. Dezanneau (d'Angers) ; en cinquième, M. Demons (de Bordeaux) ; en sixième, M. Bitot (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36,

M. Paulet obtient.	38	suffrages.
M. Surmay.	20	—
M. Thomas.	7	—
M. Dezanneau	5	—

En conséquence, M. Paulet ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant national.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant étranger (deuxième division).

La commission présente : en première ligne, M. Wasseige (de Liège) ; en deuxième, M. Bigelow (de Boston) ; en troisième, M. Saxtorph (de Copenhague) ; en quatrième, M. Max Ewen (de Glascow) ; en cinquième, M. Sagre (de New-York).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33,

M. Wasseige obtient	32	suffrages.
M. Bigelow	25	—
M. Saxtorph.	5	—
M. Sagre	2	—

Le premier tour de scrutin n'ayant pas donné de résultat, il est procédé à un deuxième tour.

Le nombre des votants étant de 49, majorité 25,

M. Wasseige obtient.	26	suffrages.
M. Bigelow	23	—

En conséquence, M. Wasseige ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant étranger de l'Académie.

LECTURES

Note sur un nouveau signe ophthalmoscopique des lésions de nutrition des organes profonds de l'œil. — **M. Giraud-Teulon** appelle l'attention sur certaines anomalies qui s'observent non sans fréquence dans la coloration des vaisseaux rétiniens et sur leur signification pathologique.

A l'état normal le caractère principal par lequel se distinguent les deux ordres de vaisseaux rétiniens est, on le sait, fourni par la couleur du sang qui les parcourt. Les artères sont d'un rouge vermillon, rutilant, à la sortie des capillaires, tandis que les veines offrent une teinte plus ou moins assombrie, allant du rouge brun au violet et même au ton lie de vin.

Ces apparences réunies à celles résultant des variations dans le calibre et la direction des vaisseaux subissent dans les maladies profondes de l'œil de nombreuses modifications, dont la pathologie a déjà savamment interprété les déviations principales. Cependant, malgré la haute valeur des documents dont la science a été enrichie sur ces points délicats et obscurs, certaines modifications portant sur la coloration du sang, n'ont pas encore été étudiées avec toute l'attention qu'elles méritent.

Dans des cas plus fréquents qu'on ne le croirait, au lieu de présenter la teinte *rouge brun* qui lui est ordinaire, le sang veineux conserve absolument la coloration du sang artériel. C'est là une preuve que la nutrition locale se fait mal, d'une façon insuffisante. Le contraire peut aussi se produire ; le système veineux peut contenir un sang assombri ou même noir, ce qui indique une combustion, une oxydation exagérée des éléments propres des tissus traversés.

En relisant à ce point de vue des observations antérieurement recueillies par lui, M. Giraud-Teulon a fait un relevé de 62 cas du premier genre rassemblés en trois ou quatre ans. Chez ces 62 individus on avait noté que le sang contenu dans les veines de la rétine restait trop rouge, trop semblable au sang artériel.

Dans 228 observations se rapportant à quinze ans, on notait au contraire : turgescence, stase, dilatation, assombrissement de coloration dans le système veineux rétinien.

M. Giraud-Teulon a groupé dans une série de tableaux statistiques tous les phénomènes anomaux observés chez ceux qui avaient présenté l'un ou l'autre de ces symptômes, et analysant ces tableaux, d'abord en eux-mêmes, puis comparativement, il en arrive à établir que les troubles trophiques pris en bloc s'éle-

vaient au chiffre de 134 p. 100 (*sic*) pour le sang rutilant, et de 33 p. 100 pour le sang trop foncé ou noir.

En déduisant de part et d'autre les altérations du corps vitré et les processus glaucomateux, il reste pour les troubles trophiques en cas de rutilance une proportion de 121 p. 100, dans le cas de sang noir une proportion de 16 p. 100.

« D'où une première conclusion à tirer, la grande supériorité de danger pour l'organe et peut-être pour l'état général lui-même, attachée à une insuffisance de désoxygénation du sang ou de la combustion intra-capillaire comparée à son excès. »

Les troubles cristalliniens sont très fréquents en cas d'insuffisance de l'oxydation intra-capillaire dans le système rétinien; ils s'y présentent avec une proportionnalité de 40 p. 100, tandis que dans le cas de combustion exagérée ils apparaissent seulement avec le modeste coefficient de 1,75 p. 100.

Ce qui domine dans les observations où l'on a noté que le sang veineux était assombri, ce sont les troubles accusés dans le système moteur de l'œil, dont la proportion est alors de 76 p. 100, tandis qu'elle n'est que de 24 p. 100 quand le sang garde dans les veines la coloration artérielle.

Claude Bernard a montré les rapports rattachant les actes de nutrition ou d'échanges chimiques à la durée du contact entre le sang lui-même et les éléments intimes des tissus.

Par cette remarquable observation, le fait obscur de chimie vivante, caché dans les changements de couleur du sang lors de son passage à travers les tissus, se trouve rapproché de notre intelligence par ses relations avec le degré de vitesse de ce passage lui-même.

Or à quelles conditions d'activité des vaso-moteurs doit-on attribuer soit l'accélération, soit le ralentissement du cours du sang dans les vaisseaux rétiniens? M. Giraud-Teulon pose en principe que l'accélération doit tenir à la diminution des résistances, c'est-à-dire à une inertie relative des constricteurs ou à un état opposé des dilatateurs; que, de son côté, le ralentissement doit être attribué à un excès relatif de ces résistances, c'est-à-dire à une inertie des dilatateurs ou à une suractivité des constricteurs.

Dans un cas comme dans l'autre, on peut donc supposer soit une suractivité, soit une inertie; mais dans la grande généralité des cas, les états pathologiques plus ou moins permanents du système musculaire sont plutôt à rapporter à des diminutions ou même à un anéantissement des forces qu'à des surcroîts d'énergie nervoso-musculaire.

M. Giraud-Teulon attribue donc plutôt l'accélération de la circulation à une atonie des constricteurs (ou du grand sympathique), son ralentissement à une condition semblable, à l'atonie des vaso-dilatateurs ou aspirateurs.

A cinq heures moins le quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Luxation du gros orteil. — M. FARABEUF fait un rapport sur une observation de luxation simple du gros orteil gauche, réduite par l'extension portée aussi loin que possible et la pression d'arrière en avant, par M. Vignard (de Roumanie).

Kystes dermoïdes acquis. — M. POULET lit une note sur les kystes dermoïdes acquis. Il a eu l'occasion d'observer un kyste dermoïde consécutif à une plaie de la paume de la main par instrument piquant. Cette petite tumeur, de la grosseur d'une petite olive s'est développée cinq ou six mois après le traumatisme. M. Poulet pratiqua l'extraction de ce kyste. Les suites de l'opération furent des plus simples. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait bien réellement d'un kyste dermoïde.

L'uréthrotomie interne. — M. TILLAUX, à l'occasion de la communication de M. Le Fort, fait connaître son opinion sur la valeur de l'uréthrotomie. MM. Le Fort et Desprès, dit-il, déclarent n'avoir jamais et ne devoir jamais pratiquer l'uréthrotomie interne. D'autre part, M. Ripoll (de Toulouse) préfère l'uréthrotomie interne à toute autre méthode. Ce sont là évidemment des opinions exagérées. M. Tillaux pense que l'uréthrotomie interne doit être pratiquée, qu'elle est une opération utile et inoffensive, qu'elle a ses indications très formelles.

Tant que l'urèthre n'a pas obtenu son calibre normal, il doit continuer à être dilaté. Lorsque le canal, par suite de la résistance du tissu ou par suite d'intolérance, ne supporte plus bien la sonde, il ne faut pas hésiter à l'inciser.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est absolument surpris d'entendre dire que l'uréthrotomie interne peut être dangereuse. Il l'a toujours pratiquée, même dans de très mauvaises conditions, et en a constamment obtenu de très bons résultats. On commence, dit-il, par la dilatation; si celle-ci ne réussit pas promptement, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'uréthrotomie interne qui donne toujours d'excellents résultats et jamais d'accidents.

M. TRÉLAT, comme ses deux collègues, apporte son témoignage en faveur de l'uréthrotomie interne. Il l'a déjà soutenue il y a vingt ans alors qu'elle était bien plus discutable qu'aujourd'hui. L'uréthrotomie interne n'est pas une méthode définitive mais un moyen adjuvant de la dilatation.

Lorsque le rétrécissement est valvulaire, fibreux, cicatriciel ou irritable, il faut commencer par l'inciser. La pratique a décidé que l'incision devait être préférée à la divulsion. M. Le Fort, au lieu de pratiquer la dilatation en huit ou dix jours, la pratique en une, deux ou trois séances; c'est là un progrès relativement à la dilatation. Il n'y a personne qui fasse l'uréthrotomie primitivement dans tous les cas de rétrécissements de l'urèthre. L'uréthrotomie n'est qu'un moyen adjuvant de la dilatation. M. Trélat conclut exactement dans le même sens que MM. Tillaux et Lucas-Championnière. Il ajoute que les accidents qu'on observait autrefois, en particulier les accès de fièvre, tendent à disparaître de plus en plus avec les moyens antiseptiques, la désinfection préalable de la vessie, etc.

En résumé de toutes les méthodes adjuvantes de la dilatation, l'uréthrotomie interne, avec les moyens antiseptiques, est encore la meilleure.

M. VERNEUIL n'est nullement hostile à l'uréthrotomie interne; mais il croit qu'il faut s'entendre sur les indications. Il ne faut pas oublier que l'emploi en a été exagéré; que cette opération est plus grave qu'on ne le dit; qu'enfin elle ne doit être pratiquée que dans des conditions bien déterminées. Dans des cas très graves, l'uréthrotomie externe lui paraît moins dangereuse que l'uréthrotomie interne.

Relativement au procédé de M. Le Fort, il lui trouve de grands avantages et est tout prêt à le mettre en usage.

M. TRÉLAT fait observer qu'il ne faudrait pas faire intervenir les états pathologiques antérieurs qui mettent le malade dans une situation dangereuse, indépendamment de toute opération.

Hystérectomie vaginale. — M. TERRIER communique une quatrième observation d'hystérectomie vaginale suivie de guérison. Il s'agissait d'une femme de quarante-quatre ans, atteinte d'un épithélioma du col utérin. Après avoir été soumise, pendant plusieurs jours, aux injections de sublimé, aux tampons iodoformés, la malade fut opérée selon le procédé que M. Terrier a déjà fait connaître. Il laissa de longues pinces hémostatiques sur les ligaments larges pendant quarante-huit heures. Les suites de l'opération furent des plus simples. La température de la malade n'a jamais dépassé 38°,2. L'utérus enlevé était très notablement hypertrophié. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

M. Terrier rappelle que la première malade opérée par lui il y a un an va toujours aussi bien que possible. Une autre, revue plus de six mois après l'opération, ne présente encore aucune trace de

récidive. Enfin M. Terrier a opéré une autre malade il y a cinq jours, et il pense avoir à enregistrer un nouveau succès.

M. TRÉLAT dit que la malade qu'il a opérée il y a onze mois ne présente encore actuellement aucune trace de récidive.

Appareil pour fractures. — **M. PLUQUET** (d'Amiens) présente un appareil pour les fractures de la jambe et de la cuisse. (Comm. : M. Humbert.)

Résection d'une partie de poumon et ablation d'un rein. — **M. DEMONS** (de Bordeaux) a communiqué dans la dernière séance l'observation d'un adulte ayant reçu entre la neuvième et la dixième côtes gauches un coup de couteau qui détermina une hernie du poumon de la grosseur d'une pomme. Le même jour, ce malade émet des urines sanglantes, révélatrices d'une blessure du rein.

M. Demons résèque à l'écraseur la portion herniée du poumon, et touche au thermo-cautère la surface de section.

Quelques jours après l'opération, on constate de ce côté de la poitrine un épanchement puriforme abondant. L'analyse chimique de ce liquide démontre qu'il est en grande partie formé par de l'urine.

L'ablation du rein est décidée. Néphrectomie par la région lombaire. La douzième côte rend l'opération laborieuse, mais M. Demons, fidèle aux conseils formulés par M. Le Dentu, se garde de la réséquer.

Le pédicule du rein est divisé en deux et lié avec soin. Suture de la plaie avec fils métalliques. Réunion par première intention. Mais au bout de deux mois et demi, l'élimination d'un bouchon de tissu cellulaire vint désunir la cicatrice. Cette légère complication rendrait M. Demons plus circonspect au sujet de la réunion immédiate dans un cas de ce genre.

Aujourd'hui, six mois après l'opération, la guérison s'est maintenue parfaite.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première séance des deux concours d'agrégation (section de physique, chimie et pharmacologie et section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle) a eu lieu le mercredi 2 juin 1886, à midi.

A. *Agrégation de physique, etc.* — Tout d'abord les candidats, réduits au nombre de 13 par suite du désistement de M. le docteur Chevy, ont déclaré se présenter : MM. Fauconnier et Villejean, pour la Faculté de Paris; MM. Morelle et Thibaud, pour la Faculté de Lille; M. Lambling, pour les Facultés de Lille et de Nancy; MM. Florence, Guérin et Hugouneng pour la Faculté de Lyon; MM. Borel, Didelot, Lauret, Leroy et Malosse, pour les Facultés de Lyon et de Montpellier.

Les candidats ont ensuite tiré au sort l'ordre dans lequel ils seront appelés à lire la composition écrite. Cet ordre a été fixé ainsi qu'il suit : 1° M. Lauret; 2° M. Villejean; 3° M. Leroy; 4° M. Morelle; 5° M. Hugouneng; 6° M. Fauconnier; 7° M. Lambling; 8° M. Borel; 9° M. Malosse; 10° M. Guérin; 11° M. Didelot; 12° M. Thibaud; 13° M. Florence.

Le sujet de la composition écrite a été : « Le cours du sang, la circulation intra-cardiaque. »

La première séance de lecture des compositions a eu lieu aujourd'hui vendredi, à cinq heures du soir.

B. *Agrégation d'anatomie, etc.* — Les candidats, réduits au nombre de 17 par suite du désistement de MM. les docteurs Colas, Genevoix, Guillemin, Martin et Mougenc de Saint-Avid, ont déclaré se présenter : MM. Gley, Guinard, Poirier, Quenu, Retterer et Variot, pour la Faculté de médecine de Paris; M. Assaki, pour les six Facultés de médecine; MM. Ferré, Nabias et Princeteau, pour la Faculté de Bordeaux; M. Barrois, pour la Faculté de Lille; MM. Jaboulay et Rodet, pour la Faculté de Lyon; MM. Gilis et Tapie, pour la Faculté de Montpellier; MM. Nicolas et René, pour la Faculté de Nancy.

Les candidats ont ensuite tiré au sort l'ordre dans lequel ils seront appelés à subir la première épreuve. Cet ordre a été fixé ainsi qu'il suit : 1. M. Assaki, 2. M. Nicolas, 3. M. Variot, 4. M. Nabias, 5. M. Guinard, 6. M. Poirier, 7. M. Jaboulay, 8. M. Rodet, 9. M. Princeteau, 10. M. Barrois, 11. M. René, 12. M. Gilis, 13. M. Retterer, 14. M. Ferré, 15. M. Tapie, 16. M. Gley, et 17 M. Quenu.

Le sujet de la composition écrite (première épreuve) a été : « Parallèle du testicule et de l'ovaire, anatomie et physiologie. » La première séance de lecture des compositions a eu lieu ce matin à dix heures.

— L'Académie des sciences a, dans la séance de lundi dernier, 31 mai 1886, procédé, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant pour la section de physique, en remplacement de M. Lallemand, décédé.

Au premier tour de scrutin, M. Crova, professeur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé par 41 suffrages sur 46 votants.

— MM. les médecins des IXe et XXe arrondissements de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance, savoir : pour le IXe arrondissement, le vendredi 18 juin 1886 ; et pour le XXe arrondissement, le mercredi 23 juin 1886. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêtés ministériels en date du 31 mai 1886, les chaires d'anatomie et de clinique obstétricale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon sont déclarées vacantes.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juin 1886, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Denis-Dumont, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Caen et chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville, décédé à Sartainville (Manche).

— M. le docteur Godinat est nommé médecin du lycée de Châteauroux.

— La Société de médecine légale a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires.

Les candidats sont invités à adresser leur demande et l'exposé de leurs titres au secrétariat général, 7, rue Monsigny, à Paris.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 6 juin 1886, à l'Isle-Adam. Le départ aura lieu par la gare du Nord, à sept heures vingt-cinq minutes.

— *Muséum.* — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, commencera, samedi prochain, 5 juin 1886, à quatre heures un quart de l'après-midi, dans la galerie de géologie, ses leçons publiques sur la géologie des environs de Paris, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

— M. Stanislas Meunier fera sa prochaine excursion géologique publique le dimanche 6 juin 1886, à Thorigny et à Carnetin. Le rendez-vous est à la gare de l'Est, où l'on prendra le train pour Lagny, à dix heures un quart. On sera rentré à Paris à cinq heures trente-cinq minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par la Compagnie des chemins de fer de l'Est, il est indispensable de se faire inscrire au laboratoire de géologie et d'y verser le montant de la demi-place avant le samedi soir à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19631

1

MM. LES DOCTEURS

Sur la simple expression de leur désir, l'administration des eaux de Pougues, 15, Chaussée d'Antin, Paris, leur adresse, à titre gracieux et franco, dans tous pays, une caisse d'eau de la source Saint-Léger.

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

97

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharm[tes].

33

QUASSINE ADRIAN

Dragées de quassine **amorphe** à 25 milligr.
Granules de quassine **cristallisée** à 2 milligr.

SULFURINE DU DR LANGLEBERT

Bain sulfureux sans odeur.
N'ALTÉRANT PAS LES MÉTAUX.

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

De V[r] DESCHIENS.

Principe ferrugineux naturel ne causant ni constipation ni maux d'estomac.

Dragées. — Sirop. — Vin.

CAPSULES BRUEL

Éther amylvalérianique.

Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines.

Spécifique des maladies nerveuses.

POUDRES ALIMENTAIRES ADRIAN

Les poudres de viande Adrian ne renferment jamais de viande de cheval.

CAPSULES D'HYPNONE ADRIAN

à 5 centigrammes de médicament.

L'HYPNONE a les propriétés HYPNOTIQUES supérieures à celles du chloral et de la paraldéhyde.
Dose : 0,15 à 0,20 par jour.

Gros : Société française, 11, r. de la Perle, Paris.
Échantillons franco aux médecins.

9

PASTILLES MARIANI A LA COCA
ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*
Dose : 6 à 8 pastilles par jour.
MARIANI, ph[ien], 41, B[rd] Haussmann et t[tes] ph[ies].

31

QUINOIDINE-DURIEZ
10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.
Très efficace contre les récidives des fièvres intermitten[tes]. Paris, 20, pl. des Vosges.

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU DR CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du D[r] Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »
(*Gaz. des Hôpitaux et Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du D[r] Clin,** les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni-« que; pris avant le repas, il facilite la diges-« tion. Il est très utile pour empêcher le re-« tour des fièvres intermittentes sujettes à ré-« cidive. BOUCHARDAT. »
Paris, ph[ie] G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDE,
Lauréat de l'Acad. de méd. (Prix Orfila).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies et besoins circulatoires.**

DOSAGE. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.
MODE D'EMPLOI. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*
DÉPÔT. — Ph[ie] A. HOUDE, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

39

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ
AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiques cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ
AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.
J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME
DU D[r] CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.
DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*
Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.
INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*
Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profes[r] BOUCHARDAT.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ
DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.
Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*
Dépôt : Ph[ie] LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph[ies].

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre **REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.**

60

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du D[r] Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les Véritables Pilules Moussette par l'entremise des Pharmaciens.

103

COTON IODÉ
PRÉPARÉ PAR J. THOMAS
pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.
48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.
Ph[ie] GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et ph[ies].

136

VIN DURAND TONI DIGESTIF

Le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs et d'un goût exquis.

Dyspepsie, anémie, constipation, convalescences.

Le **VIN DURAND** est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif ni purgatif, détruise la constipation ; c'est la preuve indiscutable qu'il rétablit les fonctions digestives.
Expérimenté dans les hôpitaux de Paris et par les principales sommités médicales.
8, avenue Victoria, Paris.

99

BOLDO-VERNE.
Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit d[s] les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 g[ttes] par jour ou 4 cuillerées à café Elixir de Boldo-Verne.
— VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

72

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.
Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine.
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*
Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*
Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.
Une instruction accompagne chaque flacon.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Traitement des fractures du corps du fémur.

(Leçon recueillie par M. GUILLET, interne du service.)

Avant d'aborder l'objet principal de cette leçon, je désire vous montrer une pièce pathologique que j'ai recueillie sur le malheureux Russe qui a succombé à la rage dans mon service : c'est la première phalange de l'annulaire droit. Cet os, traversé de part en part et broyé par la dent du loup, ne présente pas trace de consolidation trois semaines après l'accident.

C'est sans doute à la profondeur des blessures qu'il faut attribuer l'invasion rapide de la maladie.

Passons maintenant à l'étude d'une question de pratique très importante à propos d'une lésion que vous rencontrerez fréquemment dans votre clientèle.

Vous avez pu voir, au n° 1 de la salle Saint-Côme, un vieillard de soixante-douze ans, entré dans mon service le 27 mars dernier pour une fracture de cuisse; nous lui avons mis un appareil le 29 mars, deux jours après son entrée. Or, aujourd'hui 3 mai, après trente-quatre jours, cet homme a pu soulever devant vous son talon du lit à la hauteur de 15 centimètres; c'est vous dire que sa fracture est consolidée. Ce fait doit vous paraître bien anomal; il est dû à ce que j'ai employé un appareil dont j'use depuis quelques années et qui, jusqu'à présent, m'a donné toujours des résultats analogues à celui-ci. Je profite de cette occasion pour vous dire quel est, à mon avis, le meilleur mode de traitement des fractures du corps du fémur.

Les fractures du corps du fémur sont de celles qui donnaient autrefois et qui donnent encore aujourd'hui, pour un grand nombre de praticiens, le plus de peine à guérir; cela tient à la disposition des muscles qui entourent l'os fracturé. Vous savez, en effet, que ces muscles prennent leurs insertions fixes sur le bassin d'une part, sur la jambe ou la partie inférieure de la cuisse d'autre part; il en résulte que, lorsqu'ils se contractent, ils déterminent un glissement des fragments l'un sur l'autre, un véritable chevauchement. Il existe de plus, à la face interne du fémur, une masse musculaire énorme formée par les adducteurs, dont la contraction a pour effet d'imprimer aux fragments un déplacement angulaire, qui les porte en dehors. C'est pourquoi on observe, après la consolidation, un raccourcissement variant de 5 à 12, et même 15 centimètres, raccourcissement qu'accompagne une déformation de la cuisse en forme de crosse à convexité externe.

Ces fractures du corps du fémur sont donc difficiles à guérir; aussi les chirurgiens cherchèrent-ils de tout temps les moyens d'éviter ces déformations consécutives. L'idée était venue à l'esprit de tous ceux qui s'étaient trouvés en présence de ces fractures, d'exercer sur les extrémités des deux fragments une traction en sens inverse pour s'opposer au chevauchement; l'extension continue, appliquée aux fractures de cuisse, est donc très ancienne. Je me rappelle avoir vu employer au début de mes études plusieurs de ces appareils, celui de Desault, celui de Boyer par exemple.

Avait-on avec ces appareils obtenu le résultat cherché?

Pour répondre à cette question, reportez-vous, je vous prie, au premier volume des *Cliniques* de M. Gosselin et ouvrez le chapitre qui concerne le traitement des fractures du corps du fémur. Voici ce que dit, sous forme de conclusion, cet éminent clinicien : « Telles sont les raisons qui ont empêché et empêcheront longtemps encore l'appareil à extension continue de se généraliser dans la pratique. »

Quels sont donc les reproches que le savant professeur fait à ces appareils?

Ils déterminent, dit-il, une douleur excessivement intense, de telle sorte que le malade ne peut les supporter et que le chirurgien est obligé de suspendre de temps à autre l'extension pour donner quelque répit au patient; il s'ensuit que le résultat obtenu est identique à celui que donnent les appareils à extension simple. Voilà donc une première objection qui est capitale : *les appareils à extension continue déterminent une douleur insupportable.*

A cette première objection, M. Gosselin ajoute la suivante : Pour faire l'extension continue, il faut une contre-extension; or celle-ci est obtenue en prenant un point d'appui soit sur l'aine, soit sur le bassin, soit sur l'aisselle, ce point d'appui est nécessaire pour empêcher le fragment supérieur d'obéir à la traction exercée sur le fragment inférieur. Aussi cette pression doit-elle être forte; il en résulte des eschares qui obligent à abandonner le traitement commencé.

Donc, deuxième objection, *les appareils à extension continue déterminent des eschares.*

Telles sont les raisons qui ont fait formuler à M. Gosselin ce jugement sévère. Tout au plus, dit-il, pourrez-vous appliquer certains appareils, celui de M. Hennequin, par exemple, lorsque vous aurez affaire à des sujets jeunes, vigoureux et pleins de bonne volonté ; mais, lorsqu'il s'agira d'enfants, de femmes ou de vieillards, vous devrez y renoncer.

Je crois avoir apporté de grandes modifications à cette manière de faire. Depuis cinq ou six ans j'emploie un appareil à extension continue qui n'offre aucun de ces inconvénients, et qui échappe aux objections de M. Gosselin. Sa supériorité tient à la façon spéciale dont je fais l'extension et la contre-extension.

1° *Extension.* — Si l'extension est faite en exerçant une traction sur un point très limité ; si, par exemple, vous mettez autour du membre un simple bracelet sur lequel vous attachez des lacs extenseurs, vous déterminerez une douleur très vive ; mais si, au contraire, la traction s'exerce sur une large surface, si vous appliquez la force sur tous les points du membre situés au-dessous de la fracture, j'affirme qu'alors vous n'occasionnerez aucune douleur, et même que votre malade sera très soulagé.

Il est donc possible de faire une extension complète, sans déterminer de la douleur, à condition de prendre un grand nombre de points d'appui disséminés sur le membre au-dessous de la fracture.

2° *Contre-extension.* — Il n'est pas nécessaire pour faire la contre-extension d'employer des lacs. Que se propose-t-on en effet ?

On veut que le fragment supérieur ne cède pas à l'entraînement du fragment inférieur. Or pour réduire le fragment inférieur, il n'est pas nécessaire d'exercer une forte traction : 3 à 4 kilogrammes suffisent; il en résulte que la puissance destinée à contre-balancer cette force, peut être minime. Ce raisonnement m'a suggéré l'idée de remplacer les lacs à contre-extension par l'attitude du sujet, par le poids seul du corps. Il suffit de soulever le lit de façon à obtenir une inclinaison telle que la tête du malade soit à quelques centimètres au-dessous du plan des pieds. Le fragment supérieur résiste dans ces conditions à l'extension qui est complète et qui ne détermine aucune douleur. Quant à la petite gêne résultant de l'attitude du corps, elle disparaît vite.

Vous voyez que je réponds ainsi aux deux objections de M. Gosselin.

L'appareil que j'emploie est-il facile à placer? Oui, il n'en est pas de plus simple ; et c'est là un grand argument en sa faveur. L'appareil de M. Hennequin est très ingénieux, donne de bons résultats, mais il est compliqué ; tous les praticiens ne peuvent l'avoir à leur disposition, et il faut une grande habitude pour l'appliquer. L'appareil dont je me sers est au contraire d'une simplicité enfantine, puisque avec quelques bandes de diachylon on a le moyen de faire le meilleur de tous les appareils de fracture du corps du fémur.

Quels sont donc les résultats que donne cet appareil ? Ils sont si favorables que j'en suis surpris moi-même. Non seulement il est supporté très facilement par le malade et n'amène la production d'aucune eschare, mais il guérit la fracture moitié plus vite que les autres appareils. Consultez encore à ce sujet les *Cliniques* de M. Gosselin et vous y verrez qu'il permet à ses malades de se lever le quatre-vingtième jour et plus souvent le quatre-vingt-dixième jour seulement, et que même à ce moment la fracture n'est pas toujours consolidée, que les fragments se disjoignent parfois, ce qui prolonge de trois mois le séjour au lit. C'est dans ces idées que j'ai été élevé.

Eh bien ! les malades que je traite avec mon appareil à extension continue obtiennent en général la consolidation de leur fracture au bout de vingt-deux à vingt-cinq jours ; ils partent à Vincennes au bout de quarante à quarante-cinq jours. Voyez plutôt ce vieillard qui se trouve dans nos salles ; il a soixante-douze ans, et malgré son âge sa fracture est solide après trente-quatre jours d'immobilité.

Comment cela se fait-il ? Il y a là une question que je ne saurais résoudre. Il n'est point douteux que l'action incessante des 3 kilogrammes sur le fragment inférieur, en maintenant les deux extrémités des fragments au même point, favorise la consolidation, car lorsqu'on applique un appareil de Scultet, quand bien même on obtient une réduction parfaite de la fracture sous l'influence du chloroforme, comme le faisait M. Gosselin, on ne tarde pas à voir dans les jours qui suivent se produire un raccourcissement qui va en augmentant durant les deux ou trois premières semaines. Or il est évident qu'un pareil glissement des fragments est une condition très défavorable à la consolidation. La traction exercée sur le fragment inférieur aide donc la formation du cal ; et cependant les fractures obliques de la jambe, qu'on immobilise tout de suite dans un appareil plâtré, et qui ne subissent dans les jours qui suivent aucun déplacement, ne se consolident pas aussi rapidement. Il faut donc donner de ce fait une autre explication. Nous avons pensé, M. Reclus et moi, que l'absence d'enveloppement du membre pouvait expliquer ce résultat, et que l'action continue de l'air sur le tégument pouvait accélérer la formation du cal en favorisant la nutrition des os. Les résultats qu'on obtient sont donc très beaux.

Comment doit-on appliquer cet appareil ?

Il faut se procurer un lit en fer ; les lits en bois avec dossier ne sont pas très commodes. Le lit doit être assez résistant; il ne faut pas que le sommier oscille. Il n'est donc pas nécessaire d'employer le lit mécanique que recommande M. Gosselin. Puis vous taillez des bandelettes de diachylon ayant deux travers de doigt de largeur et un peu plus de deux fois la longueur de la jambe. Vous les appliquez de la façon suivante : une première bandelette verticale est collée le long du membre inférieur, à partir de la fracture jusqu'au niveau de la plante du pied qu'elle dépasse un peu pour former étrier, et remonte sur la face opposée du membre jusqu'au niveau du point de départ. Cette première bande verticale est fixée par trois bandes circulaires placées l'une au-dessus du genou, une autre un peu au-dessous et une troisième au niveau du cou-de-pied ; ces bandes circulaires ne font qu'une fois le tour du membre, le reste de leur longueur n'étant utilisé qu'au moment où une deuxième, une troisième, une quatrième et même une cinquième bande verticale sont placées successivement les unes à côté des autres comme la première. En un mot chaque bande verticale est fixée par un tour de bande circulaire, de façon qu'il y ait intrication de ces bandes, ce qui empêche tout glissement.

L'agent principal de l'appareil est donc constitué par les bandelettes de diachylon. Quand elles ont été appliquées, il suffit de placer une corde sur l'étrier qu'elles forment au-dessous de la plante du pied, et de fixer au bout de cette corde un poids de 3 kilogrammes.

Il n'est point besoin de se préoccuper de la réduction, celle-ci se fait d'elle-même; il suffit de redresser le pied pour placer les bandelettes de diachylon, et de soulever le lit pour obtenir un plan incliné. Un morceau de bois est attaché au pied du lit pour faire office de poulie de réflexion sur laquelle passe la corde munie des poids; ce morceau de bois doit être fixé à quelques centimètres au-dessus du plan du lit, de façon à soulever le talon et à éviter la douleur qu'éprouvent les malades lorsque celui-ci appuie directement. Si ce résultat ne pouvait être obtenu, un tampon de ouate placé sous le tendon d'Achille remplirait l'indication. Cela fait, le chirurgien se place au pied du lit, tend la corde et dirige le membre dans sa position normale, puis il abandonne tout après s'être assuré pendant quelques minutes que l'appareil fonctionne bien.

L'application de cet appareil est donc des plus simples; j'ajouterai qu'il ne demande aucune surveillance. Vous vous rappelez que M. Gosselin conseille dans ses *Cliniques* de renouveler l'appareil de Scultet tous les trois ou quatre jours d'abord, puis de le surveiller continuellement. Avec notre appareil, nous n'avons pas de préoccupation à avoir, nous sommes certain d'obtenir une consolidation avec le minimum de raccourcissement. Notre malade a un raccourcissement de 2 centimètres 1/2; c'est un résultat magnifique et qui certainement eût été rangé autrefois par M. Gosselin dans les cas absolument favorables.

J'ai donc la conviction d'avoir apporté une modification importante au traitement des fractures du corps du fémur, en proposant un appareil que chaque praticien peut avoir à sa disposition et qui donne des résultats aussi bons que possible.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des facteurs de gravité de la syphilis (1).

III

Parmi les causes dépressives de tout ordre exerçant leur influence nocive sur la vérole, je citerai comme facteur de gravité par excellence, après ceux que nous avons passés en revue dans nos deux précédentes leçons, le surmenage des gens du monde. Déjà le surmenage par le travail prédispose à la gravité de la syphilis. Mais bien plus pernicieux encore est celui des inactifs, des oisifs, des inutiles, qui, sans travailler en quoi que ce soit, se surmènent, sont accablés, harassés par les fatigues, la turbulence de la vie mondaine, Les inutiles, en effet, font du jour la nuit et de la nuit le jour, ne dorment pas ou dorment mal, passent leurs nuits dans l'atmosphère énervante des cercles, autour d'une table de baccarat, mangent mal et aux heures les plus différentes, soupent, se livrent aux excès vénériens et mènent la vie à grandes guides.

Aussi les voyez-vous pâles, anémiques, au visage terne, plombé, amaigris ou gras avant l'âge par suite du manque d'exercices musculaires, le crâne prématurément ravagé, de sorte que le jour où la vérole se met de la partie, elle rencontre le terrain le mieux préparé pour y épanouir ses formes les plus graves. C'est ainsi qu'elle s'y traduit par des syphilides malignes précoces et par la syphilis du système nerveux. Je vous citerai comme exemple certain individu du grand monde qui contracte la vérole au mois d'octobre dernier. Jusqu'au commencement de cette année, il n'y prend pas garde. Mais bientôt il souffre de la gorge et le mal augmente au point qu'il n'avale plus que très difficilement, il maigrit alors, pâlit et commence à s'inquiéter. Autour de lui on prend peur et l'on redoute de voir éclater quelque tuberculose pulmonaire.

On me consulte et je découvre une gomme énorme, ulcérée, occupant tout le pharynx, et suppurant si abondamment, que le malade était arrivé à s'intoxiquer lui-même par le pus qui s'en écoulait. C'est ainsi que l'amaigrissement avait été de 55 livres en deux mois, que le malade était tombé dans l'adynamie, qu'il était en proie à une fièvre continue avec des températures de 39 degrés, 40°,2 et même 40°,3.

Grâce au traitement que j'appliquai immédiatement, je parvins à faire justice de tous ces accidents.

Mais pourquoi chez cet homme jeune, grand, fort, vivant au milieu du plus grand confortable, la syphilis avait-elle, dès le quatrième mois, pris un aspect aussi grave? Pourquoi? Parce que cet homme se surmenait dans les plaisirs mondains, qu'il était épuisé par son genre de vie, ne se couchant jamais avant cinq, six ou sept heures du matin, dormant une partie du jour tout en menant de front le plaisir et les affaires.

La syphilis conduit aussi les gens du monde à des accidents graves du côté de la moelle et du cerveau; témoin l'exemple suivant: Un de mes anciens clients que j'avais soigné il y a douze ans pour un chancre de la verge, devint hémiplégique en 1883 par syphilis cérébrale et depuis quelques mois son intelligence a tellement diminué qu'il ne peut plus sortir sans être accompagné et que sous peu il sera un véritable dément. Cet homme était le type du viveur parisien, et les avertissements, les conseils que je lui avais donnés il y a douze ans, je les lui avais prodigués en vain, il n'avait pas voulu en tenir compte.

Je vous citerai aussi le cas d'un homme devenu ataxique à trente-cinq ans, des suites d'une syphilis contractée à vingt ans; garçon très vigoureux, né de parents absolument sains, mais qui avait mené la vie des désœuvrés du grand monde.

Vous parlerai-je comme surmenage nerveux du joueur par habitude, qui contracte la syphilis et présente par suite des accidents fort graves du côté de son système nerveux? Il y a deux catégories de joueurs: 1° les joueurs de jour à la Bourse, et 2° ceux de nuit dans les cercles et les tripots. Tous deux ont de commun une vie d'énervement, de transes et d'émotions continues. Aussi dans ces conditions sont-ils un terrain des plus favorables aux névroses de tout genre, de sorte que si la syphilis s'en mêle, elle se dirige surtout vers le système nerveux.

Ceci dit sur la question du surmenage, je passe à cet autre facteur de gravité: les prédispositions acquises ou héréditaires. En pathologie comme en toutes choses, rien n'est livré au hasard mais tout obéit à des lois. Si donc la syphilis frappe tel de nos viscères de préférence à tel autre, c'est qu'elle a des raisons pour cela, et comme la gravité des accidents est subordonnée le plus souvent à l'organe atteint, il s'ensuit que la syphilis est plus ou moins grave suivant les conditions qui la dirigent vers tel ou tel organe. Je n'en citerai pour exemple que le fait des manifestations de la vérole sur la peau comparées à celles sur le cerveau.

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 510.

Ces conditions, il faut bien le dire, nous échappent encore aujourd'hui, du moins pour la grande majorité des cas et cela parce que l'attention s'est rarement portée sur elles jusqu'à présent. Ce n'est pas une simple hypothèse mais un fait prouvé parce que nous voyons journellement que la syphilis se porte sur tel ou tel viscère suivant les prédominances organiques, les prédispositions acquises, suivant sa tare, suivant son surmenage. C'est ainsi par exemple qu'elle se dirigera vers le système nerveux en raison des prédispositions héréditaires ou acquises, telles par exemple que la surexcitation du cerveau par l'alcool, par le travail, par le surmenage mondain. (La syphilis cérébrale est commune.)

De même il y a aussi les prédispositions héréditaires. Il est certain — et c'est un véritable dogme — que l'hérédité nerveuse est une condition de gravité de la syphilis. M. Charcot insiste avec raison sur l'hérédité des affections nerveuses, sur leurs causes ancestrales, ataviques. C'est ainsi que le tabès, qui dérive 9 fois sur 10 de la vérole, survient surtout chez les prédisposés par hérédité nerveuse.

Et ce qui est démontré pour le cerveau et pour la moelle doit être également vrai pour les autres organes, bien que le sujet ne soit pas encore étudié.

Enfin j'en arrive au dernier facteur de gravité de la syphilis, c'est-à-dire à l'absence ou à l'insuffisance du traitement. Ici il n'y a pas de contestation possible. Que devient, par exemple, une gomme du voile du palais non traitée? Elle entraîne la perforation, la destruction, l'anéantissement complet de cet organe. Soumise, au contraire, au traitement spécifique, elle guérira. Que de gens ne voyons-nous pas ici, le nez à demi-rongé par la syphilis? Pourquoi? Par absence de tout traitement.

C'est par milliers que nous comptons les malades sauvés par le traitement spécifique appliqué opportunément, qui seraient morts s'ils avaient été abandonnés à eux-mêmes.

Ce qui fait bien souvent que l'on meurt de la syphilis, c'est parce qu'on ne s'est pas soigné à temps.

Ce qu'il y a de grave surtout dans la vérole, c'est la période tertiaire et non le chancre ni les accidents secondaires qui sont plutôt désagréables en somme que réellement dangereux. Le véritable danger réside dans les phénomènes morbides de la période tertiaire, et les malades qui y sont sujets sont ceux qui n'ont pas été traités ou qui l'ont été d'une façon absolument insuffisante, ce qui revient à peu près au même.

On est venu dire que les accidents graves de la vérole pouvaient tomber sur n'importe qui et malgré n'importe quel traitement. Cela est parfaitement vrai, et je me garderai de vouloir le nier. Mais les faits sont plus que rares; ils sont exceptionnels. Tandis que, tout au contraire, l'énorme majorité des cas graves est relative à des individus non traités ou qui n'ont subi, au début, qu'un traitement écourté. Cette proposition est surtout exacte pour les malades qui entrent dans les hôpitaux après avoir été traités — lorsqu'ils l'ont été — par des pilules mercurielles, pendant une période oscillant entre quinze jours et trois mois, rarement plus, après quoi ils se sont crus guéris et n'ont plus fait aucun traitement. Or, ce n'est pas en quelques semaines, en plusieurs mois, voire même en une demi-année, que l'on peut guérir de la vérole ou la rendre inoffensive mais bien par un traitement méthodique *prolongé*. Eh bien! même en ville, c'est à peine si l'on rencontre *trois* malades sur cent qui consentent à s'y soumettre, tandis que dans la population qui vient à l'hôpital, la proportion est de 0 sur 100.

Ajoutons à cela qu'il y a des syphilis qui restent tout à fait ignorées de l'individu infecté et qui, par suite, prennent un caractère de haute gravité faute du traitement spécifique préventif au début de la diathèse.

En résumé donc, l'absence ou l'insuffisance du traitement est un des facteurs les plus sérieux de la gravité de la vérole.

Encore un mot et j'en ai fini avec ce sujet. Après vous avoir montré l'action de chacun de ces facteurs, est-il nécessaire d'ajouter que ce que chacun d'eux séparément peut faire, plusieurs d'entre eux réunis le réaliseront mieux encore. Non, cela est de toute évidence, et je passe.

J'ajoute qu'à côté des sept facteurs dont je vous ai entretenus, il en est certainement d'autres que nous ne connaissons pas encore et que nous découvrirons un jour, car ceux que nous vous avons indiqués n'expliquent pas tout, et nous nous trouvons encore parfois en présence de faits qui restent énigmatiques. C'est ainsi que nous ne connaissons pas les raisons pour lesquelles on observe quelquefois des syphilis très graves chez des sujets qui ne présentent aucun des sept facteurs énumérés plus haut. D'autre part, nous ne savons pas non plus pourquoi à côté de ces syphilis graves que j'appellerai *imméritées*, on rencontre des syphilis bénignes *imméritées* aussi, les sujets qui en sont atteints présentant toutes les conditions les plus favorables à la gravité de la vérole.

Ce que cela signifie, en somme, c'est qu'il est certaines raisons de gravité et de bénignité, en dehors de celles que nous connaissons, qui nous échappent absolument et exigent des observations cliniques ultérieures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 juin 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Ablation des centres moteurs. — M. **DUPUY** présente le chien dont il a parlé dans la dernière séance et auquel il a enlevé les centres moteurs. Ce chien ne présente rien de particulier.

A l'occasion de cette présentation, il fait connaître les résultats de diverses expériences; il a constaté, par exemple, que les excitations électriques de la substance corticale se diffusaient dans toute la masse cérébrale.

Chez un chien auquel il a enlevé le cervelet, il a noté de la faiblesse des quatre membres, puis des cris affreux, de la cécité, de la raideur, etc.

PRÉSENTATIONS

M. **QUINQUAUD** présente une note de Œschner de Conninck sur la classification des alcaloïdes.

M. **FRANCK** présente un travail sur le pouls puerpéral.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXIII

Dassier et Serres (de Toulouse). — L'un, médecin distingué, et professeur à l'École de médecine de Toulouse, l'autre, capitaine

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 489.

d'artillerie, tous deux adonnés à l'aimable science de Flore. Dès 1836, ils eurent avec moi des relations soit épistolaires, soit pour des échanges réciproques d'opuscules ou de plantes; je dois à leur généreuse amitié un bon livre avec figures coloriées sur les champignons comestibles et nuisibles de la Haute-Garonne : je ne les ai point connus personnellement ; ils sont morts la même année, 1858.

De Miribel (de Grenoble). — Botaniste. Dès 1833, M. de Miribel, maire de Grenoble, établit avec moi des relations épistolaires qui se maintinrent jusqu'à sa mort, 1858. Villars, auteur de la *Flore du Dauphiné*, avait légué son herbier à la ville de Grenoble : comptant sur la confiance et la haute estime que M. de Miribel m'avait toujours témoignées, je le priai de me communiquer pendant quelques jours la collection de lichens de l'herbier de Villars ; je tenais à confronter avec les échantillons de ma propre collection, les espèces décrites ou mentionnées par Villars afin d'établir la synonymie et aussi pour venger la mémoire de notre compatriote Villars de l'oubli où le laissent les lichénologistes étrangers.

Marquis de Spinola (de Gênes). — Entomologiste éminent, appartenant à l'une des familles les plus considérables de Gênes : ce savant avait été comme moi l'ami et le correspondant de Latreille : ce fut sous les auspices de cette ancienne liaison commune que s'établirent nos échanges d'insectes depuis 1841 jusqu'à sa mort. Il m'avait invité à venir le visiter à Gênes, il mettait son palais à ma disposition ; j'ai regretté de n'avoir pu accepter l'offre de sa généreuse hospitalité. Je conserve le magnifique exemplaire des *Clérites*, dont il a gratifié ma bibliothèque.

Boyer de Fonscolombe. — Entomologiste distingué d'Aix en Provence. Nous entrâmes en correspondance en mars 1842 : il s'occupait spécialement d'hyménoptères. En 1853, peu de temps avant sa mort, il me fit un envoi précieux de ces insectes.

Westwood. — Très savant entomologiste anglais avec lequel je passai une soirée à Paris en 1842, chez Guérin-Méneville : il avait alors quarante ans, taille moyenne, corps sec, physionomie et allure peu anglaises.

Bubani, de Bagnacavallo (Romagne). — Médecin botaniste, exilé de sa patrie pour opinion politique, vers 1842 : trente ans, petite taille, vigoureuse constitution, grande vivacité, spirituel, costume excentrique avec berret à houppes, veste et culotte de velours, etc. Il arrivait à pied de Montpellier et allait parcourir pédestrement toute la chaîne des Pyrénées, tant françaises qu'espagnoles; il revint une autre fois pour consulter mon herbier. En 1863, il m'écrivait de Bologne qu'il avait fait sa vingtième et dernière excursion aux Pyrénées, et qu'il espérait, après trente ans de travail persévérant, publier en 1866, sa *Flore des Pyrénées*.

Constant Prévost. — Professeur de géologie à la Faculté des sciences de Paris, de l'Institut. En 1809, il avait accompagné M. Brongniart, qui avait fait une visite à mon père en allant explorer les argiles plastiques du pays : il vint me voir en juin 1845 ; je lui fis examiner les pierres coquillières qu'on trouve au bas de la côte de Saint-Sever ; il avait visité à Auch la collection remarquable en fossiles de M. Lartet, en particulier des ossements de singes : il se transporta sur le terrain de ces richesses paléontologiques; il était chargé par l'administration du Muséum de Paris d'acheter la collection et le terrain, il en fixa le prix à 30000 francs.

Richard Spruce.—Jeune botaniste anglais. Vint passer plusieurs jours sous notre toit en 1844 : vingt-sept ans, grand, élancé, joli homme, de bonnes manières, grave au premier aspect, aimable dans l'intimité, parlant à peine le français, mais témoignant une grande intelligence pour l'apprendre, s'adonnant spécialement à l'étude des mousses. Pendant son séjour au milieu de nous, il visita soigneusement les mousses de mon herbier et en châtia la nomenclature. Nous herborisâmes ensemble aux environs et dans les pignadas au delà de l'Adour. Il s'était si bien accoutumé à notre foyer, qu'il paraissait être un enfant de la famille. Mes filles lui faisaient lire des livres français, et son aptitude était telle qu'il fit des progrès étonnants dans notre langue. Il nous quitta pour aller explorer pendant plusieurs mois la bryologie pyrénéenne.

En mars 1846, il demeura cinq jours avec nous ; il me fit généreusement participer à ses découvertes : il parlait déjà couramment notre langue.

En 1849, Richard Spruce, rentré en Angleterre, fit imprimer un opuscule sur les mousses et les hépatiques des Pyrénées dont il s'empressa de m'envoyer un exemplaire. Dans ce travail, qui décèle une grande portée de science, Spruce cite une mousse de Saint-Sever *Trichostomum subulatum*, qui jusqu'alors n'avait été signalée qu'en Italie et en Afrique. Le gouvernement anglais, appréciant le savoir et l'avenir de ce jeune savant, lui donna la mission d'aller explorer, comme botaniste, l'Amérique méridionale; je reçus plusieurs intéressantes lettres du Brésil, de Rio-Negro. En 1856, les journaux m'apprirent que Spruce herborisait dans les Cordillères du Pérou ; en 1863, j'ignore sa destinée.

Graells (de Madrid). — Directeur du musée des sciences naturelles de Madrid, naturaliste fort instruit, avec lequel j'avais de fréquentes relations sur la botanique et l'entomologie, vint séjourner une semaine à Saint-Sever en août 1845. Trente-six ans, taille ordinaire, constitution sèche, teint pâle et hâve, barbe noire, quelques traces de petite vérole, visage ovale, physionomie triste, caractère timide, baragouinant péniblement le français; il visita mes collections, fit avec moi quelques excursions entomologiques. Il avait eu le projet d'aller à Paris; mais la nostalgie le saisit, il reprit le chemin de Madrid. Lors de mon voyage scientifique en Espagne (1854), je reçus de Graells une amicale hospitalité dans sa maison.

Vicomte de Forestier (de Paris). — Botaniste zélé résidant à Pau ; vint me visiter en mai 1849 pendant deux jours. Quarante-cinq ans, taille moyenne, barbe blonde, ancien militaire. Nous fîmes ensemble plusieurs courses; une pour cueillir abondamment *Euphrasia latifolia*. Il mourut prématurément, d'un cancer à la bouche.

Ballot (d'Orléans). — Médecin entomologiste. En mars 1849, pendant un séjour qu'il fit aux Eaux-Bonnes, il vint me voir. Excellent homme, fort instruit en entomologie.

Schlumberger (de Mulhouse). — Riche fabricant alsacien, résidant pour sa santé à Pau et aux Eaux-Bonnes. Entomologiste fort zélé, il avait dressé son domestique à la chasse des insectes. Il a enrichi ma collection de nombreux duplicata.

Féraud (de Carpentras). — Percepteur à Peyrehorade, botaniste instruit, me visita en juin 1849. Nous nous revîmes au Congrès de la Société botanique de France à Grenoble.

Ewald (de Berlin). — Savant géologue, me fit visite en juillet 1850. Trente-cinq ans, haute taille, difformité de l'arcade alvéolaire supérieure, instruit, bonnes manières, parlant bien le français. Nous fîmes une course aux marnières à *cérites* de Meignos; il se rendait à Madrid.

Gaubil. — Ancien capitaine, entomologiste, auteur d'un catalogue qu'il m'envoya en 1850.

Cosson. — Botaniste des plus distingués, a surtout exploré le sud de l'Algérie. Nous avons fait de nombreux échanges; je l'ai connu personnellement à Paris et aux congrès botaniques. Bel homme, robuste, parole facile, grande instruction.

John Curtis (de Londres). — Célèbre entomologiste, auteur d'ouvrages nombreux et fort estimés sur les insectes, notamment du *British entomology;* me fit l'honneur d'une visite en 1853. Il avait cinquante-deux ans, taille moyenne, sans embonpoint, teint brun, traits plutôt méridionaux que britanniques, chevelure grisonnante, myope, aimable, parlant difficilement le français. Il vint de Pau où il passait l'hiver avec sa fille ; il visita ma collection en connaisseur émérite des espèces; je lui fis trouver sous l'écorce des pins des coléoptères qui lui étaient inconnus. Nous correspondîmes pendant quelques années; mais il fut frappé de cécité. Les *Annales de la Société entomologique* m'annoncèrent sa mort en 1863.

Aubé (de Paris). — Entomologiste apprécié, vint, en mai 1853, parcourir mes boîtes de coléoptères. Cinquante ans, haute stature, aimable et gai. Le 26 mai, nous partîmes pour Biscarosse

(Lande maritime) Aubé, Laboulbène, Perris et moi. (Voir ma relation imprimée précitée.)

Nylander, de Tornas (Laponie). — Botaniste ardent, vint me voir en juin 1853. Trente ans, grand, droit, bien planté, physionomie française; spécialement lichénologiste, entomologiste instruit, ayant déjà publié plusieurs ouvrages sur ces deux branches de la science. A fait ses études à Upsal et a été reçu médecin à Stockholm, parlant bien le français et mieux encore le latin. Il s'est livré à l'étude microscopique du tissu des lichens, et il fonde sa classification sur cette microtomie. J'ai cherché avec sincérité à m'initier à la doctrine de ce jeune savant; il m'a paru être de très bonne foi et je crois qu'il est doué d'un excellent esprit d'observation; mais il vise trop à la célébrité, au titre de novateur; il est loin d'être à l'abri des illusions. Je l'embarrassai beaucoup en lui demandant comment il classait le *variolaria faginea L.*; il prétendait que c'était une forme de *pertuscia*, et, dans la même journée, je le plaçai en présence d'un tronc de chêne où se trouvaient ces deux productions lichéneuses, et sa conviction me parut bien ébranlée. Je l'ai revu à Paris et dans les congrès botaniques; nous sommes dans d'excellents rapports scientifiques, quoique j'aie eu plusieurs occasions de contrôler ses écrits.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 mai 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (gouvernement militaire de Paris) :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Fauny, Martin, Andrey, Brocchi, Neyreneuf, Laurans, Mérijot, Piéchaud, de Montfumat, Venet, Rémond, Lecoconnier, Filleau, Tison, Le Pileur, Barlemont, Chautemps, Courtaux, Piquantin, Brochin et Pillenet.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Guérin, pharmacien aide-major de première classe.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Allender, Jolly et Dautreville.

— Par décret, en date du 1er juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bonfils, Lhuillier, Béraud, Jean, Marciguey, Cotton, Latrille, Mignot, Deseuche et Charazac.

— Par décision ministérielle en date du 27 mai 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Senut, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; Paloque, pour le 136e d'infanterie; Bachelet, pour le 144e d'infanterie; Magdelaine, pour le 28e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bienvenue, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; Franck, pour le 10e cuirassiers; Vercoutre, maintenu aux hôpitaux militaires de la Tunisie; Bayard, pour le service de la place de Paris (bataillon du 25e d'infanterie); Guillemot, pour le 41e d'infanterie; Deschamps, pour le 13e dragons; Martin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Famechon, pour le 104e d'infanterie; Bercher, pour le 35e d'infanterie; Zimmermann, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; Hornus, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Dreyfus, pour le service de la place de Paris (bataillon du 19e d'infanterie); Derouet, pour le 135e d'infanterie;

MM. les médecins aides-majors de première classe Baur, pour l'école d'enfants de troupe de Rambouillet; Piot, pour le 8e cuirassiers; Jacquemin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Bordes-Pagés, pour le 15e d'infanterie;

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Privat, pour le 1er pontonniers; Trilhe, pour le 3e d'artillerie;

M. le pharmacien aide-major de première classe Barthé, pour l'hôpital militaire de Marseille.

— Par décision ministérielle, en date du 31 mai 1886, M. Blanche, médecin-major de première classe au 3e régiment de tirailleurs algériens, est désigné pour le 16e d'infanterie, par permutation avec M. Charier, médecin dudit grade.

— MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie, le mercredi 30 juin 1886, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

— La Société de biologie rappelle que le prix Ernest Godard, dont la valeur est de 500 francs, sera donné dans le courant du mois de janvier 1887, à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Les mémoires peuvent être envoyés au secrétaire général de la Société de biologie jusqu'au 30 août 1886.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bard, agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de médecine expérimentale et comparée à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le Conseil municipal de la ville de Nancy vient d'accepter la subvention de 500000 francs offerte par le gouvernement et de voter une somme de 300000 francs, pour la création d'un Institut anatomique et d'un Institut chimique.

L'Institut anatomique comporterait l'installation des services d'anatomie auprès du nouvel hôpital civil, où, probablement, on sera amené progressivement à transférer la plus grande partie de la Faculté de médecine, dont les locaux seraient consacrés à l'agrandissement des Facultés voisines, qui sont trop à l'étroit dans les bâtiments du palais de l'Académie.

L'Institut chimique aura surtout pour but de fournir des chimistes aux diverses branches de l'industrie et notamment à celles qui sont si largement représentées dans la région. En Allemagne, il y a beaucoup d'institutions analogues.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rovillain, vice-président de l'Association des médecins de la Somme, décédé à Camon, le 30 mai 1886, dans sa soixante-treizième année; et de M. le docteur Jules Magaud (de Lyon).

— Le laboratoire de zoologie marine de Cette, dirigé par M. Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, est rattaché à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles).

— *Muséum.* — M. le docteur Henri Gervais, aide-naturaliste, chef des travaux anatomiques, fera pendant les mois de juin et de juillet, dans les galeries d'anatomie comparée, des démonstrations d'ostéologie. Elles seront consacrées à l'étude du squelette des mammifères.

Ces démonstrations commenceront jeudi prochain, 10 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, et continueront les mardis et les jeudis suivants à la même heure.

— M. Bernard Renault, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, dans l'amphithéâtre de géologie, les jeudis 10 et 17 juin 1886, à une heure de l'après-midi, une leçon sur l'organisation comparée des tiges équisétiformes.

— M. Verneuil soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 16 juin 1886, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur quelques combinaisons azotées du sélénium. »

— *Erratum.* — Le sujet de la composition écrite du concours d'agrégation (section de physique, chimie, etc.) doit être ainsi rétabli : « Cœur, sang; circulation intra-cardiaque. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19464.

N° 67. — JEUDI 10 JUIN 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 10 JUIN 1886. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chose que nous ne nous rappelons pas avoir encore vue à l'Académie, aucun des orateurs ou des lecteurs inscrits n'était présent à la séance, ce qui n'a pas permis d'en tenir une. On les avait aperçus cependant dans la salle des pas perdus, voire même à la bibliothèque; mais, après des recherches minutieuses et réitérées qui sont restées vaines, M. le président Trélat a dû se résigner à proclamer de suite un comité secret.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Kyste multiloculaire de l'ovaire énorme, adhérences de l'utérus, tuberculose pulmonaire, hypertrophie cardiaque.

Nous allons faire dans quelques instants devant vous une autopsie des plus intéressantes, car elle est appelée à nous éclairer sur les réserves que nous avions cru devoir faire relativement au diagnostic. Cette autopsie est celle d'une malade dont voici l'histoire. Cette femme, âgée de soixante-dix ans, cuisinière, est entrée dans notre service il y a huit jours environ. D'après son dire, elle était malade depuis dix-huit mois seulement; cependant elle s'était trouvée assez peu souffrante pour continuer l'exercice de sa profession de cuisinière jusque quinze jours avant son arrivée à l'hôpital.

C'est donc, selon elle, il y a dix-huit mois qu'elle s'est aperçue que son ventre commençait à augmenter de volume et qu'elle a commencé aussi à éprouver quelques petites douleurs dans la région abdominale, douleurs, je le répète, absolument insuffisantes pour qu'elle suspendît son service dans la maison où elle était placée. D'ailleurs, aucun trouble gastrique bien prononcé, mais des digestions bonnes, régulières, conservation de l'appétit. Elle avait seulement une constipation assez opiniâtre. Le ventre est devenu, avec le temps, de plus en plus volumineux; les douleurs abdominales n'ont pas sensiblement augmenté; mais, dans ces derniers mois, la malade a éprouvé une faiblesse générale assez marquée, ainsi qu'une oppression assez considérable, depuis quelques semaines surtout, par suite du refoulement de plus en plus accentué du diaphragme par la tuméfaction intra-abdominale.

Lorsqu'on examine le ventre, on est immédiatement frappé, non seulement de son volume énorme, mais encore de sa forme, c'est-à-dire que nous ne trouvons pas là le ventre gros, aplati, étalé, comme dans le cas d'un épanchement liquide, d'une ascite véritable, mais le ventre bombé, saillant en avant, absolument comme dans le cas de grossesse.

De plus la percussion ne dénote pas de fluctuation, ou du moins la présence d'une très petite quantité de liquide libre. Le son obtenu ainsi est mat, d'une matité absolue dans la plus grande partie du ventre, sauf dans la fosse iliaque droite, où nous avons au contraire un son clair, et dans la fosse iliaque gauche également, où en un certain point la matité est un peu moins prononcée qu'en avant. Cette sonorité de la fosse iliaque droite est due au refoulement du tube intestinal en bas et sur les parties latérales par la tumeur. De ces renseignements fournis par la percussion, je suis donc conduit à conclure à l'absence d'une masse liquide libre dans la cavité péritonéale, et s'il existe quelque liquide, à sa présence dans une ou plusieurs poches spéciales. En un mot, il n'y a pas d'ascite, à proprement parler.

D'autre part, à la palpation, nous sentons une tumeur considérable, rénitente, tumeur certainement multiloculaire, dont une partie se trouve très bien limitée dans l'hypochondre gauche. Mais de quelle nature est cette tumeur? S'agit-il d'une tumeur kystique multiloculaire de l'ovaire? ou bien de quelque tumeur néoplasique, de quelque néoplasme malin? Un diagnostic précis est quelque peu difficile; cependant, sans oser nous prononcer bien nettement, nous aurions une tendance très grande à croire que nous nous trouvons en face d'un kyste de l'ovaire, kyste multiloculaire, je le répète, de préférence à une tumeur cancéreuse, quelle que soit la nature du cancer. Si nous inclinons ainsi vers une tumeur ovarique kystique, c'est non seulement en nous basant sur les signes fournis par la percussion, mais c'est aussi en raison de la santé générale de la malade, qui était restée à peu près bonne jusque dans ces dernières semaines. En effet, cette femme, vu ses années, n'était en réalité que

fort peu amaigrie, ses jambes étaient à peine enflées, et l'œdème pouvait très bien s'expliquer par une gêne circulatoire résultant de la compression exercée sur les vaisseaux par la tumeur; enfin cette femme ne présentait en rien l'aspect d'une dénutrition générale.

En résumé donc, tout en formulant certaines réserves sur notre diagnostic de kyste de l'ovaire, nous repoussions à peu près complètement toute idée de tumeur cancéreuse ; nous rejetions le diagnostic d'ascite simple, considérant le peu de liquide qu'on trouverait dans le ventre, en dehors de la tumeur, comme tenant à la gêne circulatoire.

Or, notre malade ayant succombé, nous allons procéder maintenant à l'autopsie. Cette autopsie donne les résultats suivants : une très petite quantité de liquide dans les parties déclives de l'abdomen, mais pas d'ascite ; intestins refoulés en bas par la tumeur. Tumeur de consistance variable selon certains points et de dimensions considérables : 40 centimètres environ dans le sens transversal; 25 à 30 centimètres dans le sens longitudinal, et de près de 20 centimètres d'épaisseur; formée par une multitude de loges plus ou moins grandes renfermant un liquide d'aspect très variable, sirupeux dans certaines loges, épais dans d'autres, purulent dans une autre encore, gélatineux enfin dans quelques-unes des poches. En un mot, tumeur kystique multiloculaire de l'ovaire, utérus absolument aplati et adhérent à la tumeur, de sorte que toute ovariotomie qui eût été tentée eût dû comprendre l'enlèvement de l'organe utérin. D'autre part, on trouve une tuberculose pulmonaire assez avancée. De plus, le cœur est hypertrophié. Dilatation du ventricule gauche et épaississement des parois ; cœur graisseux, myocarde dégénéré, sclérose des valvules mitrales, rétrécissement de l'aorte. Foie dur, scléreux, légèrement rétracté ; un peu de périhépatite. Reins scléreux, petits, rouges, capsule tellement adhérente qu'on ne peut la détacher sans enlever une portion du parenchyme rénal, néphrite interstitielle.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

I. Pleurésie purulente, empyème. — II. Testicule et épididyme syphilitique, hydrocèle.

I. Une femme d'une vingtaine d'années, arrivée à Paris cette année même, entrait il y a six semaines environ à l'hôpital dans le service de M. Rendu, pour une fièvre typhoïde d'une gravité telle que pendant quelques jours elle fut considérée comme perdue.

Cependant elle parvint à triompher de la maladie, qui avait revêtu la forme adynamique et s'était accompagnée d'albuminurie. Mais à un moment donné des phénomènes pleuro-pulmonaires étaient survenus, une pleurésie purulente s'était déclarée ; enfin un pneumo-thorax était venu compliquer cette dernière. Une ponction exploratrice fut faite tout d'abord, mais la malade ayant éprouvé des frissons assez violents et un foyer purulent ayant été très nettement reconnu, je fus appelé à faire l'empyème ce matin même. La matité remontait assez haut, mais on ne constatait aucun signe de tuberculose.

J'ai fait mon incision sur le bord postérieur du creux axillaire afin que l'orifice d'écoulement soit situé dans la partie déclive, lorsque la malade est couchée. J'ai donné ainsi une issue facile à un pus d'une fétidité extrême.

A propos de cette opération, je voudrais appeler rapidement votre attention sur quelques points particuliers.

On dit que les pleurésies purulentes ne peuvent guérir que par la rétraction du thorax s'affaissant et venant au-devant du poumon. Mais en même temps qu'il se fait un affaissement antéro-postérieur du thorax, il s'en produit un autre du thorax également, dans le sens vertical. C'est ce que l'on remarque lorsqu'on a été appelé à pratiquer un certain nombre d'empyèmes. Citons le fait suivant :

Une femme entre dans un service hospitalier pour une pleurésie du côté gauche. On fait l'empyème à la partie postérieure du thorax, à peu de distance de la colonne vertébrale, de façon à rendre plus facile l'écoulement du liquide. L'instrument est plongé dans la cavité thoracique; mais rien ne sort, et quelques jours après cet insuccès la malade succombe. L'opérateur était tombé dans le dixième espace intercostal ; or il faut bien savoir que plus on va en arrière et plus on trouve les côtes remontées, en raison même de leur obliquité. C'est ainsi que si l'instrument avait frappé dans un espace intercostal plus bas, il serait entré dans le péritoine. Aussi faut-il bien se rappeler le mouvement ascensionnel du diaphragme dans la cavité thoracique qu'il tend à effacer peu à peu.

Chez notre malade, après avoir pénétré dans le foyer purulent et vidé la plèvre, nous avons introduit deux tubes dans la cavité et procédé au lavage avec l'acide borique.

II. Au n° 50 de notre salle des hommes nous avons un individu qui présente des lésions parfaitement caractéristiques de la maladie dont il est atteint.

Cet homme, âgé de vingt-sept ans, est entré dans le service, porteur d'une tumeur du testicule gauche, très dure, très résistante, d'aspect solide au premier abord, quoique, en réalité, de nature liquide, du moins en grande partie, enfin transparente. De plus cet homme est un syphilitique.

Le début de la tumeur remonterait à quatre mois ; la marche des accidents n'aurait pas été aiguë ; le malade souffrait plutôt de tiraillements dans l'aine que de douleurs véritables.

De plus, chez lui, la tunique vaginale se prolonge jusqu'à l'orifice inguinal externe, de sorte que, en somme, on trouve deux tumeurs : l'une dans l'aine, l'autre dans le scrotum, tumeurs communiquant entre elles si bien que le liquide qu'elles renferment passe de l'une dans l'autre, et qu'en réalité il ne s'agit que d'une seule et même tumeur, tumeur bilobée. J'ajoute que le testicule, mobile, remonte facilement jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. J'ai fait une ponction en avant du testicule ; elle a donné issue à 80 à 100 grammes environ de liquide.

Mais derrière cette tumeur, le testicule est dur, assez volumineux et entouré, dans une grande partie de son étendue, d'une coque épaisse formée par la tunique albuginée fortement épaissie. Quant à l'épididyme, il est gros et induré dans sa totalité, mais d'une façon irrégulière, c'est-à-dire qu'il présente surtout un noyau d'induration au niveau de la tête, trois autres plus petits à la partie moyenne, et un cinquième, petit également, à la partie inférieure.

Le cordon paraît indemne. Le testicule n'est pas très douloureux, il est seulement un peu sensible à la pression.

Le testicule droit a été volumineux aussi ; de ce côté, également, le malade a eu une hydrocèle, et actuellement encore on trouve un peu de liquide dans la tunique vaginale. Aujourd'hui ce testicule est très petit, dur, comme atrophié. L'épididyme est induré au niveau de la tête.

Comme antécédents que trouvons-nous chez notre malade? D'abord un chancre syphilitique du fourreau de la verge, il y a quatre ans, avec des glandes dans les deux aines. Puis une petite ulcération, une plaque muqueuse sur la langue. Enfin sur les membres supérieurs des lésions cutanées, un psoriasis syphilitique de l'avant-bras et de la paume des mains.

En résumé il s'agit de testicules et d'épididymes syphilitiques avec hydrocèle.

Le pronostic de semblables lésions n'a rien de grave en ce sens que la vie du malade n'est nullement compromise, mais au point de vue du testicule gauche et de ses fonctions il est sérieux; et nous avons tout lieu de craindre que ce testicule s'atrophie par sclérose, comme cela s'est déjà produit, chez cet homme, pour son testicule droit.

Le traitement que nous avons prescrit est le traitement spécifique mixte, c'est-à-dire l'iodure de potassium à l'intérieur et le mercure à l'extérieur en frictions.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Hernie crurale entéro-épiploïque étranglée; kélotomie; intestin malade; épiploon laissé au dehors; perforation intestinale; péritonite mortelle.

Mme L..., soixante et un ans, m'est amenée à l'hôpital Saint-Joseph, le vendredi 13 novembre 1885, pour une hernie qui ne rentre pas. Elle est atteinte de deux hernies crurales depuis de longues années. Celle de droite s'est étranglée l'année dernière et a été réduite par le taxis. Celle de gauche était peu volumineuse; elle est sortie hier.

La malade a des vomissements verts et déjà odorants; elle n'a pas rendu de gaz par l'anus. La face n'est pas mauvaise; le pouls est calme à 80, et la température est normale. La langue est très sale.

La hernie crurale gauche, qui est sortie depuis vingt heures, est volumineuse. Elle a une forme allongée, parallèle à l'arcade crurale. On distingue facilement des bosselures à sa surface. En la palpant, on sent des masses dures, manifestement épiploïques, et des parties moins résistantes, sonores, qui sont l'intestin.

Les parois abdominales sont très chargées de graisse; on les déprime difficilement; mais le ventre est souple, nullement douloureux, si ce n'est au niveau du collet. Il est tout à fait impossible de trouver nettement la corde épiploïque, que je m'attendais à rencontrer.

La malade est mise dans une situation convenable, et je fais un taxis modéré de cinq minutes, en ne pressant que sur le collet, qui est très douloureux. N'obtenant pas le moindre changement, je fais la kélotomie.

13 novembre. — La région est rasée, lavée avec du savon et une solution de sublimé au 1/1000. Incision perpendiculaire au pli de l'aine. Le sac est entouré de graisse et facilement mis à nu. On voit distinctement l'intestin très rouge et des parties graisseuses. Il contient du liquide. En le dilacérant doucement avec une pince et l'extrémité d'une sonde cannelée, je l'ouvre et il sort un liquide très rouge, puis bientôt du sang presque pur.

Cette particularité me surprit beaucoup, car j'étais certain de ne pas avoir touché l'intestin, et les parties découvertes ne présentaient pas de traces d'altérations. En soulevant l'épiploon, je pus constater qu'il était dans un état très satisfaisant, mais très adhérent au fond et au collet du sac.

L'anse intestinale fut doucement attirée au dehors, ce qui permit de voir le lieu de l'étranglement marqué par un sillon de faible profondeur, ne présentant en aucun point de teinte grise suspecte.

Comme l'écoulement de sang rouge ne cessait pas et venait des environs du collet, l'anse intestinale fut soulevée et, dans la partie qui formait le pli, je vis distinctement deux éraillures longues de 15 millimètres et larges de 5 à 6, qui laissaient suinter du sang. En examinant attentivement, on voyait de fins vaisseaux veineux très nettement déchirés, par lesquels se faisait l'écoulement d'une manière continue.

Quelle était la cause de cet accident? La pression faite pendant le taxis n'avait pas été très énergique, et la durée en avait été très courte. Elle ne me paraissait donc pas devoir être incriminée. Je pense que l'intestin avait dû contracter quelques adhérences qui furent déchirées, car leur élévation les mettait hors de la portée des instruments.

Ne pouvant ni lier ces vaisseaux trop petits ni les tordre, à cause de la minceur de la paroi intestinale déjà éraillée, je pris le parti de rentrer l'intestin tel qu'il était; assimilant ces deux surfaces saignantes à celles bien plus vastes qu'on laisse après dissection d'adhérences dans certaines ovariotomies, et comptant que la décompression de l'intestin permettrait la circulation et arrêterait l'écoulement.

J'introduisis l'extrémité de l'index dans l'anneau et je fis le débridement en deux points : l'un à la partie inférieure, l'autre en dedans.

En faisant les premières tentatives douces pour rentrer l'intestin, je sentis qu'il paraissait se déchirer sous le doigt, et je vis que les éraillures s'étaient un peu agrandies. Néanmoins je le fis rentrer sans peine.

Restait au dehors une masse épiploïque du volume du poing. Mon projet était de la lier et de rentrer le pédicule, en retranchant la partie adhérente avec le sac. Mais je pensai que la rétraction du pédicule pourrait entraîner fort loin l'anse intestinale malade, ce qui serait dangereux. Je pris le parti de l'abandonner dans la plaie et de le laisser rentrer lentement. De cette manière je pouvais espérer que l'anse d'intestin resterait près de la plaie et que, si elle venait à crever, on aurait la chance d'avoir une fistule intestinale et d'éviter une péritonite septique.

La masse épiploïque fut largement lavée avec la solution de sublimé, puis enveloppée dans de la gaze iodoformée. Par-dessus, on mit de la gaze au sublimé et du coton. Pansement légèrement compressif; glace sur le ventre; extrait thébaïque, 15 centigrammes pour les vingt-quatre heures.

Le soir : P. 88, T. 37°,8. Un peu de vomissements pendant la journée. La malade a rendu des gaz par l'anus.

14. — La nuit a été relativement bonne; pas de vomissements. La malade n'ayant pas uriné a été sondée ce matin. Le facies est bon, la langue est un peu sèche au milieu.

Matin : P. 86, T. 37°,2. On continue la glace.

La hernie crurale droite est ressortie; elle est dure; je la fais rentrer en causant un peu de douleur.

Je refais le pansement qui est tacheté de sang, et je change la gaze iodoformée qui est rouge et très adhérente à l'épiploon. Ce dernier a une teinte plus foncée que la veille.

Ventre un peu sensible, surtout dans la région sus-ombilicale.

15. — La nuit a été mauvaise. Les vomissements n'ont pas cessé. Le ventre est ballonné et sensible, surtout dans le voisinage de la hernie. La face n'est pas grippée et la langue n'est pas sèche. P. 116.

Je défais le pansement, et en soulevant doucement l'épiploon resté au dehors je parviens à introduire une sonde cannelée dans le ventre. Il ne coule pas de liquide, mais elle ressort chargée d'un pus odorant. Je reconnais immédiatement que mes craintes de perforation se sont réalisées et je me détermine à aller chercher l'anse malade.

L'incision est agrandie en haut de 5 centimètres, et l'on ne tarde pas à voir nettement l'intestin qui présente des taches grises. Le doigt est introduit; et comme les anses sont fortement accolées, ce n'est qu'avec peine que je les attire au dehors. Quand cela est fait, je reconnais que plusieurs taches gangreneuses sont répandues sur une longueur de 8 à 10 centimètres; l'une d'elles même est située près du mésentère.

L'anse intestinale est alors fixée dans la plaie par un fil passant dans le mésentère, et des points qui fixent circulairement les bouts supérieur et inférieur.

On place une compresse phéniquée sur la plaie pour recevoir les matières, car l'intestin s'est crevé. — Glace sur le ventre, opium.

Pendant toute la journée, l'état n'a fait que devenir plus mauvais. Les matières passent facilement par la plaie, mais le ventre est ballonné, très douloureux.

Soir : La température a baissé : T. 36°,2, P. 124.

16. — Vomissements continuels, ventre énorme, peau refroidie. La connaissance se perd. Pouls petit, 120; température 35°,6. Mort le soir.

Autopsie. — En ouvrant le ventre, on trouve l'intestin rouge, comme dans une péritonite. Les anses sont, par places, accolées les unes aux autres, surtout dans le bassin. La partie malade est attirée au dehors; elle est le siège d'une vive inflammation et elle est recouverte par une couche de pus. Par endroits elle est affaissée et présente plusieurs plaques de gangrène. L'une de ces plaques a 3 centimètres de long et 2 de large. On y voit très nettement que la muqueuse est coupée à pic par le sphacèle, même dans les points où la séreuse n'est pas encore sectionnée. Les autres plaques, au nombre de deux, sont plus petites et de forme irrégulière.

Du reste, aucune d'elles n'a son grand axe orienté en travers de l'intestin, et ne paraît correspondre d'une manière évidente à la situation de l'agent d'étranglement. Il est certain qu'elles occupent les points où la séreuse était éraillée au moment de l'ouverture du sac. L'épiploon forme une grosse corde qui traverse obliquement le ventre de haut en bas et de gauche à droite. Il est rouge à la partie qui avoisine la hernie, mais ne présente pas d'autres lésions. Il est très fortement adhérent au collet du sac, et son décollement nécessite une dissection assez minutieuse.

Les poumons étaient fortement congestionnés.

Plusieurs points sont intéressants dans cette observation. C'est d'abord la rigueur de l'étranglement dans une hernie ancienne assez volumineuse, habituellement contenue, et dont les dimensions n'étaient pas très augmentées par le fait de l'étranglement. Cette hernie contenait beaucoup d'épiploon, et, en général, ce n'est pas le fait de cette catégorie de présenter des altérations si rapides de l'intestin.

L'étranglement ne remontant qu'à vingt heures, les symtômes généraux étaient modérés et permettaient d'espérer une heureuse intervention.

Une chose très importante à noter, c'est que le taxis fait par moi avait été très court, *cinq* minutes, montre en main, et sans développer une grande force. Malgré cela l'intestin était altéré; la séreuse était éraillée, saignante; elle laissait évidemment à nu la tunique séreuse, ce qui explique l'écoulement de sang dans l'intérieur du sac. J'eus le tort de penser que cet état était assimilable à un intestin dont on vient de disséquer les adhérences avec une tumeur et de le rentrer. Ces points étaient trop profondément malades, et il aurait fallu faire immédiatement un anus contre nature, qui eût peut-être sauvé la malade.

QUELQUES MOTS SUR L'HYPNOTISME

AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE.

Par le docteur Fournier, ex interne-lauréat des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital d'Angoulême.

Depuis quelques années, l'attention des médecins a été de nouveau attirée sur les phénomènes curieux de l'hypnotisme.

MM. Charcot, Bernheim, Richet, Dumontpallier, Bottey, etc., se sont occupés de cet état hypnotique dont J. Braid, il y a déjà longtemps, avait fait une étude complète.

Les faits intéressants et si étranges de suggestion ont inspiré l'idée du traitement d'un certain nombre de symptômes névropathiques, comme la paralysie hystérique, par la *thérapeutique suggestive,* et, je dois le dire, il en a été publié des observations curieuses de guérison. Mais en dehors de la thérapeutique suggestive, que doit-on attendre en médecine de l'hypnotisme en lui-même, c'est-à-dire de l'action du sommeil nerveux sur les malades atteints de névrose.

Nous trouvons à cet égard dans le livre fort bien fait du docteur Bottey sur l'hypnotisme les passages suivants, qui ont trait à la question que je soulève ici :

« C'est surtout en médecine que l'hypnotisme, employé d'une façon méthodique, est appelé à rendre de grands services.

J. Braid, le fondateur de l'hypnotisme, a voulu faire de cet état une panacée applicable à toutes les maladies du système nerveux. En faisant la part de cette grande exagération, il faut reconnaître cependant qu'il existe certains cas où la guérison est absolument avérée; partout, en effet, où il s'agit d'un trouble morbide produit, non par une lésion organique, mais par un trouble purement dynamique, il n'y a rien d'étonnant à admettre que dans ce cas l'état hypnotique puisse apporter une modification spéciale aux centres nerveux, d'ou résulte une amélioration ou une guérison. » (Bottey, *Traité de l'hypnotisme*, p. 159.)

Plus loin, le même auteur ajoute : « Dans l'hystérie, peut-être également dans l'épilepsie, nous sommes arrivé à cette conviction, à la suite de nombreuses observations personnelles, que les attaques sont notablement diminuées tant dans leur nombre que dans leur intensité, comme si l'état hypnotique servait de décharge et pour ainsi dire de soupape de sûreté à la force nerveuse. »

Sur la foi des affirmations de cet auteur, nous avons eu recours aux pratiques hypnotiques dans les deux cas dont nous donnons ci-dessous les observations.

Observation I. — *Attaques d'épilepsie; traitement par l'hypnotisme.* — M... (Jean), âgé de trente-six ans. Ce malade est sujet, depuis sept ans, à des tournements de tête et à des absences qui le prennent de temps en temps.

Ses maîtres, car il est domestique à Angoulême, rapportent qu'un jour, en servant à table dans un grand dîner, il laissa tomber brusquement un plat qu'il apportait, et, tout surpris, déclara qu'il ne savait pas ce qui s'était passé. Depuis un an, ces absences, ces tournements de tête, ces phénomènes du vertige épileptique, qui constituent le petit mal, ont fait place à des attaques bien caractérisées de l'épilepsie franche; elles se renouvellent tous les vingt jours, quelquefois tous les vingt-sept jours, de telle sorte que depuis un an, il a eu quatorze crises bien nettes. Le traitement par le bromure de potassium à haute dose, puis par la belladone d'après la méthode de Trousseau, n'ayant produit aucun résultat, je me décide à essayer l'hypnotisme, une attaque des plus intenses étant survenue le 7 mai, brusquement, sur la place de l'Houmeau.

La première séance d'hypnotisme a eu lieu le 11. Au moyen d'un clou brillant de fauteuil fixé sur un bouchon, j'ai obtenu, au bout d'une demi-heure à peu près, l'occlusion des paupières, qui est survenue après quelques instants de fixité du regard, et un sommeil complet.

Mettant en action l'excitabilité neuro-musculaire si bien décrite par M. Charcot, je lui élève les bras en l'air, et ils restent dans la même position. Je fléchis brusquement aussi les jambes sur les cuisses et j'élève les membres inférieurs qui restent également dans

la même position, de sorte que le sujet, assis dans un fauteuil, reste à peu près dix minutes dans cette situation bizarre, les bras et les jambes en l'air. Il se réveille au bout de ce temps, accusant un peu de lourdeur de tête, qui, du reste, se dissipe assez rapidement.

Lorsqu'il est réveillé, il nous dit qu'il entendait très bien les paroles que nous lui adressions, mais qu'il lui était impossible de répondre. Il dit qu'il était comme cloué sur place, ne pouvant ni nous répondre ni bouger. Il affirme qu'il y a eu un moment très pénible précédant le sommeil, moment pendant lequel il se sentait peu à peu éveillé, mais ne pouvait décrocher ses bras (c'est son expression propre).

Du reste, tous les symptômes se sont rapidement dissipés, et il est sorti de mon cabinet au bout de peu de temps, n'éprouvant plus rien.

12 mai. Le malade a eu ce matin une absence, car après ses grandes crises, il en a toujours à peu près pendant huit ou dix jours. Nouvelle séance d'hypnotisme; rien de particulier à noter.

13 mai. Ce matin, il n'a pas eu d'absence, mais il a éprouvé une grande crise épileptique analogue à celle du 7 courant. Nouvelle séance d'hypnotisme; rien à noter de particulier.

14 mai. Ce matin, ni absence ni crise. Le sommeil hypnotique est maintenant obtenu au bout de dix minutes, et le réveil a lieu spontanément, à peu près au bout du même laps de temps.

15 mai. Nouvelle séance d'hypnotisme; pas d'absence hier et aujourd'hui.

17 mai. Séance d'hypnotisme. Sommeil obtenu au bout de quelques minutes seulement; rien à noter de particulier. Avant-hier et hier dans l'après-midi, le malade a eu une absence.

18 mai. Séance d'hypnotisme; rien à noter de nouveau.

20 mai. Il y a eu, hier au soir à quatre heures, une crise épileptique beaucoup plus forte que celle du 7 mai. La femme du malade avait essayé de l'hypnotiser dans la journée et avait pleinement réussi.

22 et 24 mai. Séances d'hypnotisme; rien de nouveau; mais le 25, à huit heures et demie du soir, il a été pris, sur une des places de la ville, d'une crise épileptique des plus intenses.

En présence de ce résultat, nous renonçons au traitement par l'hypnotisme; notre malade, en effet, qui n'avait d'accès que tous les vingt ou vingt-sept jours, en a eu trois dans l'espace de quatorze jours.

Obs. II. — Mme C..., âgée de trente-quatre ans, est sujette, depuis deux ans, à des accès d'hystérie qui surviennent à l'époque des règles. Du mois d'octobre 1885 au mois de mai 1886, ces attaques s'étaient suspendues; mais elles se sont renouvelées le 25 avril, avec une nouvelle intensité.

28 mai. A quatre heures du soir jusqu'à onze heures, il y a eu une crise d'hystérie caractérisée par des palpitations, des mouvements convulsifs et une oppression extrême.

Ayant, à plusieurs reprises, employé différentes médications, bromure de potassium, valériane, opium, hydrothérapie, ayant même cautérisé et guéri chez cette dame des ulcérations du col et voyant l'hystérie se reproduire, malgré tous les moyens employés, je me décidai à recourir aux pratiques de l'hypnotisme.

30 mai. A deux heures de l'après-midi, je fis une première séance. La malade fut très rapidement endormie; quelques minutes à peine suffirent.

Je mis en mouvement, comme chez mon premier sujet, la contractilité neuro-musculaire; mais, comme chez lui, je ne pus déterminer des phénomènes de suggestion; le réveil se fit spontanément au bout de quelques minutes.

Dans la nuit même du 30 au 31 mai, je fus appelé auprès de cette dame, qui était en proie à des phénomènes hystériques des plus intenses. La crise ne présentait pas les caractères identiques aux précédentes; elle avait débuté par des hallucinations des plus terribles; la malade voyait des voleurs envahir sa chambre, massacrer ses enfants sous ses yeux, la prendre et la traîner par les cheveux; à ces phénomènes succédèrent une oppression des plus intenses et des battements de cœur produisant une extrême anxiété. Il n'y avait pas de convulsions, comme dans les attaques précédentes. On aurait dit que les pratiques de l'hypnotisme, en agissant sur le cerveau seul, avaient provoqué cette manifestation cérébrale de l'hystérie.

En présence de ce résultat aussi direct, aussi immédiat, je renonçai également dans ce second cas au traitement par l'hypnotisme.

Ces deux observations me paraissent devoir imposer aux médecins une grande réserve dans l'emploi de l'hypnotisme dans les cas de névrose. Loin de servir de décharge et pour ainsi dire de soupape de sûreté à la force nerveuse, comme le dit Bottey, l'état hypnotique a manifestement, dans les deux cas que nous avons signalés, augmenté l'irritabilité des centres nerveux et provoqué de nouvelles crises.

Ces faits tendent aussi à prouver qu'il faut mettre une grande réserve dans l'emploi des pratiques hypnotiques chez les sujets sains.

Une pareille excitation dynamique est-elle toujours sans inconvénient et ne peut-elle pas, chez un sujet disposé au nervosisme, faire éclater les manifestations de cet état nerveux? Il est permis de le supposer, d'après les deux observations que nous venons de relater.

Dans tous les cas, nous pensons que les médecins feront acte de prudence en ne vulgarisant pas les pratiques hypnotiques dans le monde. Il y a assez d'hystériques, d'hypochondriaques, de névropathes de toute nature autour de nous sans chercher encore à en augmenter le nombre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Weber, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

2° Une lettre de remerciements de M. Wasseige (de Liège), récemment nommé correspondant étranger de l'Académie;

3° Une lettre de remerciements de M. Paulet, nommé correspondant national;

4° Une lettre de M. le docteur Henry Liouville, qui adresse à l'Académie le texte de deux amendements sur le projet de budget pour l'année 1887, actuellement en préparation :

Les deux amendements visent :

1° La vaccination et la revaccination (avec les vaccins de l'homme ou de l'animal) à l'Académie de médecine. — M. Liouville propose de porter de 7800 à 10000 francs la somme affectée à ce service;

2° Les inoculations des liquides spéciaux employés pour combattre les maladies transmissibles. — M. Liouville propose de porter de 50000 à 100000 francs la somme affectée au service de la médecine dans les départements et d'employer cette somme à la création et à l'organisation d'instituts spéciaux de vaccination (humaine et animale) et d'inoculations destinées à combattre les maladies transmissibles.

M. le Président appelle successivement un certain nombre d'orateurs inscrits, et, en leur absence, il annonce que l'Académie va se former en comité secret.

A trois heures et demie, la séance publique est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La prochaine séance de l'Académie des sciences n'aura pas lieu le lundi de la Pentecôte et sera remise au lendemain mardi.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 juin 1886, la chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est déclarée vacante.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie, histoire naturelle*). — Les leçons orales de trois quarts d'heure (après trois heures de préparation) commenceront le jeudi 10 juin, à une heure et demie du soir. Elles auront lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie. — Jeudi 10 : MM. Tapie et Guinard. — Vendredi 11 : MM. Rodet et Quenu. — Samedi 12 : MM. Gilis et Nicolas. — Mardi 15 : MM. Poirier et Princeteau. — Mercredi 16 : MM. Variot et Ferré. — Jeudi 17 : MM. Jaboulay et Retterer. — Vendredi 18 : MM. Assaki et René. — Samedi 19 : M. Gley.

Histoire naturelle. — MM. Barrois et Nabias.

— La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central (épreuve clinique) s'est terminée hier matin, mardi 8 juin 1886. Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve éliminatoire, les vingt-quatre candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Bourcy, Capitan, Charrin, Dreyfous, Duplaix, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Léopold), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Lebreton, Ledoux-Lebard, Lorey, Marie, Martin, Petit, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Thibierge, Variot.

La seconde épreuve (épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie) commencera demain jeudi, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

— La troisième épreuve du concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central (leçon théorique sur un sujet d'accouchement) a commencé avant-hier lundi, à quatre heures du soir, à l'hôpital de la Charité. Sur les huit candidats inscrits, un seul s'est retiré du concours, M. le docteur Olivier.

— M. le docteur O. Guillier est nommé médecin du bureau de bienfaisance du VIe arrondissement de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gley, docteur en médecine, préparateur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en outre, des fonctions de chef du laboratoire des cliniques de ladite Faculté à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Bochefontaine, décédé.

MM. Polaillon et Marc Sée, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours actuel d'agrégation de médecine (section des sciences anatomiques et physiologiques).

MM. Bouchardat et Bourgoin, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours actuel d'agrégation de médecine (section des sciences physiques).

— Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le mercredi 30 juin 1886. Il sera clos le mardi 20 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures :

1° Les inscriptions de première année les mercredi 30 juin, jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 juillet 1886; 2° les inscriptions de deuxième année de doctorat les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 juillet 1886; 3° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, lundi 19 et mardi 20 juillet 1886.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du 13 juillet 1886.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1885-1886. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre des jours de stage par trimestre est déterminé de la manière suivante : premier trimestre (novembre et décembre), cinquante-six jours; deuxième trimestre (janvier, février et mars), quatre-vingt-six jours; troisième trimestre (avril, mai et juin), quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre (juillet à octobre inclusivement), cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et quatrième d'officiat).

Les élèves ajournés, à la session de novembre 1885, pour leur examen de doctorat et pour leur premier, deuxième et troisième examens de fin d'année d'officiat, devront consigner les mercredi 16 et jeudi 17 juin aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 28 juin au 3 juillet. Les élèves de première année, qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 23 et jeudi 24 juin 1886. Ils prendront la quatrième inscription du 30 juin au 3 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 5 juillet. Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les élèves pourvus de seize inscriptions et qui n'ont pas subi le premier examen de doctorat pourront consigner jusqu'au jeudi 24 juin. Les aspirants à l'officiat sont astreints à consigner en juillet, pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves de première année de doctorat et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 18 au 30 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 11 ou le mardi 12 octobre 1886, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.

Enfin les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 18 octobre 1886. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain, 13 juin 1886, à Champignolle, Chennevières et Champigny. Le rendez-vous est à la gare de Vincennes, où l'on prendra, à onze heures moins dix minutes, le train pour Champigny. On sera rentré à Paris vers cinq heures.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir, à quatre heures.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, dans les bois du Pecq et de Saint-Germain, le dimanche 13 juin 1886.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à onze heures trente-cinq minutes, pour la station du Pecq.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19658.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Parésie trémulente du cœur chez un alcoolique.

La place qu'occupent les tremblements dans les symptômes de l'intoxication alcoolique chronique est en quelque sorte prépondérante.

Ce qu'on recherche au premier abord, quand on soupçonne chez un individu l'abus prolongé des liqueurs, c'est s'il a les mains agitées d'un tremblement plus ou moins marqué quand on lui dit de les étendre et de les tenir immobiles.

Nous avons déjà, depuis bien des années, décrit sous le nom de parésie trémulente tout un ensemble de troubles portant sur les fonctions locomotrices en même temps que sur les fonctions sensitives et intellectuelles et qui, bien que pouvant parfois se rencontrer chez des gens absolument sobres, spécialement s'ils sont les enfants d'alcooliques endurcis, se rencontre surtout souvent chez les véritables ivrognes.

Les mots « parésie trémulente » avaient pour but de bien indiquer l'état des fonctions musculaires en pareil cas. Les malades se sentent faibles et réellement, durant les périodes où cette parésie trémulente s'accentue, ils ne peuvent que faiblement faire agir les muscles atteints.

Ce n'est pas une paralysie proprement dite. C'est une parésie, c'est-à-dire une diminution, au lieu d''être une abolition, de la contractilité musculaire. En se contractant, la fibre tremble, et ces tremblements se traduisent par des mouvements oscillatoires plus ou moins étendus et plus ou moins rapides, quelquefois à peine perceptibles, mieux figurés encore par le terme de *trémulence* que par celui de *tremblement*.

Jusqu'ici cette trémulence parétique des alcooliques n'avait jamais été notée que dans les muscles de la vie de relation, dans ceux des membres, parfois dans ceux qui président aux mouvements des lèvres et aux mouvements de la langue; mais jamais encore, que nous sachions, dans ceux de la vie organique, tels que le muscle cardiaque.

On n'ignorait pas cependant que l'action toxique de l'alcool introduit dans le sang s'exerce sur le cœur. Les lésions finales de cet organe, la myosite avec dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre musculaire cardiaque, étaient un résultat de l'action irritante de ce poison que l'on avait eu bien souvent à constater dans les autopsies.

Mais, et c'est ce qui était resté beaucoup plus dans l'ombre, avant d'en venir à ces altérations profondes de son tissu, le cœur peut éprouver déjà, comme le font les autres muscles, une perturbation fonctionnelle caractérisée par la faiblesse des contractions et la trémulence.

Un malade, qui entra vendredi dernier dans le service de M. Peter, à la Charité, au n° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, vient de fournir la preuve évidente de ce fait.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, a toujours exercé des métiers de force. Il a été successivement camionneur, porteur aux halles, etc., toutes professions qui conduisent presque fatalement aux habitudes alcooliques. Il avoue avoir absorbé, en effet, des alcooliques sous toutes les formes, en grande quantité. Comme antécédents pathologiques, il accuse une varioloïde et une blennorrhagie qui s'est, à cinq reprises, réveillée à l'état aigu, en devenant chaque fois l'occasion d'arthrites tenaces. Actuellement encore, cet homme souffre du genou et du pied, mais il ne s'agit pas cette fois d'un rhumatisme blennorrhagique articulaire à l'état aigu. Peut-être les douleurs névralgiques auxquelles sont sujets les alcooliques, douleurs qui prennent parfois chez eux une si grande intensité, qui se font sentir jusque sur le derme, mais qui, par leur siège de prédilection, font croire si souvent à des rhumatismes articulaires, viennent-elles compliquer chez cet homme l'état rhumatoïde laissé par les arthrites précédentes. Il se plaint en effet d'éprouver fréquemment cette gêne douloureuse étreignant la poitrine, qui est bien un des phénomènes les plus pénibles et les plus caractéristiques de l'alcoolisme confirmé. Bien entendu, il considère cette sensation douloureuse comme se rattachant à ce qu'il appelle ses « rhumatismes », et c'est pour combattre ces rhumatismes en prenant des bains de vapeurs, qu'il était venu à l'hôpital vendredi dernier.

Il n'avait alors nullement l'intention d'y être reçu à demeure; mais comme, lorsqu'il se présenta à la consultation, il se trouvait en plein délire, ayant des hallucinations pénibles, tous les phénomènes d'un *delirium tremens* commençant, l'interne devant lequel il parut le reçut d'office et le fit revêtir de la camisole de force. Puis il lui fi administrer du chloral, qui le calma un peu.

Le lendemain, à la visite du matin, M. le professeur Peter, en examinant ce malade, dont les mains étaient agitées d'un léger tremblement quand on les lui faisait tenir étendues, voulut savoir si le cœur lui-même n'était pas affecté déjà.

A l'auscultation, il trouva que les bruits étaient faibles, mal frappés, et pour nous servir d'une expression très en usage aujourd'hui, un peu *flou*.

Le savant professeur attira l'attention des élèves sur cette faiblesse des bruits entendus qui correspondait à une faiblesse des contractions mêmes, et pour placer sous leurs yeux l'image de cette particularité des contractions cardiaques, il fit prendre le tracé du pouls.

Ce tracé est très remarquable. Le voici :



Non seulement, comme on le voit, la ligne d'ascension est très courte, ce qui dénote peu d'énergie dans l'effort du cœur; mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est, tout le long de la ligne de descente, une série d'oscillations, de trémulences, qui rappellent par leur continuité et leur peu d'amplitude les phénomènes analogues observés aux mains.

Ce tracé représente donc à merveille ce qu'on peut nommer la parésie trémulente du cœur, parésie qui probablement, quand elle se produit, doit être sujette, comme la parésie trémulente des membres, à des variations considérables dans son degré d'intensité.

On pouvait se poser la question de savoir si la crise actuelle de délire, de rêves effrayants, etc., une fois passée, le muscle cardiaque et le reste de l'appareil circulatoire rentreraient dans l'ordre, si les diastoles et les systoles se succéderaient plus franchement, plus nettement, sans ces trémulences, ces hésitations, pour ainsi dire, accusées à l'auscultation par un certain *flou* dans les bruits perçus.

Mais les tracés pris deux jours plus tard et dans l'intervalle et l'auscultation répétée du cœur montrent jusqu'ici la persistance des mêmes caractères dans le pouls radial et dans les contractions cardiaques.

Le cœur est atteint dès aujourd'hui dans sa puissance musculaire. L'est-il également dans la constitution anatomique de ses fibres? S'il ne l'est pas encore, il le sera bientôt; car, dans son métier de porteur aux halles, cet homme conservera sans doute ses habitudes d'intempérance, à un tel degré que, fatalement, elles produiront chez lui leurs conséquences extrêmes sur les organes déjà touchés.

Sphacèle d'une partie de la peau de la verge chez un ictérique.

En dehors des poisons qui, versés dans le sang après avoir été introduits dans l'appareil digestif, vont ensuite, en se répandant dans tout le corps, frapper dans sa vitalité tel ou tel organe, il en est d'autres qui prennent naissance dans le corps même et qui n'en exercent pas moins, avec tout autant d'énergie, une action semblable.

La liste de ces poisons organiques, déjà longue, tend à s'accroître chaque jour.

M. le professeur Gautier en a isolé et décrit chimiquement toute une classe, celle des alcaloïdes nommés *leucomaïnes* ou *ptomaïnes*.

Toute une autre classe, celle des substances neutres, non moins toxiques, que l'on rencontre par exemple dans les matières extractives de l'urine, pour ainsi dire à leur sortie du sang, est chimiquement moins bien connue et n'a pu être encore étudiée physiologiquement qu'à peu près en bloc.

Ce sont là les substances qui jouent le rôle capital dans cet empoisonnement général qu'on appelle l'urémie ou, suivant l'expression, moins bien formée peut-être au point de vue philologique, mais certainement plus médicale, de M. le professeur Bouchard, l'*urinhémie*.

L'urine est un liquide complexe : une sécrétion qui renferme bien des principes différents, des résidus de toute espèce du travail intime de destruction et de renouvellement des tissus.

Toutes les sécrétions du corps humain sont toujours plus ou moins complexes, car toutes, dans une certaine mesure, jouent le rôle de filtrage purificateur, d'émonctoire, et l'organe qui les prépare pour une fonction déterminée peut être en même temps considéré, accessoirement, dans une certaine mesure, comme un organe d'élimination.

Le foie, en sécrétant la bile, remplit d'un même coup ces deux offices. Il collabore au travail digestif par un certain nombre des éléments que la bile contient, et par d'autres, qu'il laisse sortir et sépare ainsi du liquide vital, il contribue à l'épuration de ce liquide.

Quand donc la bile se trouve reprise dans le sang, elle y apporte, non seulement ses produits caractéristiques, mais toute la part de résidus organiques qui était sortie du système circulatoire par cette voie.

Il ne faut donc pas s'étonner si les ictériques sont intoxiqués à un double titre.

Le tissu musculaire de la vie de relation accuse lui-même chez eux cette intoxication générale. Les ictériques se sentent faibles. Ils sont bien loin d'être capables du même travail musculaire. Et le cœur lui-même a perdu chez eux de son énergie. On avait de tout temps remarqué que le pouls est lent pendant l'ictère, à moins qu'il ne soit survenu certaines complications, souvent très redoutables.

La nutrition générale se fait mal.

La nutrition locale des tissus peut être affectée à un point tel qu'il en résulte le sphacèle, la mort du tissu.

C'est ce qui s'est produit chez un homme de quarante-sept ans, entré, le 21 mai dernier, au n° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, dans le service de M. Peter, à la Charité, et qui était atteint, depuis plus d'un an, d'une cirrhose hypertrophique du foie, avec ictère d'une teinte très foncée. Cet homme, tailleur de son état, n'est du reste, à aucun degré, un alcoolique. Il est impossible de savoir quelle est la cause qui, chez lui, détermina ce genre d'hépatite. Mais le fait est que, depuis plus d'un an, son sang contient une quantité de bile considérable.

Il en est résulté déjà dans la nutrition de divers organes une atteinte qui se traduisit par des phénomènes pseudo-phlegmasiques. C'est ainsi qu'il y eut successivement, lors d'un premier séjour de ce malade à la Charité, des symptômes de pleurésie et de péricardite légère, considérés par M. Peter comme étant d'origine évidemment toxique.

Malgré sa maladie du foie, cet homme travaille d'ordinaire, et il continue l'exercice de son métier.

Ce fut chez lui, ayant repris sa vie habituelle, qu'il remarqua, vers le 28 mai, une sorte d'excoriation douloureuse sur la peau de la verge. Il n'y fit pas d'abord attention;

mais, trois jours après, le mal avait fait des progrès, et il dut rentrer à l'hôpital.

Aujourd'hui, une partie de la peau de la verge, représentant une surface de plusieurs centimètres vers le dos et la racine de l'organe, se trouve, dans toute son épaisseur, détruite par mortification.

La cause de ce sphacèle spontané est la même qui, agissant antérieurement sur les séreuses, avait affecté notamment tant la plèvre que le péricarde. C'est une cause toxique; c'est l'action des éléments de la bile, mélangés aux éléments naturels du sang.

Cette même cause toxique, d'ailleurs, se traduit fréquement chez les ictériques par des éruptions, comparables à celles qu'amènent un si grand nombre d'autres poisons une fois introduits dans le sang.

Il ne faudrait pas que l'étude des poisons vivants, des bactéries et des microbes de toute espèce fît perdre de vue celle des poisons qui s'engendrent dans l'organisme, mais ne sont pas organisés. Les découvertes de M. Gautier viennent heureusement s'ajouter aux découvertes de M. Pasteur. Mais, au point de vue médical, il reste encore beaucoup à apprendre dans l'une comme dans l'autre voie.

L'urémie ; convulsions urémiques.

Les convulsions urémiques sont partielles ou généralisées. Partielles, elles consistent en soubresauts des tendons et en secousses convulsives analogues à des secousses électriques. Généralisées et connues sous le nom d'éclampsie urémique, elles ont une grande analogie avec l'attaque d'épilepsie.

Les soubresauts des tendons sont de petites secousses que la main appliquée sur ces parties perçoit facilement, surtout aux membres supérieurs. Peu différents de ceux qui surviennent dans le cours des fièvres graves, ils précèdent ou accompagnent les secousses convulsives. Celles-ci, brusques et subites, rapides comme l'éclair, portent sur tout un membre dont un certain nombre de muscles se contractent et tombent ensuite au repos.

Ces mouvements convulsifs sont fréquemment les phénomènes précurseurs de l'attaque d'éclampsie.

Éclampsie urémique. — L'éclampsie urémique est un syndrome relativement plus commun dans les affections aiguës et parenchymateuses que dans les affections chroniques et interstitielles du rein. Elle se montre au cours des néphrites de la scarlatine et des fièvres, dans celles de la grossesse et dans la plupart des néphrites épithéliales ; un peu moins fréquente dans les néphrites goutteuse et saturnine, elle s'observe plus rarement dans la néphrite artérielle, où la dyspnée est presque toujours le phénomène prédominant.

Ce syndrome, qui se manifeste parfois brusquement est, en général, précédé de migraines, vertiges, céphalalgie, somnolence. Il revêt, comme nous l'avons dit, les caractères de l'attaque d'épilepsie. Toutefois les attaques éclamptiques se distinguent des convulsions épileptiques par l'absence du cri initial et de la pâleur cadavérique au début de l'accès, ainsi que du collapsus cérébral, dans certains cas, enfin, par la différence des âges auxquels elles se manifestent, etc.

Les convulsions urémiques ont pu, dans quelques circonstances, être confondues avec les désordres engendrés par un néoplasme des méninges ou de la surface de l'encéphale. Les caractères de l'urine permettront de reconnaître si l'albumine est primitive ou secondaire. D'ailleurs le fait que les convulsions sont unilatérales ou plus accusées d'un côté, dans les cas de lésion matérielle de l'encéphale, et la marche des accidents serviront à les différencier des phénomènes urémiques.

Le pronostic de l'urémie convulsive est toujours sérieux, la mort pouvant survenir dans le cours d'une attaque, comme M. Lancereaux l'a constaté en 1869 à l'hôpital de la Charité, chez un sujet atteint de néphrite saturnine, et qui succomba presque instantanément au milieu d'une attaque.

Paralysies urémiques. Apoplexie urémique. — Les paralysies urémiques surviennent presque toujours dans le cours des néphrites liées à l'artério-sclérose. Les malades, n'ont d'autres troubles que des besoins fréquents d'uriner surtout la nuit, une tendance marquée aux vertiges, un embarras momentané de la parole, ou même un certain degré d'aphasie ; assez bien portants d'ailleurs, en apparence, ils sont tout à coup frappés d'une attaque apoplectique de durée variable, à laquelle succède une hémiplégie flasque ou avec contracture, totale ou envahissant seulement les membres, quelquefois avec une hémianesthésie partielle ou totale, et le plus souvent abolition des réflexes.

Assez ordinairement la mort est la conséquence de cette attaque, mais dans quelques cas le coma cesse, le malade revient à lui, l'hémiplégie persiste pendant un certain temps, puis disparaît en partie ou en totalité et se distingue en cela de l'hémiplégie liée aux lésions matérielles de l'encéphale. Plus tard survient une nouvelle attaque avec hémiplégie du même côté ou du côté opposé. Tel fut le cas d'un malade que M. Lancereaux a vu avec un de ses confrères : il fut atteint une première fois d'une hémiplégie droite dont il fut débarrassé au bout de quelques jours, plus tard, il eut une hémiplégie gauche qui disparut également au bout d'un certain temps ; en fin de compte, il succomba à une dyspnée urémique ; il était goutteux et albuminurique.

Il n'est pas rare d'observer des faits de ce genre chez des sujets atteints de néphrite artérielle, et chez lesquels on avait diagnostiqué une hémorrhagie ou un ramollissement du cerveau, cet organe ayant été trouvé intact à l'autopsie.

Le diagnostic de cette forme de l'urémie cérébrale offre, chez les vieillards, des difficultés parfois insurmontables en raison de la similitude des phénomènes qui lui sont propres avec ceux de l'hémorrhagie ou du ramollissement. Et cependant il serait de la plus grande importance, au point de vue du pronostic et des indications thérapeutiques, de faire cette distinction. Les antécédents des malades, la variabilité et la mobilité de la paralysie, l'albuminurie et la faible densité de l'urine sont autant de signes qui plaident en faveur de l'urémie.

Chez l'adulte le diagnostic est généralement plus facile, à part les cas dans lesquels l'attaque apoplectique urémique est précédée ou suivie de convulsions, ce qui lui donne de grandes analogies symptomatiques avec certaines affections syphilitiques des méninges ou de l'écorce encéphalique.

Voici un fait qui est instructif à cet égard.

Une femme de trente ans, admise une première fois dans le service pour une hémiplégie gauche, précédée d'une céphalée intense, d'attaques convulsives, fut considérée par M. Lancereaux comme atteinte d'une lésion circonscrite de la périphérie de l'encéphale et, vu l'âge, d'une gomme des

méninges, de préférence à toute autre lésion. Un traitement spécifique fut prescrit, et trois semaines plus tard cette malade quittait le service, conservant à peine un léger degré de faiblesse dans les membres gauches.

Huit jours après, elle était de nouveau frappée d'apoplexie et ramenée à l'hôpital; elle avait de l'écume aux lèvres, des convulsions; puis elle tombait dans un coma profond avec hémiplégie et hémianesthésie du côté droit. Elle avait, en même temps, les traits altérés, le nez pincé, les paupières closes, les pupilles normales, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, température 39, albuminurie abondante, absence d'œdème, bruit de galop au cœur, respiration stertoreuse, irrégulière, intermittente. Cet état persista pendant trente-six heures au bout desquelles la malade succomba.

Le retour des accidents, alors que la malade paraissait presque entièrement guérie, la persistance du coma, l'albuminurie et le bruit de galop du cœur, modifièrent le premier diagnostic et firent présumer à M. Lancereaux que la malade avait été atteinte d'urémie, mais qu'en même temps elle pouvait avoir eu une lésion cérébrale, vraisemblablement une hémorrhagie.

L'autopsie vint confirmer ce second diagnostic. Malgré le jeune âge de la malade, son système artériel était pris dans la plus grande étendue, le cœur notablement hypertrophié, les reins petits, granuleux et fortement sclérosés; des artères parenchymateuses rétrécies par l'épaississement de la tunique interne et de la tunique externe, partaient des tractus fibreux qui allaient dissocier les tubuli. Les glomérules avaient subi la transformation fibreuse complète, d'autres étaient diminuées de volume. Les épithéliums étaient plus ou moins profondément modifiés.

Enfin, dans l'hémisphère droit du cerveau, existait un foyer hémorrhagique en voie d'enkystement, qui avait détruit la capsule externe et le noyau lenticulaire. L'hémisphère gauche était le siège d'un second foyer tout récent, qui avait fait irruption dans les ventricules et amené la mort. Ce foyer s'était produit également au niveau de la capsule externe, l'avait détruite, ainsi que le noyau lenticulaire et une partie du noyau caudé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Tumeur solide probablement tuberculeuse du mésentère.

Nous avons dit, dans une précédente leçon (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 445), que nous avions opéré un grand nombre de tumeurs solides et liquides du mésentère, dont la plupart des observations sont publiées, avec détails, dans les tomes III et IV de nos *Cliniques*. Quelques-unes de ces observations, comme on peut s'en assurer, ont présenté des particularités très intéressantes. Celle qui fait l'objet de cette clinique est surtout remarquable par sa rareté, par la difficulté du diagnostic avant, pendant et après l'opération, et aussi par l'heureux résultat du traitement.

Observation. — La malade qui porte cette tumeur est âgée de dix-huit ans. En 1879, alors qu'elle était à la maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis, elle a été affectée d'une albuminurie très intense qui a disparu quelque temps après. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de treize ans. Elle est pâle et a beaucoup maigri depuis plusieurs semaines. Le ventre a grossi, surtout depuis deux ans, sans qu'elle éprouve de douleurs. Au mois d'août 1885, elle eut des coliques et des syncopes pour lesquelles elle consulta le docteur Marcotte. Celui-ci constata pour la première fois la présence, dans la cavité abdominale, d'une tumeur solide, étendue de l'hypochondre et de la fosse iliaque gauches à la fosse iliaque droite. Cette tumeur, facile à reconnaître à la vue et au palper, débordait de quatre travers de doigt la ligne médiane à droite de l'ombilic. Pendant les semaines qui suivirent, elle augmenta de volume et devint tellement douloureuse que le médecin et la famille vinrent me prier d'en faire l'ablation. A ce moment, elle avait si bien la forme, la consistance, les rapports d'une rate hypertrophiée, que tous ceux qui la virent n'hésitèrent pas à affirmer qu'il ne pouvait s'agir d'une autre variété de tumeur. Partout à la percussion, elle était mate; en dedans et au-dessous d'elle, il y avait de la sonorité. Après avoir examiné, j'affirmai qu'il s'agissait d'une tumeur du mésentère qui résisterait à tout traitement médical, et qu'il serait inutile de recourir au sulfate de quinine, aux arsenicaux et à l'hydrothérapie dans le but de compléter le diagnostic.

Se fût-il agi d'ailleurs d'une tumeur de la rate, l'ablation n'eût pas été au-dessus des ressources de l'art, comme nous avons eu l'occasion de le prouver par des faits de notre pratique.

L'opération décidée, nous incisâmes les parois sur la ligne médiane, du pubis à l'épigastre; cette section montra d'abord que les parois étaient grasses et la malade hémophile. Mais en même temps, elle montra que la vessie, ainsi que le feuillet péritonéal qui la tapissait étaient soulevés jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Sans nul doute elle aurait été ouverte par un chirurgien peu exercé et qui n'aurait pas été prévenu, comme nous, par le cathétérisme uréthral de l'élévation insolite de cet important viscère. Faisant écarter par les aides les lèvres de la section, sur tout le reste de l'étendue de la plaie, nous vîmes que la tumeur était blanchâtre, encéphaloïde, bosselée, tapissée à la surface par les feuillets séreux du mésentère et par de longues anses d'intestin grêle, qui étaient aplaties et adhérentes, surtout à droite, et par la portion transverse et descendante du gros intestin.

Nous incisâmes le feuillet séreux mésentérique en dehors de ces anses intestinales, et nous le décollâmes avec le doigt de la surface de la tumeur. Cette dissection ne pouvant être aisément poursuivie, à cause du grand volume de la masse morbide et de ses connexions intimes avec les anses intestinales, je me hâtai de recourir à mon procédé de morcellement. J'incisai profondément la tumeur dans son milieu, et je reconnus aussitôt qu'elle était formée de lobes à parois épaisses, fibreuses, séparées l'une de l'autre par des cloisons résistantes de même nature, qui contenaient des artères et des veines dilatées, que nous pinçâmes sans retard. L'intérieur de ces lobes était rempli d'une matière stéatomateuse, jaunâtre, verdâtre, mélangée par places de matière caséeuse et de pus. Des éponges et des serviettes convenablement disposées suffisant pour empêcher ces matières de tomber dans la cavité péritonéale, j'ouvris successivement quinze à vingt loges semblables; toutes avaient le même contenu, étaient superposées, et semblaient communiquer entre elles. Je les vidai de ce contenu après les avoir largement ouvertes par l'intérieur et avoir excisé les parois et les cloisons qui les séparaient, en me servant de cuillers à bords tranchants et d'éponges montées. Ce temps de l'opération dura deux heures. Quand le tout fut terminé, il ne restait plus de toute la tumeur que le feuillet mésentérique aminci qui l'entourait et qui était lui-même adhérent, ramolli, épaissi au niveau des lobes qui avaient le mieux subi la fonte purulente. Au fond de la cavité, je reconnus que j'avais disséqué sur une grande étendue la face antérieure de la colonne vertébrale, ainsi que l'aorte et ses branches, dont je sentais les battements à nu. Je fis en sorte d'isoler ces vaisseaux importants, sans les ouvrir, en adossant l'une à l'autre les lèvres du feuillet mésentérique que j'avais eu soin de bien ménager, et en les suturant au moyen de dix points de suture profonds et de dix points de suture superficiels faits avec des fils de soie phéniquée à anses séparées. Au préalable, j'avais laissé dans la cavité six ligatures perdues.

Les suites de l'opération furent des plus favorables jusqu'au huitième jour ; la température ne s'éleva pas au-dessus de 37°,5 et le pouls au delà de 96. Au bout de quinze jours, la malade pouvait se lever, et nous la regardions comme entièrement guérie lorsque, un mois plus tard, elle fut prise de vomissements bilieux qui cédèrent au lavage de l'estomac. Quinze jours après, un abcès se formait sur le trajet de l'un des fils de la suture. Il fut ouvert et dès lors les vomissements cessèrent. Pendant le temps que cet abcès avait mis à se former, il y avait eu des symptômes péritonitiques qui avaient élevé à 39 degrés la température, qui tomba chaque fois que le docteur Barrault faisait le lavage de l'estomac. Dès que l'abcès fut ouvert, la température revint à 37 degrés ; l'appétit et les forces reprirent et la malade put retourner dans son pays.

Cette observation n'est pas seulement intéressante en ce qu'elle a été suivie d'un résultat heureux ; elle l'est aussi en raison des difficultés qu'a présentées le diagnostic. En effet, avant d'opérer, les chirurgiens qui avaient vu cette malade prétendaient, non sans apparence de raison, qu'il pouvait s'agir d'une tumeur de la rate, alors que la tumeur avait réellement pris naissance dans le mésentère. Au cours de l'opération, en morcelant la tumeur, nous étions fondé à croire qu'elle avait pris naissance dans les ganglions mésentériques, hypertrophiés, enflammés, devenus stéatomateux, caséeux, tuberculeux.

L'absence de tubercules dans les autres viscères semblait toutefois en opposition avec cette manière de voir. Aussi pour donner au diagnostic la précision désirable, il fallait recourir à l'examen histologique et à l'inoculation du pus aux animaux. M. Cornil voulut bien se charger de cet examen et nous communiqua le résultat de ses recherches. Or non seulement le microscope démontra qu'il s'agissait réellement de tubercules, mais encore l'inoculation donna la mort aux cobayes, à l'autopsie desquels on trouva des granulations tuberculeuses dans le foie, la rate et les poumons.

HYDROLOGIE

Châtel-Guyon.

Par M. le docteur H. Nogaro.

I

L'indication précise de Châtel-Guyon est la dyspepsie dans son acception la plus générale. Quelles sont, en effet, les conditions d'existence de la dyspepsie? Il en est trois, toujours fidèlement associées, qui s'engendrent l'une l'autre, qui sont les trois points du cercle vicieux dans lequel se meut le dyspeptique : c'est d'abord la présence de ferments figurés qui ont pris possession de la muqueuse digestive; en second lieu, la diminution des sucs digestifs, du suc gastrique, en particulier. Et cette indigence habituelle dans les sécrétions normales est précisément ce qui permet aux ferments figurés de se fixer, d'élire domicile dans l'appareil digestif, dans l'estomac principalement. Car, si le suc gastrique est abondant et riche en acide chlorhydrique (Henninger), sa vertu antiputride et fermenticide s'oppose à l'action et même à l'existence des germes parasites. Enfin, le troisième facteur de l'état de dyspepsie, c'est la stagnation alimentaire, corollaire des deux conditions morbides précitées. La stagnation est encore la conséquence, pour une autre part, de l'inertie des tuniques musculeuses; et cette inertie, à son tour, en dehors des dispositions originelles individuelles de l'organe, est sous la dépendance, soit du catarrhe concomitant, soit de la fatigue qu'impose le fardeau alimentaire trop longtemps supporté.

Ces conditions suffisent à constituer et à caractériser toute dyspepsie. Est-il vraiment nécessaire d'invoquer une modification particulière de l'estomac, celle désignée sous le nom de dilatation, et d'en faire le substratum anatomique, la lésion pathogénique des désordres que présentent les gastropathes? Cette lésion existe-t-elle bien réellement aussi souvent qu'on nous l'assure? Quoi qu'il en soit, dans la grande majorité des cas, il est superflu et peut-être arbitraire de faire appel à cette explication et de voir dans l'état physique du ventricule une modification autre que l'adynamie en plus. Mais alors pour caractériser dans l'estomac un état analogue à celui que Beau désignait sous le nom de dilatation adynamique du cœur, inertie suffit. On ne peut voir là qu'un caractère accessoire de la dyspepsie.

Les expériences physiologiques du docteur Laborde, celles des docteurs Aguilhon et Voury, les observations cliniques publiées par le docteur Baraduc, démontrent clairement que l'eau de la source Gubler possède trois qualités dominantes qui s'adaptent exactement aux trois caractères majeurs de la dyspepsie. En tant que laxative et purgative, elle réalise le lavage du tube digestif avec une perfection qu'on ne saurait attendre des moyens mécaniques. Par cet effet, la muqueuse se trouve nettoyée sur toute son étendue, des mucosités, des saburres, ou sécrétions catarrhales qui sont inséparables de la présence des ferments figurés. Ceux-ci, entraînés eux-mêmes ou déplacés, ne peuvent, comme toute graine qui serait remuée, se multiplier ni opérer leurs transformations de milieux.

C'est vraisemblablement cet effet, commun aux purgatifs de toute sorte, qui justifie en partie le rôle de dépuration attribué à ces agents et leur nom même. Ces mêmes raisons expliquent, en partie, le recours obstiné des gastropathes à la méthode évacuante et ce qui a fait le succès de tant de médecines, de tant de drogues tour à tour vantées comme des remèdes héroïques des affections gastro-intestinales.

La constipation dont la plupart des dyspeptiques sont affligés et qui, d'ailleurs, existe bien rarement sans qu'il y ait dyspepsie concomitante, ne tarde pas à céder sous l'influence de la cure hydrominérale. C'est là même le premier bénéfice que reconnaissent les malades qui boivent à la source Gubler. On peut même affirmer que ce résultat est obtenu sans aucune répugnance pour les malades et sans fatigue pour l'appareil digestif. Les malades sont extrêmement sensibles à ce premier bienfait des eaux. Pour eux, c'est un indice manifeste de leur efficacité. Et, en réalité, tout en allant plus avant dans l'interprétation de l'action purgative, le médecin juge comme le public. Pour l'un comme pour l'autre, le meilleur témoignage à invoquer en faveur de la source Gubler, c'est qu'elle triomphe de la constipation.

Mais dans l'eau de Châtel-Guyon, ce premier effet banal s'accompagne, comme adjuvant et correctif à la fois, de deux autres non moins importants. La source Gubler suscite une hypersécrétion des sucs digestifs tout le long de l'appareil digestif et dans les glandes annexes. Les anses intestinales s'emplissent de sérosité ; les selles sont bilieuses. L'appétit renaît et devient impérieux. Les digestions s'opèrent rapidement. Ainsi à l'action purgative et de lavage s'ajoute une action eupeptique qui corrige ce que la première pourrait avoir de débilitant.

Un troisième effet, non moins important dans le traitement de la dyspepsie, consiste dans son action tonique, dans la stimulation énergique qu'elle communique à la fibre lisse, et dont le chef du laboratoire de physiologie de la Faculté a tracé un tableau saisissant.

De même que l'action évacuante et l'hypersécrétion glandulaire provoquées par l'eau de Châtel-Guyon étaient propres à combattre efficacement les fermentations anomales et l'insuffisance des sucs digestifs, de même l'action tonique sur la fibre musculaire végétative a pour résultat de faire cesser la stagnation et l'état d'adynamie et d'inertie.

Ainsi, aux trois caractères fondamentaux de la dyspepsie, Châtel-Guyon oppose trois qualités exactement contraires.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

119. M. Florentin. Des divers modes de traitement du genu valgum. — 120. M. Delattre. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection. — 121. M. Revilliod. Notes cliniques sur les maladies des enfants. — 122. M. Soubhy-Saheb. Contribution à l'étude de la docimasie. — 123. M. Parizot. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — 124. M. Bonand. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes avec corps étrangers de l'orbite. — 125. M. Legrand. Essai sur la syphilis post-conceptionnelle. — 126. M. Druillet. De l'électrodactylie. — 127. M. Thoumas. Du traitement antiseptique de l'ulcère à hypopyon. — 128. M. Raison. Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations de chlorure de méthyle et d'éther.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (*physique, chimie et pharmacologie*). — Les leçons orales de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, ont commencé mercredi 9 juin 1886, à cinq heures de l'après-midi. Voici l'ordre dans lequel elles ont lieu :

Physique. — Mercredi 9, MM. Leroy et Malosse; — jeudi 10, MM. Borel et Didelot; — vendredi 11, M. Lauret;

Chimie. — Vendredi 11, M. Villejean; — samedi 12, MM. Lambling et Guérin; — lundi 14, MM. Morelle et Hugouneng;

Pharmacologie. — Mardi 15, MM. Thibault et Florence.

La première question donnée a été : « l'Hygrométrie ».

— *Concours de l'agrégation* (*anatomie et physiologie*). — Le jury a décidé qu'outre les épreuves pratiques d'anatomie et histologie, les candidats auraient aussi à subir une épreuve pratique de physiologie expérimentale.

— La première séance de l'épreuve orale du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central a eu lieu jeudi matin, 10 juin 1886, à neuf heures, à l'hôpital de la Charité; la question donnée a été : « Des causes de mort chez les diabétiques. » La seconde séance aura lieu, samedi matin à la même heure, à la Charité.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, suspendu pendant plusieurs jours par suite de l'absence forcée de Paris de M. Cruveilhier, juge titulaire, a recommencé jeudi soir, 10 juin 1886, à quatre heures.

— Les questions données pour la troisième épreuve éliminatoire du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris (épreuve orale) ont été : « 1° De la déviation du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. — 2° Des perforations centrales du périnée. » La quatrième épreuve éliminatoire (épreuve pratique de médecine opératoire) aura lieu demain samedi, 12 juin 1886, à neuf heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

— M. le médecin en chef de la marine Gillet, du port de Lorient, est nommé médecin en chef de l'escadre d'évolutions, en remplacement de M. Lucas, promu directeur du service de santé.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les inscriptions pour les examens de la licence ès sciences seront reçues au secrétariat, tous les jours de deux heures à quatre heures, du vendredi 25 juin au samedi 3 juillet 1886 inclusivement. Les épreuves commenceront le mercredi 7 juillet pour les sciences physiques et le vendredi 9 juillet pour les sciences naturelles.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Hallez (Paul-Marie-Joseph), docteur ès sciences, est chargé des fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Barrois.

— Par décision de la commission scolaire du 31 mai 1886, les élèves officiers de santé de première année sont tenus de subir en juillet le premier examen de fin d'année. Cette disposition s'applique aussi aux élèves officiers de santé qui seraient dans l'intention de renoncer à leurs inscriptions d'officiat pour prendre des inscriptions de doctorat.

— A l'occasion du cinquantième anniversaire de son existence, la Société de médecine d'Anvers organise un concours portant sur les questions suivantes :

1° Exposer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches, en se basant sur les résultats cliniques obtenus depuis l'introduction des pansements antiseptiques. — 2° La rage peut-elle être communiquée à l'espèce humaine? Dans l'affirmative, quels sont ses symptômes, ses lésions, son traitement? — 3° Exposer le traitement préventif et curatif de la fausse couche. — 4° Étiologie de l'ictère.

Le prix, pour chacune de ces questions, consistera selon le mérite de l'ouvrage, en une médaille d'or, de vermeil, ou en une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les *Annales* de la Société et cinquante exemplaires tirés à part pour l'auteur.

Les mémoires ne pourront avoir plus de *deux* feuilles (soit trente-deux pages d'impression), et devront être envoyés au secrétariat, rue Osy, 43², dans les formes académiques habituelles, avant le 1er décembre de cette année.

Le rapport sur le concours et la proclamation des lauréats se feront lors de la séance solennelle de célébration du cinquantenaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Système vasculaire. Circulations locales, procédés d'injections des veines du cœur vers les extrémités, par le docteur L. Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris. Première partie : *la Main.* — Cette première partie a été couronnée par l'Académie des sciences. — 1 vol. gr. in-8° cartonné, avec 4 planches en chromo hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Des pseudo-tabès, par le docteur Leval Picquechef. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur la régénération des nerfs périphériques, par le docteur Henri Marcigney, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 98 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Étude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale, par le docteur Jules Ladroitte. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds, par le docteur E. Maurel, médecin de première classe de la marine. Grand in-8° de 120 pages, avec 20 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude sur les méningo-myélites chroniques, par le docteur Béhier. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil, faites à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu par le professeur Panas. In-8° avec 5 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches sur l'appareil génital des vieillards, par le docteur Ernest Desnos. In-8°, 1886. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19667.

1

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

DE L'ECZÉMA CHRONIQUE, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Dépôt pour la vente en gros : COIRRE et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

31

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau*, *des muqueuses*, *articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

37, rue de Rome, à la Société *hydro-minérale*.

136

VIN DURAND TONI DIGESTIF

Le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs et d'un goût exquis.

Dyspepsie, anémie, constipation, convalescences.

Le **VIN DURAND** est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif ni purgatif, détruise la constipation ; c'est la preuve indiscutable qu'il rétablit les fonctions digestives.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris et par les principales sommités médicales.

8, avenue Victoria, Paris.

39

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiques cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(**Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.**)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

60

JACCOUD, DICTIONNAIRE (COMPLET)

et tous les **ouvrages de médecine** sont fournis **immédiatement** à des **conditions très avantageuses.**

DELAUNAY, 146, boulevard Saint-Germain, Paris.

113

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	**Peptonisent 30 grammes** albumine.
Ou cinq pilules Defresne...........	**Dédoublent 11 grammes** corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif......	Saccharifient 10 grammes amidon.

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DÉFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, *rue des Lombards*, et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE*.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées*.

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

17

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

19

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas. MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

99

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes*, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

10

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux et Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

69

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

23

QUINIUM ROY GRANULÉ SOLUBLE

Extrait aqueux de quinquina et quinium réunis, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes du quinquina.**

Tonique	**Fébrifuge**
2 cuillerées à café.	2 à 3 cuiller. à bouche.

Le flacon, *4 fr. 50.* Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.

Exiger la signature ci-contre.

A. Roy

2

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

38

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE,

Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites*; dose : de 2 à 6 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Phies.

Frémint

88

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose, leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.**

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

97

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose, œdème pulmonaire,* « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

69

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉS PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cie Fs Montmartre, Paris.

52

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDÉ,
Lauréat de l'Acad. de méd. (Prix Orfila).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rhythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies et besoins circulatoires.**

DOSAGE. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.

MODE D'EMPLOI. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*

DÉPÔT. — Phie A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

72

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

29

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

25

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

170

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 69. — MARDI 15 JUIN 1886. 59e ANNÉE. MARDI 15 JUIN 1886. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Rétrécissement de l'orifice aortique.

Sur l'un de nos brancards de la salle des hommes est actuellement couché un jeune garçon atteint d'une affection du cœur, d'un rétrécissement aortique.

A l'auscultation, nous entendons, à la base de l'organe cardiaque, un souffle systolique dont le maximum est dans le deuxième espace intercostal et qui se propage, en s'atténuant, vers la pointe et vers l'aisselle. Ce souffle est bien celui d'un rétrécissement aortique et non celui de l'insuffisance mitrale. Le premier bruit du cœur est normal, il est seulement un peu dur. A la partie moyenne du cœur on constate en plus une modification du rythme et du timbre, renflement et souffle tendant à devenir méso-systolique soit qu'il tienne à quelque péricardite, ce que je ne crois pas parce qu'il ne s'accompagne d'aucun frottement; soit qu'il provienne du poumon, ce qui tout d'abord me paraît plus probable, parce qu'il a son maximum dans ce point où le poumon est réduit à une lame mince, ensuite parce qu'il n'existe pour ainsi dire aucune hypertrophie du cœur. Ces modifications n'auraient par suite aucune importance.

En somme notre malade a donc un rétrécissement aortique assez notable, si j'en juge par l'intensité du souffle à la base du cœur et sa propagation à grande distance. De là un certain obstacle à la circulation du courant sanguin en raison même du rétrécissement et non par suite d'une énergie plus intense des contractions ventriculaires car le pouls est petit, faible, mou, assez dépressible, et donne seulement le chiffre 14 au sphygmographe. Donc, je le répète, en raison du degré très léger d'hypertrophie cardiaque, le souffle tient bien véritablement à un rétrécissement assez notable de l'orifice aortique, ce qui ne veut pas dire que nous ayons affaire à un orifice très étroit, mais moyennement étroit.

Dans ces conditions, quel pronostic devons-nous émettre? Nous devons tout d'abord tenir compte de l'âge du malade. Ce jeune garçon a dix-huit ans, et sa maladie remonte à l'âge de douze ans, car il s'agit bien d'une lésion acquise et non d'une lésion congénitale, d'une lésion survenue, à la suite d'une attaque rhumatismale, à douze ans. C'est à cette époque qu'il a commencé à avoir de l'oppression, des battements de cœur en marchant. Depuis lors le mal a toujours été en progressant.

A l'âge de notre malade et jusqu'à vingt-cinq et trente ans même, les affections acquises sont le plus souvent des affections mitrales, puis à partir de trente ans, l'égalité s'établit peu à peu entre les lésions mitrales et les lésions aortiques, pour celles-ci devenir, à leur tour, plus nombreuses passé la cinquantaine. A cette époque de la vie, en effet, ces dernières sont le résultat d'une aortite se propageant à l'orifice de l'aorte et à ses valvules. C'est vers l'âge de soixante ans que les lésions aortiques atteignent leur maximum.

Ici, nous n'avons rien de mitral, nous avons affaire à une affection absolument de l'orifice aortique, suite d'une endocardite et non d'une aortite primitive, car l'aorte n'est pas dilatée comme elle devrait l'être dans ce dernier cas. Notre malade a eu, à douze ans, une endocardite primitive, rhumatismale, qui s'est localisée sur les valvules sigmoïdes de l'orifice aortique, dont elle a par suite déterminé un certain degré de rétrécissement. Si les affections mitrales sont beaucoup plus fréquentes à cet âge que les affections aortiques, ces dernières cependant ne sont pas absolument exceptionnelles ainsi que le démontrent, entre autres ouvrages, le *Traité* de MM. Rillet et Barthez, la thèse de M. Blache, etc. Mais cette maladie n'a pas ordinairement la marche qu'elle présente ici. Généralement le mal reste latent pendant bien des mois, voire même pendant une et deux années, et c'est alors que surviennent des accidents graves qui peuvent entraîner la mort.

Chez notre malade si la maladie n'a rien eu de latent, d'autre part, elle n'en est pas arrivée à cette gravité. Cependant il s'agit d'une affection incurable, quoique dans certains cas elle ait paru s'atténuer au point de laisser croire à une guérison véritable. J'ai conservé le souvenir de plusieurs jeunes enfants dont l'état, très grave à un moment donné, s'atténua à tel point que tous les accidents disparurent complètement. Mais si l'organisme, chez l'enfant, peut exceptionnellement s'acclimater à la lésion de l'orifice aortique, lorsque les années arrivent avec les travaux inhérents à l'adolescence ou à l'âge adulte, ces travaux, par les efforts qu'ils nécessitent, deviennent par eux-mêmes une cause déterminante d'altérations cardiaques, de troubles fonctionnels reprenant leur essor.

Chez notre malade l'organe, adultéré depuis six ans, est fait actuellement pour un fonctionnement médiocre, de sorte que si ce jeune garçon a la sagesse voulue, s'il n'excite pas son système musculaire par un service trop actif, s'il peut vivre d'une existence calme, l'ondée sanguine n'aura pas grand besoin d'augmenter. Or ceci est d'une haute importance, car un orifice rétréci ne peut laisser passer qu'une certaine quantité de sang, le cœur a des fonctions restreintes et ne peut dépasser une certaine mesure sans danger, sans qu'il en résulte un dommage plus ou moins grand. Et au fur et à mesure que le cœur peut moins facilement lancer dans les vaisseaux une quantité suffisante de sang, il se produit une stase sanguine, de la dilatation ventriculaire, et la dyspnée succède à une anhélation antérieure. C'est là ce qui arrive quand le travail est trop considérable.

Chez notre malade, ainsi que je le disais en commençant, le cœur gauche est médiocrement hypertrophié, il n'existe aucune distension des cavités droites. Mais cela durera-t-il longtemps? Tout cela tiendra au mode d'existence de ce garçon, et, s'il peut mener une existence calme, il pourra jouir d'une vie encore assez longue, sauf bien entendu le cas de maladies intercurrentes que nous n'avons pas à discuter ici.

Cependant il présente un autre phénomène morbide sur lequel je veux appeler votre attention. Il se plaint d'une douleur légère dans le bras gauche, douleur qui s'étend jusque dans le petit doigt de la main du même côté. Quoique légère encore, elle n'en est pas moins très redoutable, car elle peut être le signe d'une angine de poitrine symptomatique d'une lésion cardiaque, d'un rétrécissement des artères coronaires du cœur, ou symptomatique aussi d'une lésion nerveuse, d'un trouble gastro-cardiaque.

Chez lui, il s'agit d'une angine de poitrine pouvant le tuer subitement, d'autant plus que la douleur n'est pas nocturne, mais diurne seulement, et alors qu'il se livre à un travail de doreur sur bois, lequel nécessite quelques efforts. De sorte que, en résumé, son angine de poitrine tient à un rétrécissement des artères coronaires, c'est-à-dire à une prolifération de son aortite.

Donc, bien que les poumons soient en bon état, qu'il n'existe pas d'œdème, que les urines soient normales, l'état du malade n'est nullement rassurant, et quelque asystolie peut n'être pas éloignée.

Quant au traitement, je dirai que sa lésion est déjà bien ancienne pour qu'une médication puisse avoir quelque succès. Quelquefois cependant la médication iodurée a réussi contre les proliférations de l'aortite étendues aux artères coronaires; dans ce cas je préfère l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, afin de ménager davantage le tissu cardiaque. Mais ce sur quoi j'insisterai surtout, c'est sur une bonne hygiène, sur une vie très calme, sans efforts, sans surmenage et sans émotions.

DU TRAITEMENT DU STAPHYLOME CONIQUE

PAR UNE EXCISION D'UN LAMBEAU SEMI-LUNAIRE DE LA CORNÉE

Par le docteur Galezowski.

Le staphylôme conique, pellucide ou kératocone, est une de ces affections oculaires dans lesquelles, ni la pathogénie ni le traitement, ne sont, jusqu'à présent, bien définies ni bien arrêtées.

Le processus morbide de cette maladie consiste en une distension ectopique du centre de la cornée, qui se déclare habituellement d'une manière progressive, sans qu'il se présente la moindre altération, soit du côté des membranes internes de l'œil, soit du côté de l'iris ou de la cornée elle-même, au moins en apparence.

Plusieurs auteurs rapportent cette maladie à une inflammation lente avec ramollissement du tissu cornéen. Sichel père croyait que le staphylôme conique était le résultat d'une ulcération centrale de la cornée. Cette opinion ne peut être non plus soutenue, car combien de fois voyons-nous des ulcères au centre de cette membrane, chez les enfants comme chez les adultes, sans qu'il y ait, pour cela, à quelques exceptions près, de staphylôme conique. D'autre part, nous savons aujourd'hui, d'une manière positive, que le kératocone apparaît d'abord dans les yeux dont les cornées ne présentent aucune inflammation ni ulcération; cette dernière lésion manque souvent complètement, ou si elle se produit, c'est ordinairement à une période très avancée de la maladie.

En excisant des morceaux de la cornée staphylomateuse et en les faisant examiner au microscope par MM. Remy et Baraqueur, j'ai pu me convaincre que la cornée, dans sa partie centrale, a subi une distension et un amincissement considérables. On voit donc, que sous l'influence de la pression des muscles extrinsèques, cette membrane amincie se distend et prend une forme conique.

Tel est, selon moi, le mécanisme de cette affection, à laquelle sont plus particulièrement sujettes les personnes d'une constitution faible, et débilitées par certaines maladies.

On a parlé de l'influence héréditaire. Cette cause existe-t-elle réellement? C'est ce qu'il est difficile d'affirmer, mais ce qui est certain, c'est que l'affection s'observe quelquefois chez plusieurs membres de la même famille. J'ai opéré cette année une jeune fille de Toulouse de staphylôme pellucide des deux cornées, et, quatre ans auparavant, j'avais opéré une de ses sœurs de la même affection, également sur les deux yeux, ce qui semblerait prouver qu'il y a une certaine prédisposition, non pas héréditaire, puisque les parents n'ont point eu cette lésion, mais plutôt de famille, qui tient peut-être à une constitution faible et anémique. Mais ce qui est certain pour moi, c'est que, le plus habituellement, le staphylôme attaque les deux yeux plus tard.

S'il règne une grande incertitude relativement à l'étiologie et à la pathogénie du kératocone, l'opinion des auteurs sur le traitement de cette affection est encore plus indécise. C'est ce qui ressort de la lecture des ouvrages, même les plus modernes, sur cet intéressant sujet. La méthode de de Graefe est connue; il faisait au sommet du cône un lambeau de 3 millimètres d'étendue, avec son couteau à cataracte, pour l'exciser immédiatement avec les ciseaux, mais en évitant de pénétrer dans la chambre antérieure. Quelques jours après l'opération, on commençait à cautériser la plaie avec le crayon mitigé de nitrate d'argent, cautérisation qu'on renouvelait tous les deux ou trois jours; quelque temps après, on devait faire des paracentèses répétées, jusqu'à ce que la cicatrisation se soit faite. Cette méthode a donné d'assez bons résultats entre les mains de de Graefe, mais depuis, elle a dû être modifiée de différentes manières et finalement abandonnée comme trop douloureuse et incertaine dans ses résultats, à cause d'un large leucome consécutif.

Quelque temps après, Bowman a proposé de faire une

trépanation au centre du staphylôme. Abadie a proposé la trépanation avec iridectomie.

Après avoir passé en revue toutes ces méthodes, et les avoir expérimentées avec des succès différents, les auteurs du *Handbuch*, de Graefe et Saemische, déclarent qu'il y a encore une grande incertitude sur les avantages de ces différents procédés, et l'on se contente, pour le moment, de soigner le kératocone par l'ésérine et la pilocarpine.

Frappé des difficultés de l'exécution de la méthode de de Graefe, ainsi que des souffrances occasionnées par des cautérisations prolongées, j'avais pris la résolution, dès 1870, d'exciser un lambeau de la cornée, près du centre, en forme semi-lunaire, et d'amener ensuite la cicatrisation par la simple compression. Par ce moyen, j'ai obtenu le rétablissement de l'acuité visuelle normale et la guérison du kératocone.

J'ai communiqué mon procédé au Congrès international d'ophthalmologie tenu à Londres en 1872 (1), et depuis, je n'ai pas cessé de l'appliquer avec un plein succès.

Bader (2) a communiqué, dans le même congrès, son procédé, qui diffère du mien en ce sens qu'il excise le centre du staphylôme et produit ainsi un leucome central qu'il est obligé de tatouer, et de faire ensuite une iridectomie préventive, ou, quelque temps après, la staphylotomie. De plus, il applique une suture cornéenne qui me paraît tout à fait préjudiciable au résultat définitif.

En quoi consiste cette méthode opératoire?

Elle consiste en une incision d'un petit lambeau horizontal semi-lunaire, au-dessus de l'axe visuel, long de 4 à 5 millimètres et large, dans sa partie centrale, de 2 à 3 millimètres; l'incision est pratiquée de la manière suivante :

Après avoir instillé le collyre de cocaïne cinq ou six fois dans l'espace d'une heure avant l'opération, je saisis de la main gauche le globe de l'œil, à sa partie supérieure, tout près de la cornée, à l'aide d'uue pince; pendant ce temps, de la main droite, j'enfonce le couteau de de Graefe dans la cornée, à 3 millimètres du centre et à 2 millimètres au-dessous de son diamètre horizontal; je la traverse de part en part, le tranchant tourné en bas, puis je fais la contre-ponction à la distance de 6 millimètres de la ponction, et je laisse un petit lambeau cornéen de 4 millimètres de hauteur. L'incision terminée, je confie la pince à fixer à un aide, et après avoir saisi le lambeau cornéen avec ma pince à pupille, j'incise un lambeau semi-lunaire de la cornée dans toute l'étendue de la plaie, de la hauteur de 2 à 3 millimètres, selon le degré du staphylôme. L'opération est ainsi terminée, et il ne reste plus que le pansement et les soins consécutifs qui sont tout aussi importants que l'opération elle-même.

1° En premier lieu, il faut savoir que l'instillation d'atropine dans le staphylôme conique, soit avant soit après l'opération, constitue un danger et ne doit pas être employée. J'ai vu, en effet, chez un de mes opérés, il y a une dizaine d'années, un glaucome se déclarer à la suite d'instillations répétées d'atropine.

C'est à l'instillation d'ésérine ou de pilocarpine qu'il faut avoir recours : on en instillera quelques gouttes immédiatement après l'opération, et l'on rabattra aussitôt les paupières;

(1) Galezowski, *Report of fourth international ophthalmological Congress, held in London, August*, 1872, p. 33.

(2) Bader, « Two cases of conical cornea » (*Report of ophthalm. Congress, in London* 1872, p. 29).

2° Dans le dernier œil opéré, j'ai fait le pansement gélatineux, que j'emploie actuellement après l'extraction de la cataracte. Des plaques de gélatine carrées, de 1 centimètre 1/4, arrondies dans les coins, qui sont imprégnées de cocaïne, de sublimé, sont introduites entre les paupières, et placées directement sur la plaque cornéenne, puis on recouvre les deux yeux avec le bandage compressif.

3° Une des conditions essentielles du succès de l'opération est le maintien de bandage sur les deux yeux, sans ouvrir les paupières pendant huit ou dix jours, pour empêcher l'écoulement de l'humeur aqueuse, si la coaptation de la plaie n'était pas encore établie d'une manière assez solide. Par une ouverture prématurée des paupières, on s'expose à voir la plaie se découvrir, la chambre antérieure se vider et l'iris prendre adhérence avec la plaie cornéenne.

Depuis 1871, j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération vingt fois, et je n'ai vu se produire la synéchie antérieure que trois fois; j'attribue ces trois cas à l'ouverture prématurée des paupières avant le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie cornéenne. Dans un seul cas, l'adhérence irienne m'a donné l'idée d'employer l'atropine, et il en est résulté un glaucome, que j'ai pu arrêter par une iridectomie. Dans les deux autres cas, l'adhérence était si peu prononcée, qu'elle n'a pas empêché le rétablissement complet de l'acuité visuelle normale.

Après les premiers huit jours qui suivent l'opération, je ne laisse ouvert que l'œil non opéré; le dernier, je ne le rends libre qu'au bout de douze ou quinze jours.

4° L'immobilité aussi complète que possible du malade, pendant les premiers cinq ou six jours, est aussi nécessaire. Néanmoins je ne vois pas d'inconvénient à ce que les malades changent de position, s'ils sont couchés; pourvu qu'on évite les mouvements brusques et qu'on leur défende de faire des contractions violentes des paupières.

5° Les malades se plaignent, pendant les premières vingt-quatre heures et quelquefois plus longtemps, de picotements et de sensations du gravier dans l'œil, quelquefois même des douleurs. Ces sensations seront combattues par des arrosages de l'œil avec la solution de sublimé, mais il ne faut, à aucun prix, ouvrir les paupières et les graisser avec de la vaseline boratée, puis remettre de nouveau la bande.

Voici les résultats de mon procédé opératoire dans les onze cas que j'ai opérés jusqu'à présent :

1° Dans un des premiers cas, j'ai eu l'adhérence de l'iris et un glaucome consécutif à l'instillation répétée de l'atropine, que j'ai dû arrêter par une iridectomie. Le résultat a été négatif : la malade conserve sa faculté de distinguer les gros objets. Le champ visuel interne est resté aboli.

2° Dans les deux autres cas de synéchies antérieures, l'acuité est devenue normale.

3° Dans un cas, la malade avait été prise, dès le premier jour après l'opération, d'une ophthalmie et d'une angine croupale qui ont amené une névrose partielle de la cornée. Cet accident ne put être nullement rapporté à l'opération.

4° Dans tous les autres cas, j'ai eu des résultats tout à fait satisfaisants, avec disparition complète du staphylôme conique et rétablissement de l'acuité visuelle normale. On pourrait m'opposer que le cas que je présente est encore trop récent, pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat définitif de l'opération. A cela je pourrais répondre que mon expérience est faite depuis longtemps sous ce rapport, et que, jusqu'à présent, je n'ai pas vu un seul cas de récidive après l'opération.

Il y a quatre ans, j'ai opéré une jeune fille d'un staphylôme conique aux deux yeux avec un plein succès. Cette année, la mère m'a amené sa seconde fille, atteinte de la même affection; je l'ai opérée sur les deux yeux et j'ai obtenu une guérison complète.

En présence du peu de confiance que les chirurgiens modernes montrent pour les méthodes opératoires qui ont été vantées dans ces derniers vingt ans, et persuadé des avantages qu'offre mon procédé, j'ai cru utile de communiquer les résultats de ma pratique.

Dans le rapport que M. Terrier a lu à la Société de chirurgie sur mon travail, il m'accuse d'avoir pris le procédé à Bader qui, dit-il, avait pratiqué cette opération depuis 1862. M. Terrier se trompe complètement, car Bader n'a communiqué sa méthode qu'en 1872, époque à laquelle j'ai communiqué la mienne, au même congrès. Si M. Terrier voulait se donner la peine de lire le compte rendu du congrès, il verrait, comme je le dis plus haut, qu'il y a une différence entre les deux procédés.

La malade qui a servi de sujet pour ma communication à la Société de chirurgie était atteinte d'un staphylôme conique aux deux yeux et je l'ai opérée avec un plein succès : l'œil gauche, le 21 septembre dernier, et l'œil droit, le 14 octobre. Elle ne voyait plus à se conduire de son œil gauche, tellement son staphylôme conique de la cornée était développé. L'œil droit était moins atteint, le staphylôme conique de ce dernier œil n'était qu'à son début. Les deux yeux sont aujourd'hui guéris et l'acuité visuelle est presque normale; comme on peut en juger par les détails de l'observation suivante :

Observation. — *Staphylôme conique aux deux yeux; opération; guérison.* — Mlle Ch..., âgée de vingt-quatre ans, demeurant en Bourgogne, fille d'un myope, avait toujours, dit-elle, une excellente vue au loin. Ce n'est qu'en 1882 qu'elle s'est aperçue d'un affaiblissement de la vue à distance, à la suite d'une série d'accès de fièvre palustre. Elle vint me consulter pour la première fois en juin 1885, et j'ai constaté sur son œil gauche un staphylôme très prononcé, avec un affaiblissement de l'acuité visuelle porté à un tel degré, que c'est à peine si elle pouvait distinguer et compter les doigts à 10 centimètres. De l'œil droit le staphylôme est moins accusé; elle peut lire. A l'ophthalmoscope, on constate une ombre.

Je pratique la staphylotomie sur l'œil gauche le 21 septembre dernier, et je maintiens les deux yeux fermés jusqu'au 14 octobre, époque à laquelle j'opère l'œil droit. Le pansement est fait avec les rondelles de gélatine et le bandage compressif.

La malade n'a éprouvé que de légers picotements pendant tout le temps du traitement.

Aujourd'hui, 19 novembre, les deux yeux sont guéris, il n'y a point d'astigmatisme pathologique, ni normal ni anomal.

Voici l'état actuel de sa vision :

1° Œil droit lit le n° 1 de l'échelle typographique à 25 centimètres de distance sans lunette, et au loin elle voit très bien avec 2,25 D.;

2° Œil gauche lit sans lunette n° 1 de l'échelle typographique à la distance de 10 centimètres; au loin elle distingue très bien avec n° 10 Dioptries concaves.

Ce cas est tout à fait concluant; il prouve que l'opération, telle que je l'ai pratiquée, n'est point dangereuse, puisqu'elle a réussi dans les deux yeux, sans avoir donné lieu à la moindre inflammation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Rapports de l'ostéomyélite et des ulcérations superficielles de la peau ou des muqueuses. — M. LANNELONGUE a eu l'occasion d'observer, dans son écurie, un poulain qui, à la suite d'une ulcération de la cavité buccale, a été pris d'un gonflement énorme de la région frontale, de suppuration, de phénomènes généraux graves qui se sont terminés, en quelques jours, par la mort. A l'autopsie de ce cheval, on constata de la suppuration du crâne et du cerveau, des abcès métastatiques du poumon, une péricardite suppurée, etc.

Rapprochant ce fait de ce qu'on observe chez l'homme, M. Lannelongue a, depuis lors, soigneusement examiné tout le corps des petits malades qui lui étaient amenés avec les phénomènes du début de l'ostéomyélite et, dans tous les cas, il a constaté chez eux la présence d'ulcérations superficielles sur une partie quelconque du corps, soit d'ecthyma, soit d'eczéma ulcéré. Ces accidents cutanés peuvent apparaître de huit jours à trois semaines avant les accidents confirmés de l'ostéomyélite. Il y a lieu de se demander si ce n'est pas là une porte ouverte aux micro-organismes, aux agents infectieux, dont on constate la présence dans les cas d'ostéomyélite.

M. TRÉLAT fait observer que M. Lannelongue n'a fait que constater la possibilité de la porte d'entrée des agents infectieux, mais qu'il n'a pas constaté le fait.

M. LANNELONGUE ajoute qu'il n'y a pas de rapports de siège entre les ulcérations superficielles et l'ostéomyélite.

M. TERRIER ne croit pas que les vétérinaires aient décrit jusqu'ici, chez les animaux, l'ostéomyélite aiguë telle qu'elle existe chez l'homme. Il doute donc que le poulain observé par M. Lannelongue ait eu de l'ostéomyélite aiguë.

M. LANNELONGUE répond que le poulain en question n'a été que le point de départ des recherches qu'il a faites depuis sur les enfants. Il ajoute que cet animal a présenté tous les caractères cliniques de l'ostéomyélite aiguë.

Claudication intermittente; gangrène du membre inférieur. — M. TERRILLON présente un malade atteint de claudication intermittente. C'est un homme de trente-sept ans, alcoolique, qui a été pris l'année dernière, en août, de claudication intermittente, laquelle a été en augmentant pendant un mois. Alors apparut une petite phlyctène au gros orteil. La gangrène gagna bientôt la moitié du pied; les vaisseaux de la jambe s'oblitérèrent; bientôt apparurent des ulcérations gangreneuses superficielles sur la jambe. Cet homme souffrait horriblement. M. Terrillon fit l'amputation de la jambe. Le malade fut aussitôt soulagé de ses douleurs; il guérit très rapidement de son amputation. On ne sent plus l'artère poplitée. A l'autopsie de la jambe, on constata une sclérose de l'artère tibiale postérieure.

Uréthrotomie interne. — M. HORTELOUP pense que la divulsion peut rendre des services. Il en a obtenu de très beaux succès. Pour les rétrécissements compliqués de fistules urinaires et d'abcès, il préfère l'instrument tranchant. La lame courante de Maisonneuve offre de réels dangers. M. Horteloup a fait construire un uréthrotome agissant directement de dedans en dehors. Avec cet uréthrotome, il a fait soixante-six opérations. Il n'a jamais eu de cas de mort ni d'accidents graves. Le seul inconvénient est qu'il faut quatre instruments. Sur ces soixante-six malades, il n'a eu à constater que six récidives. Mais on sait que beaucoup de malades ne reviennent pas malgré les recommandations qu'on leur fait. Dans les cas de rétrécissements anciens avec fistules urinaires, urines ammoniacales, etc., M. Horteloup préfère de beaucoup l'uréthrotomie externe. En résumé ces divers procédés, divulsion, uréthrotomie interne, uréthrotomie externe, ont chacun leurs indications.

M. HUMBERT, très partisan de l'uréthrotomie interne, a pratiqué onze fois cette opération; il n'a jamais eu d'accidents et ne croit pas avoir eu de récidives. Il n'a jamais forcé et n'a jamais employé que la lame moyenne de l'uréthrotome. Il a toujours eu recours aux pansements antiseptiques avant, pendant et après l'opération. Il laisse la sonde à demeure seulement pendant vingt-quatre heures. C'est, selon M. Humbert, grâce aux précautions antiseptiques, que l'uréthrotomie interne est devenue une opération inoffensive.

M. POLAILLON a traité soixante-deux cas de rétrécissements de l'urèthre par la dilatation lente. Sur ces soixante-deux cas, il n'a eu à recourir que treize fois à l'uréthrotomie interne qu'il considère comme l'*ultima ratio*, la dernière ressource. Trois fois seulement, il eut de légers accidents. Selon lui, l'uréthrotomie interne est une opération bénigne à condition qu'on ait recours à l'antiseptie.

M. MARC SÉE ne passe jamais de sonde pendant les deux ou trois premiers jours après l'uréthrotomie interne. Il ne commence à dilater qu'après le troisième jour. Il est convaincu que cette manière de faire évite bien des accidents.

ÉLECTION

M. Peyrot est nommé membre titulaire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXXIV

Léon Fairmaire et Signoret (de Paris). — Membres distingués de la Société entomologique de France, vinrent en juillet 1853 pour chasser quelques heures sur les bords de l'Adour; Signoret parcourut en connaisseur ma collection d'hémiptères; Fairmaire est auteur d'une Faune entomologique de France.

Milne Edwards (de l'Institut). — Professeur d'entomologie au Jardin des plantes, et de physiologie à la Faculté des sciences de Paris. Me fit visite le 22 septembre 1853, avec ses deux filles et son fils Alphonse, au retour d'une grande tournée dans la chaîne des Pyrénées. En 1861, Milne Edwards et son fils revinrent à Saint-Sever pour la recherche des crabes fossiles; je les accompagnai aux marnières de Trabay.

De Saussure (de Genève). — Petit-fils de l'auteur des *Voyages dans les Alpes*, entomologiste s'occupant spécialement d'hyménoptères; il m'a fait cadeau de ses ouvrages imprimés avec luxe.

Wesmael (de Bruxelles). — Entomologiste fort distingué, principalement adonné à l'étude des hyménoptères et particulièrement des *Ichneumons*, sur lesquels il a publié des opuscules qu'il m'a envoyés.

Stal (de Stockholm). — En 1857, j'établis des relations avec ce savant entomologiste qui s'occupait surtout de l'ordre des hémiptères.

Fée (de Strasbourg). — Professeur de botanique à la Faculté de Strasbourg, ancien pharmacien principal des armées. Nous étions en correspondance depuis trente ans au sujet des lichens, lorsqu'en octobre 1857, il me procura sa connaissance personnelle en venant à Saint-Sever : il avait alors soixante-sept ans, taille avantageuse, corps bien pris, belle figure avec de la fraîcheur, physionomie agréable, homme d'esprit, très instruit, parole et plume faciles, botaniste et littérateur. Il avait fait la campagne d'Espagne en 1809 et avait parcouru les divers grades de la pharmacie militaire; officier de la Légion d'honneur. Sachant qu'il s'occupait surtout de la classe des Fougères, je lui fis cadeau d'une collection spéciale que je tenais de mon ami Bory (retour de Bourbon et de Maurice). L'année suivante, le professeur Fée m'offrit sa gracieuse hospitalité à Strasbourg, lorsque je me rendis avec mon fils Gustave dans cette ville, à l'occasion du Congrès botanique. En 1863, nous sommes encore en relations épistolaires.

De Freycinet. — Ingénieur du département des Landes, passionné pour la géologie. En 1853, trente ans, taille un peu au-dessous de la moyenne, blond un peu épilé, figure régulière, instruit, s'exprimant avec grande facilité. Nous fîmes ensemble l'excursion aux marnières fossilifères de Meignos. Nous allâmes aussi à Trabay, à Houtet près Condures, localités des crabes fossiles.

Duvernoy (de l'Institut), professeur au Jardin des plantes et au Collège de France, l'ami, le continuateur des publications de George Cuvier. Nous avons été, pendant plus de trente ans, en correspondance amicale et scientifique. De mon âge, grand, maigre, figure pâle, très marquée de la petite vérole, physionomie sérieuse, triste, poitrine délabrée, grand travailleur; il a généreusement enrichi ma bibliothèque de ses principaux ouvrages d'anatomie. Duvernoy, qui avait primitivement pratiqué la médecine à Strasbourg, mourut à Paris en mars 1855. Sa veuve remit à mon fils son médaillon en bronze fait par David d'Angers.

Leprieur. — Pharmacien militaire, membre de la Société entomologique, mon fidèle correspondant à Bône (Algérie). Actuellement (1863), il est pharmacien en chef à l'hôpital de Colmar. Il m'a fait de nombreux et toujours intéressants envois d'insectes; je ne le connais que par sa photographie.

Comendador. — Professeur de zoologie à l'Université de Barcelone, m'a fait de bons envois entomologiques de la Catalogne (hyménoptères).

Giraud, de Vienne (Autriche). — Savant entomologiste, spécialement livré à l'étude des hyménoptères.

Henri de Poudenx. — D'une des plus anciennes familles de notre pays, médecin érudit, grand, maigre, figure et allure d'un Anglais, caractère grave, aimable et spirituel dans l'intimité, instruction universelle, mémoire prodigieuse, polyglotte, ayant voyagé en Orient, en Afrique, en Amérique, s'étant fracturé la jambe en faisant l'ascension du pic de Ténériffe, fut mon ami pendant trente ans; il mourut à Dax, à peine âgé de soixante ans; il me légua plusieurs livres de sa bibliothèque. Il était accablé de goutte, paralysie et misère.

Schœrer, de Berne (Suisse). — Pasteur protestant, célèbre lichénologiste, vint en août 1847 passer dix jours auprès de moi soit pour parcourir ma collection de lichens où il a laissé des annotations de sa belle écriture, soit pour faire quelques excursions sur mes domaines asturiens. Il n'avait que deux ans de moins que moi, mais il paraissait beaucoup plus âgé : taille moyenne, peu d'embonpoint, catarrheux, mise peu soignée; il était parti de Strasbourg avec Schimper et Mougeot, deux autres botanistes; celui-ci, par suite d'un accident, fut obligé de rétrograder. D'après mes indications, Schœrer avait scruté les lichens du midi oriental de la France et de la chaîne des Pyrénées : il me fit part de nombreux échantillons qui acquirent à mes yeux une grande valeur de science. Au retour de ses nombreuses et fructueuses explorations, Schœrer ne tarda pas à publier une nouvelle lichénographie où ma collection a l'honneur d'être souvent citée : il m'envoya tous ses ouvrages; il mourut vers la fin de l'année 1848.

Schimper (de Strasbourg). — Vint me voir avec Schœrer, le 4 août 1847 et passa six jours avec nous; il était alors conservateur du Musée d'histoire naturelle de Strasbourg. Né en Allemagne, à Stuttgard, Schimper avait la quarantaine : grand et bel homme, de manières simples et affable, savant très instruit, auteur avec Bruch de la *Bryologia europœa*. Il eut la bonté de passer en revue les mousses de ma collection et d'y établir une nomenclature rigoureuse, c'est un service scientifique dont j'apprécie toute l'importance. Schimper est aussi prompt à nommer et à distinguer les diverses espèces de mousses que je pourrais l'être à déterminer les plantes phanérogames qui me sont familières. Il était parti de Lyon avec Schœrer et mon ami Mougeot : celui-ci ayant eu la mauvaise chance de se fouler le pied à Avignon,

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 528.

Schimper continua l'itinéraire avec Schœrer jusqu'à Montpellier, puis il se dirigea vers la sierra Nevada de Grenade, afin d'y chasser le bouquetin de ces montagnes qui constitue une espèce nouvelle; après avoir constaté ce fait et exploré la botanique de cette sierra, Schimper gagna l'Andalousie où il assure avoir découvert une nouvelle espèce de lièvre. Il vint ensuite à Madrid, visita le Musée, explora les montagnes de Guadarrama, par Bayonne; il rejoignit Schœrer à Bagnères-de-Bigorre, d'où ils s'acheminèrent ensemble vers Saint-Sever. Le savant naturaliste de Strasbourg nous quitta pour continuer sa tournée des Pyrénées. Je le retrouvai au congrès de Strasbourg en 1858.

Docteur Théophile Roussel. — Agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Me fit visite, le 4 et le 5 octobre 1847, chargé par le ministre de l'agriculture et du commerce d'étudier la pellagre dans les diverses contrées où cette maladie s'est manifestée: quarante ans, taille au-dessous de la moyenne, assez d'embonpoint, teint décoloré, allure méridionale; il est de la Lozère, mais réside à Paris. Pendant deux ans il a été interne à l'hôpital Saint-Louis; il est par conséquent familiarisé avec la connaissance des affections cutanées: il a de l'esprit, de l'instruction et la parole facile. Pour accomplir sa mission, il a parcouru la Lombardie, le centre et le midi de la France, les Pyrénées. Il va se rendre à Bordeaux, à Agen, dans la Lande maritime jusqu'à Bayonne, et en Espagne, jusqu'à Madrid.

D'après ses observations, la pellagre ne se produirait que dans les pays où l'on cultive le maïs et sur les gens pauvres; en Bourgogne, où le maïs mûrit rarement, la pellagre a presque disparu depuis que les habitants ont pris l'habitude de faire sécher au four tout le maïs destiné à la consommation: ils séparent les plus beaux épis pour les conserver comme semence. M. Roussel assure que ces précautions, prises depuis vingt ans en Bourgogne, ont fait disparaître la pellagre; il n'a rencontré aucun cas de pellagre dans la vallée de Luchon, mais il en a observé plusieurs à Nay, à Sempé, à Pau. Les médecins italiens traitent cette maladie avec succès par une alimentation azotée et tonique, régime approuvé par M. Roussel. Je lui ai fait visiter notre petit hôpital; je lui parlai du traitement de la teigne par la pommade de goudron qui m'a fourni plusieurs cas de guérison. Il serait essentiel de savoir si l'espèce de teigne appelée *favus* se guérirait par ce moyen, ce qui constituerait une précieuse découverte: la *teigne flavescente*, qui est la plus commune, est la moins rebelle à ce traitement. M. Roussel croit que le favus dépend du développement d'une sorte de cryptogame ou mucédinée, un *sporothricum*. Ce cryptogame siégerait surtout dans la croûte fondamentale. Nous avons aussi parlé de la gale: M. Roussel a observé que le *sarcopte* ne se trouve jamais qu'aux vésicules des mains, très rarement aux pieds chez les individus qui marchent pieds nus, jamais aux bras, aux cuisses, à l'abdomen, où l'on constate cependant vésicules et démangeaisons; quant à l'ergotisme, M. Roussel pense que l'ergot possède une propriété déprimante, sédative, plutôt qu'irritante. J'indiquai à M. Roussel la localité d'Aurice (plaine de l'Adour) comme pouvant présenter quelques cas de pellagre: MM. Cazaban et Lestelle, officiers de santé, purent en effet lui soumettre quelques sujets à observer.

Victor Rendu. — Inspecteur général de l'agriculture, accepta mon hospitalité en août 1848 pendant deux jours: Parisien, quarante-cinq ans, très instruit, esprit aimable. Je lui fournis tous les renseignements agronomiques sur les coteaux et dans la plaine de nos environs.

Ad. Brongniart. — De l'Institut. Professeur de botanique au Jardin des Plantes, fils du célèbre minéralogiste; vint me voir en août 1856 avec son fils: cinquante-six ans, taille moyenne, figure maigre, nez prononcé comme son père, conversation agréable et parole facile. Il nous quitta pour se rendre à Biarritz et puis aux Pyrénées.

Fabre (d'Avignon). — Professeur au lycée d'Avignon. Se mit en relation avec moi en 1857: observateur d'un tact exquis, écrivain d'une imagination brillante, style entraînant, plein de charme. Il s'était livré à l'étude des mœurs, du genre de vie, des métamorphoses des *cerceris*, des *meloe*, des *anthophora*. Malheureusement, il n'a pas persévéré dans cet esprit d'observation: s'étant jeté dans les spéculations de la chimie appliquée, il a tronqué son beau talent ainsi que notre correspondance.

Docteur Costallat (de Bagnères-de-Bigorre). — Le 1er juillet 1858, j'eus la visite de ce confrère qui, s'occupant de la pellagre, allait pour se renseigner *de visu* dans la Lande maritime: il est convaincu que la cause de cette affection est une altération du grain de maïs, le *verdet*. Ce verdet, dont il me laisse des échantillons, est une sorte d'*ustilago* ou moisissure verte qui attaque le germe du grain; sous une lentille de 300 diamètres, c'est une poussière composée de sporules sphéroïdes: sur le maïs de mon grenier, M. Costallat n'a trouvé de grains malades que 1 p. 100.

Raulin (de Bordeaux). — Professeur de géologie à la Faculté des sciences de Bordeaux. Vint passer la journée du 21 août 1858 avec moi et mon ami Perris (de Mont-de-Marsan): il prépare la carte géologique agricole de notre département. Homme de quarante-sept ans, grand, maigre, pâle, intrépide voyageur, fort instruit. Il a séjourné quelque temps dans l'île de Crète, dont il publie une notice d'histoire naturelle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 juin 1886, M. Giraud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été promu au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Concours d'agrégation de chirurgie et accouchements.* — Ce concours s'est terminé vendredi 11 juin 1886, à sept heures du soir, par les nominations suivantes classées dans l'ordre ci-dessous pour chacune des six Facultés de médecine de France:

Section de chirurgie. — Paris: 1. M. Schwartz; 2. M. Jalaguier; 3. M. Brun. — Bordeaux: 1. M. Pousson; 2. M. Denucé. — Lille: M. de Lapersonne. — Lyon: M. Augagneur. — Montpellier: 1. M. Forgue; 2. M. Truc. — Nancy: M. Vautrin.

Section d'accouchements. — Paris: M. Maygrier. — Montpellier: M. Gerbaud. — Nancy: M. Rémy.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Les questions suivantes ont été données aux candidats pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, leçon d'anatomie et de physiologie: 1° Jeudi 10 juin, MM. Tapie et Guinard: Le pancréas. — 2° Vendredi 11 juin, MM. Rodet et Quenu: Muqueuse de l'intestin grêle. — 3° Samedi 12 juin, MM. Gilis et Nicolas: Glandes sudoripares et glandes sébacées.

— *Concours d'agrégation* (*physique, chimie et pharmacologie*). — Les questions suivantes ont été données aux candidats pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation:

Physique. — Mercredi 9 juin, MM. Leroy et Malosse: L'hygrométrie. — Jeudi 10, MM. Borel et Didelot: Thermoélectricité. — Vendredi 11, M. Lauret: Des tuyaux sonores.

Chimie. — Vendredi 11 juin, M. Villejean: L'antimoine et ses composés.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Carnelle, le dimanche 20 juin 1886. Le départ de Paris pour Presles aura lieu, par la gare du Nord, à 8 h. 25 du matin.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant: Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19672.

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

39

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

Dosage. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Mode d'emploi. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt: A. Houdé, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au **Convallaria Maïalis** (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et tes ph.

31

CAUTERETS (HAUTES-PYRÉNÉES)

Saison du 1er Juin au 30 Septembre.

Sources sulfureuses de :

LA RAILLÈRE, CÉSAR, MAUHOURAT

L'efficacité de ces eaux en boisson et en gargarisme, leur action tonique et reconstituante, ont donné à la station de Cauterets une réputation hors ligne.

Chez tous les marchands d'eaux minérales, ou écrire au *Directeur des Eaux*, à Cauterets.

170

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

15

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault*.

43

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de SALICYLATE DE BISMUTH délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie*.

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque Schlumberger et Cerckel, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. Chevrier, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie Gigon, 25, rue Coquillière. Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

84

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a procédé à deux élections. Elle a nommé comme membre associé étranger M. Michaux (de Louvain), et comme correspondant national M. Diday (de Lyon).

En ce qui touchait ce dernier, on s'étonnait autour de nous, au moment de procéder au vote, que ce fût encore chose à faire. Aussi le chiffre de la majorité qu'il a obtenue est-il énorme.

Cette fois il y eu séance. Mais la séance a été courte.

M. le professeur Brouardel a entretenu l'Académie des agents de destruction du cadavre humain, de ce qu'il nomme les travailleurs actifs et les dévorants dans la mort.

Ces travailleurs, paraît-il, se succèdent dans un certain ordre. Chaque espèce met un certain temps pour accomplir son œuvre spéciale. Quand un cadavre se momifie, ce sont eux qui se font les agents de cette momification; et en étudiant au microscope les débris qu'a laissés chaque bande derrière elle, en déterminant le point précis où on en est arrivé dans la succession de ces êtres, on peut dire combien de saisons chaudes se sont écoulées depuis la mort, et par conséquent à quelle année cette mort remonte. Dans dix circonstances, depuis trois ans, cette méthode a déjà conduit à des résultats qu'a confirmés d'une autre part l'enquête judiciaire.

M. Brouardel a rappelé que l'idée première en était ancienne; car ce fut un médecin d'Arbois, M. Bergeret, qui la conçut et l'appliqua avec succès il y a plus de trente ans.

L'Académie a entendu en outre deux courtes communications chirurgicales : l'une de M. Panas, sur le traitement de certaines formes de glaucome sans opération; l'autre de M. Monod, sur la néphrectomie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Pneumonie et péricardite ; néphrite, broncho-pneumonie et endocardite survenues à la suite d'un refroidissement.

I

J'ai à vous parler de deux malades qui nous offrent un grand intérêt, non seulement au point de vue clinique, mais aussi d'une question d'étiologie qui se rattache à leur histoire.

Le premier est un homme de cinquante et un ans, maçon, robuste, entré le 5 de ce mois au n° 19 de la salle Jenner, pour un état qui n'avait rien de bien sérieux, bien qu'il l'empêchât cependant de travailler, c'est-à-dire pour une bronchite simple sans fièvre. Aussi après trois jours de repos se trouvait-il assez remis pour songer à partir, lorsque le 9 dans la soirée après le violent orage suivi d'un abaissement prononcé de la température, dont vous vous souvenez, la fenêtre située immédiatement au-dessus de son lit s'ouvrit seule sans qu'on s'en aperçût et resta ainsi pendant assez longtemps. Notre homme dormait.

Le lendemain 10, au matin, il se plaignait d'un malaise général, de courbature, d'une certaine gêne dans la respiration ; et le soir, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'accident de la fenêtre, sa température s'élevait à 38°,4. A l'auscultation on ne percevait encore rien de particulier ; mais il n'en était plus de même le 11 au matin, où nous constations une pneumonie du lobe supérieur droit, et d'une partie du lobe moyen, pneumonie classique, régulière, avec température à 39°,6 le matin et 40 degrés le soir. Le 12 et le 13, même état.

Le 14, anxiété extrême, traits tirés, dyspnée sans rapport avec la pneumonie, 40°,2 le matin, péricardite complète, généralisée, avec frottement intense, qui vient s'ajouter à la pneumonie du côté droit, nous donne l'explication des phénomènes alarmants que nous observions depuis trois jours, et nous fait craindre quelques manifestations aussi sur les autres séreuses.

En raison de la rapidité du processus morbide, je devais songer, d'après les principes qui m'ont toujours guidé en pareils cas, à prescrire immédiatement le tartre stibié, mais d'autre part les trois jours de fièvre avaient considérablement abattu le malade, et par suite me faisaient hésiter dans son emploi par crainte d'un collapsus consécutif. Néan-

moins sachant que l'action du médicament serait surveillée avec soin par mon chef de clinique et mon interne, je prescrivis une potion avec 40 centigrammes de tartre stibié, avec injonction formelle de s'arrêter si la faiblesse paraissait augmenter. Le malade prit ainsi trois cuillerées de potion sur cinq; les vomissements ainsi que la diarrhée qui s'ensuivirent furent tellement abondants que l'on suspendit la médication, après en avoir obtenu tous les bénéfices sans en courir les dangers. Le soir même, en effet, la température était tombée à 37°,6. Le résultat utile, urgent, que nous poursuivions était acquis bien que le processus phlegmasique ne fût pas éteint. En effet, ce qu'il nous fallait obtenir à tout prix, c'était d'empêcher la péricardite de se compliquer d'épanchement liquide dans le péricarde sous peine de voir la dyspnée et l'affaiblissement du cœur acquérir une intensité extrême, capable de mettre les jours du malade en danger. Voilà pourquoi nous avons eu recours à la médication stibiée, médication avec laquelle aucune autre ne peut rivaliser. Je n'ai *jamais* vu, jamais, une péricardite sèche, *aiguë*, traitée à temps par le tartre stibié, se compliquer d'épanchement liquide. J'insiste sur l'épithète *aiguë*, parce qu'il faut que la péricardite s'accompagne de fièvre. Le fait, pour moi, est aussi certain qu'une équation mathématique. Par contre, aucune méthode thérapeutique n'exige plus de précautions. La péricardite est donc restée sèche et le malade vit encore, aujourd'hui 22, ce qui est un résultat énorme, vu l'état dans lequel il était le 14.

Le 16, au matin, nous constatons, à droite, une pleurésie sèche avec frottement si considérable qu'il était même perceptible à la main. Le même jour nous découvrons du côté gauche un foyer pneumonique du lobe inférieur avec léger épanchement pleural du même côté. L'état du malade s'en aggrave, la dyspnée reparaît, mais ce qui prédomine, c'est l'adynamie, si bien que, le 17, dans la matinée, si nous n'étions intervenu par des injections sous-cutanées d'éther, tout en continuant les stimulants, l'alcool, l'acétate d'ammoniaque, etc., le malade eût succombé. Au bout de deux jours nous étions garanti contre tout danger immédiat; la pneumonie droite entrait dans la période de résolution; le foyer pneumonique du côté gauche persistait, mais il n'augmentait pas. Cependant le cœur nous inspirait toujours des craintes de parésie cardiaque, de lipothymie et syncope léthale. Aussi, fort de l'expérience acquise déjà depuis longtemps, et tout en continuant les stimulants, je prescrivais immédiatement une infusion de digitale, de 30 centigrammes, et le lendemain de 40 centigrammes. Le pouls était alors misérable et d'une fréquence extrême. La digitale amena une amélioration notable, le cœur reprit un peu d'énergie; pendant ce temps la résolution de la pneumonie droite continuait, celle de la pneumonie gauche commençait, et les frottements du péricarde diminuaient d'intensité, tandis que ceux de la plèvre persistaient encore. Enfin depuis deux jours la température est tombée, hier soir elle était à 38°,4, ce matin à 38 degrés, et le malade est à la veille d'entrer en convalescence, montrant ainsi, — et j'insiste vivement là-dessus, — l'utilité de la médication intervenue dans ses trois parties : le tartre stibié, les stimulants généraux et les injections d'éther, puis la digitale.

Vous connaissez la tendance actuelle, tout à fait exagérée à mon sens, à nier l'influence du froid dans l'étiologie des maladies aiguës, surtout dans celles de l'appareil respiratoire, et cela au profit des doctrines microbiennes. Des noms considérables ont voulu rayer le refroidissement de l'étiologie de la pneumonie. Je ne nie certainement pas l'existence des microbes, mais je dis que soutenir une pareille théorie est une hérésie médicale. Le fait de notre malade est une nouvelle preuve qui défie toute contestation. Et les microbes trouvés par M. Netter dans ses crachats, trouvés nombreux surtout ces derniers jours, est-ce parce qu'une fenêtre s'est ouverte au-dessus de son lit qu'il les a avalés. Il les avait déjà dans son organisme, je le veux bien, et son refroidissement les a rendus nuisibles, soit! Mais nier le froid comme étiologie est une hérésie médicale, je le répète. C'est le froid, au contraire, qui a déterminé la pneumonie, et si la fenêtre n'avait pas été ouverte, cet homme n'aurait pas eu de pneumonie.

Mais je veux vous citer un autre fait. Au n° 15 de notre salle des femmes est une jeune fille de vingt-deux ans, domestique, robuste, qui a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au 2 de ce mois. Ce jour-là elle va au Luxembourg sans être plus couverte que dans sa cuisine. Elle rentre frissonnant et le soir même « elle se trouve malade ». Cependant comme c'est une fille courageuse, elle continue le lendemain et les jours suivants à travailler malgré des douleurs dans les membres, un malaise général, puis des vomissements, des douleurs de reins, une certaine gêne respiratoire, etc. Enfin, après avoir lutté ainsi pendant quinze jours, épuisée, n'en pouvant plus, elle entre dans mes salles le 17 au soir à peu près mourante. Je la vois le lendemain et je diagnostique : une néphrite énorme avec diminution considérable des urines, voisine de l'anurie; une broncho-pneumonie avec foyer maximum dans le poumon droit en avant; une endocardite généralisée à souffle si intense qu'il rend difficile en arrière l'appréciation des bruits respiratoires. L'état est des plus graves en raison de la dyspnée dont la cause réside bien plus dans la néphrite que dans la poitrine ou le cœur.

En effet l'albumine s'élève à 2 grammes 60 dans les vingt-quatre heures, tandis que les urines émises ne dépassent pas 300 à 350 grammes; l'urée est énormément diminuée : 9 grammes 50 en vingt-quatre heures le jour de son arrivée à l'hôpital au lieu de 30 à 32 grammes, chiffre normal; 6 grammes 4 le lendemain et 9 grammes 8 le troisième jour. Pas de fièvre, ce qui nous montre que la broncho-pneumonie est liée à la néphrite laquelle a été la première maladie en date.

Je n'insisterai pas sur les phénomènes morbides, mais bien sur ce nouvel exemple de l'influence du refroidissement comme étiologie de sa néphrite. Mais, dira-t-on, cette fille était peut-être antérieurement déjà néphrétique, albuminurique? A cela je répondrai que : ou bien elle n'avait pas de néphrite antérieurement au 2 de ce mois, et le froid est la cause de la totalité des accidents — et c'est là ma conviction; — ou bien elle avait une néphrite bien silencieuse, bien latente, puisque le 2 au matin encore elle se réjouissait de sa parfaite santé.

Il ne faut certainement pas, je le répète encore, exagérer l'influence du froid dans toutes les maladies, mais il ne faut pas non plus la nier, car pour moi elle est incontestable.

Voici le traitement auquel, chez notre malade, nous avons eu recours dès le 18 au matin : vu l'absence de fièvre, vu la néphrite et la dyspnée, nous n'avons pas recouru au tartre stibié, mais bien aux drastiques énergiques, à l'eau-de-vie allemande, au sirop de nerprun, puis le lendemain à l'oxygène, comme je le donne à tous les urémiques,

ainsi qu'au lait. Au bout de vingt-quatre heures, la dyspnée avait considérablement diminué.

Ce qui prouve bien aussi que la dyspnée tenait à l'urémie, c'est l'analyse du sang nous montrant la présence de 1 gramme 45 d'urée pour 1 litre de sérum du sang, au lieu de 16 à 18 centigrammes

Donc la malade avait été très grandement soulagée ; mais hier matin, 21, l'amélioration ne durait plus. La dyspnée avait reparu aussi grave que le jour de l'entrée à l'hôpital ; je ne crus pas devoir prescrire de nouveau les drastiques qui ne nous auraient donné qu'une détente moindre et de moindre durée, mais je fis pratiquer une saignée de 300 grammes, saignée dont l'effet devait être et a été immédiat. La fin de la journée, en effet, a été bonne, la malade a bien dormi la nuit, et ce matin l'état est beaucoup plus satisfaisant. A partir d'aujourd'hui j'institue la médication lactée complète et l'oxygène, car jusqu'à présent le traitement n'avait eu en vue que de combattre le danger imminent, c'est-à-dire la dyspnée.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

Un nouveau cas d'adénopathie intrathoracique ; de l'adénopathie bronchique en général.

I

L'observation par laquelle je vais commencer avec vous cette étude est des plus intéressantes. Il s'agit d'une fillette de treize ans, entrée dans nos salles il y a environ sept mois pour un véritable tirage trachéal, la voix éteinte, des accès de suffocation, mais sans le moindre phénomène fébrile, et le tout datant déjà de loin. Elle nous était présentée comme scrofuleuse, lymphatique, avec accès de suffocation prononcée surtout dans la soirée et un état très souffreteux le jour.

Elle passa quelque temps dans les salles des diphthéries, puis contracta une varioloïde ; enfin, guérie de cette dernière affection, elle quitta l'hôpital, conservant toujours un certain degré d'extinction de la voix ainsi que des accès de suffocation.

Il y a quelque temps, ces accès s'étant accusés davantage, elle nous fut ramenée dans les premiers jours du mois dernier. Le larynx et la cage thoracique furent examinés avec soin. Au laryngoscope on constata une paralysie de la corde vocale gauche et une certaine faiblesse de celle du côté droit. De plus la muqueuse était en partie dépouillée de son épithélium. Du côté de la poitrine il existait un emphysème double, et à l'angle de l'omoplate droite la sonorité était moindre, la respiration soufflante dans les deux temps sans retentissement de la voix. Par contre, rien de tout cela à gauche.

Quel diagnostic pouvions-nous donc émettre chez une enfant ayant une paralysie des cordes vocales d'un seul côté, des accès de suffocation très intense la nuit et des signes stéthoscopiques à peu près nuls du côté gauche ? S'agissait-il d'une laryngite ulcéreuse ? Non, le laryngoscope était absolument négatif à cet égard. Serait-ce quelque paralysie diphthéritique ? Pas davantage. Nous avons actuellement dans nos salles une de ces paralysies ; mais elle ne s'accompagne d'aucun des phénomènes que nous observons chez notre jeune malade, et surtout d'aucun accès de suffocation, d'aucun phénomène de tirage diurne ou nocturne. Donc il ne s'agit pas encore ici d'une paralysie diphthéritique quoique l'enfant ait contracté la diphthérie, lors de sa première entrée à l'hôpital, il y a sept mois environ, ainsi que nous l'avons dit en commençant. D'ailleurs, dès avant cette diphthérie, elle avait déjà ses accès de suffocation, puisque l'affection pseudo-membraneuse n'est survenue que cinq ou six jours après l'arrivée de l'enfant dans nos salles. Mais alors, en présence de quelle maladie nous trouvons-nous ? D'un emphysème pulmonaire ? D'une bronchorrée, d'une adénopathie bronchique ou intrathoracique ? Je m'arrête par exclusion à ce dernier diagnostic.

A Paris, et surtout dans nos maisons hospitalières, les petits enfants que nous avons l'occasion de voir et de soigner sont pour la plupart des petits lymphatiques, chez lesquels la moindre écorchure détermine l'engorgement de quelque ganglion. Et de même que ces ganglions lymphatiques que j'appellerai *externes* se prennent aisément, de même les ganglions lymphatiques *internes* ou viscéraux se tuméfient avec la plus grande facilité. Aussi l'adénopathie bronchique ou intrathoracique est-elle une maladie très fréquente chez les enfants, et qu'il importe de bien savoir reconnaître. Ce n'est pas que, dans la majorité des cas, elle entraîne fatalement des troubles fonctionnels graves ; non, certainement, mais elle est si fréquente, je le répète, que l'on peut dire que tout enfant atteint de bronchite depuis plusieurs jours présente de l'adénopathie intrathoracique. A plus forte raison les ganglions bronchiques sont-ils plus volumineux si l'inflammation des bronches dure, par exemple, depuis deux ou trois septenaires.

Mais avant d'entrer à ce sujet dans certains détails, il est nécessaire de vous énumérer brièvement les ganglions ou glandes des voies respiratoires, au point de vue topographique.

Ce sont d'abord les glandes trachéales, situées à l'entrée de la cage thoracique, sur les parties latérales de la trachée, où elles forment de véritables chapelets ganglionnaires. Leurs rapports sont ainsi les mêmes que ceux de la trachée. Puis viennent les glandes bronchiales qui accompagnent les bronches droite et gauche dès la bifurcation de la trachée et sont en communication avec les glandes trachéales ; puis encore les glandes pulmonaires nombreuses au niveau du hile du poumon, et s'étendant jusqu'à la quatrième division des bronches. Enfin nous trouvons les glandes cardiaques situées à la base du cœur, et les glandes post-sternales.

Tel est l'ensemble des glandes ou ganglions intrathoraciques qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de tous les organes environnants et s'anastomosent entre eux.

Maintenant, au point de vue anatomo-pathologique, nous dirons que toutes les fois que les organes respiratoires sont malades, les ganglions bronchiques ou glandes bronchiales ainsi que ceux du hile du poumon — pour ne nous occuper que de ceux-là — sont atteints et à des degrés divers selon la nature même de l'affection des voies respiratoires. Ainsi : 1° ils peuvent être simplement congestionnés, congestion aiguë bien entendu, dans le cas de bronchite aiguë, de pneumonie, de pleurésie simple ; 2° la congestion peut passer à l'état chronique, et les ganglions s'hypertrophier ; 3° dans un troisième cas, il peut y avoir adénite véritable et transformation du tissu ganglionnaire ; 4° les ganglions peuvent être l'objet d'une dégénérescence cancéreuse, ce qui est rare, ou tuberculeuse, ce qui est beaucoup

plus fréquent; 5° d'autres fois, enfin, les ganglions se ramollissent et suppurent, formant de petits kystes purulents qui peuvent s'ouvrir, soit dans le poumon, soit dans les bronches voisines.

Mais revenons à l'hypertrophie ganglionnaire, pour en faire connaître quelques-unes des conséquences immédiates. Lorsque l'hypertrophie siège au niveau des moyennes bronches, la compression plus ou moins forte qu'elle détermine entraîne une expansion moindre du poumon, une gêne respiratoire. Siège-t-elle dans les ganglions qui avoisinent les veines cave supérieure, cave inférieure, ou azygos, il se fait un temps d'arrêt dans la circulation, il peut se produire une tension plus grande du côté du cerveau, de l'œdème, voire même des hémorrhagies. La compression produite sur le nerf pneumo-gastrique, sur les plexus cardiaque et pulmonaire donnera lieu à des troubles respiratoires, à des phénomènes de dyspnée, d'angoisse, d'asthme, d'angine de poitrine, etc.

Dans leur *Traité classique des maladies des enfants*, MM. Rillet et Barthez ont parfaitement expliqué ces divers accidents, mais ce qu'ils ont omis de dire, c'est que l'adénopathie bronchique suivait une marche ascendante, une marche de déclin, présentant des oscillations plus ou moins grandes ainsi que des rechutes plus ou moins fréquentes.

Si maintenant nous entrons dans les détails, nous voyons que lorsque l'engorgement ganglionnaire se développe dans le voisinage des voies aériennes, la compression exercée par le ganglion produit une véritable atmosphère d'irritation; par suite, le passage de l'air est plus difficile, on entend un bruit laryngo-trachéal ou seulement trachéal, du sifflement, du cornage; le poumon est gêné dans son expansion par la compression des divisions des bronches, et peut devenir emphysémateux en même temps qu'il y aura rétraction des côtes. Cette compression se produit-elle sur l'artère pulmonaire, par exemple, le rétrécissement vasculaire qui en sera la conséquence fera que le poumon recevra moins de sang, qu'il y aura surcharge du côté du cœur et excitation cardiaque. Si la compression s'exerce à la fois sur les deux artères, les phénomènes auront une intensité beaucoup plus grande.

Au lieu d'agir sur les artères, l'hypertrophie ganglionnaire influence-t-elle les vaisseaux veineux, l'arrivée du sang dans l'oreillette gauche se trouvant entravée, rendue plus difficile, il se produira des accidents de stase sanguine dans l'organe pulmonaire, laquelle pourra déterminer une hypersécrétion, c'est-à-dire de l'œdème du poumon.

C'est ainsi que l'adénopathie bronchique pourra entraîner comme conséquences immédiates tout à la fois de l'œdème du poumon et de l'emphysème pulmonaire simple ou double, selon que la compression s'exercera sur l'un des poumons ou sur tous deux, sur les vaisseaux du côté droit ou gauche ou des deux côtés en même temps.

De plus encore, si la compression ganglionnaire a lieu sur la veine cave supérieure, elle amènera une stase sanguine du tronc veineux brachio-céphalique; les yeux, la face, seront bouffis, tuméfiés, toute la partie supérieure sera influencée. C'est ainsi que dans la coqueluche, par le mécanisme de l'hypertrophie ganglionnaire, le regard du petit malade est distrait, ses yeux sont injectés, la face est bouffie, l'encéphale est congestionné.

Des phénomènes analogues auront lieu lorsque la compression exercée par les ganglions hypertrophiés se produira sur la veine cave inférieure, sur la veine azygos; et les seules différences qu'ils présenteront tiendront au département même sur lequel rayonne le vaisseau lésé dans ses fonctions.

L'engorgement des ganglions, venant à comprimer telle ou telle partie du système veineux, peut amener aussi des accidents particuliers. Ainsi il donnera lieu tout d'abord à des phénomènes d'irritation; puis la compression étant plus considérable, il surviendra du hoquet, des spasmes de l'estomac, des vomissements, voire même parfois de la paralysie du côté de la glotte. Ainsi chez les phthisiques, par exemple, il surviendra ou une excitation ou une sorte de paralysie des plexus pulmonaire, cardiaque, et du pneumogastrique.

Si l'anatomie pathologique et la physiologie expliquent les phénomènes permanents, la symptomatologie, de son côté, rend compte des phénomènes passagers. Ainsi la dyspnée et l'orthopnée que l'on observera le soir, s'expliquent par des poussées congestives dépendant de l'inflammation locale des voies respiratoires. En un mot, ce qui permet à l'hypertrophie ganglionnaire de se développer, c'est un travail d'irritation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Damaschino, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie interne;

2° Des lettres de MM. Railliet et Barrier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger.

La commission présente : en première ligne, M. Michaux (de Louvain); en deuxième ligne, *ex æquo*, M. Van Beneden (de Louvain) et M. West (de Londres).

Le nombre des votants étant de 66, majorité 34,

M. Michaux obtient.	58 suffrages.
M. Van Beneden	8 —
M. West	1 —

En conséquence, M. Michaux est proclamé associé étranger.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant national.

La commission propose : en première ligne, M. Diday (de Lyon); en deuxième, MM. Grasset (de Montpellier) et Mahé (de Constantinople); en troisième, MM. Mandon (de Limoges), Picot (de Bordeaux), Tillot (de Luxeuil).

Le nombre des votants étant de 66, majorité 34,

M. Diday obtient.	60 suffrages.
M. Mahé.	5 —
M. Picot.	1 —

En conséquence, M. Diday est proclamé correspondant national.

COMMUNICATION

M. Panas lit un travail intitulé : *du Traitement de certaines formes de glaucome sans opération.*

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Les myotiques sous forme de collyre, considérés jusqu'ici comme de simples palliatifs, peuvent devenir des agents curatifs véritables dans certaines formes de glaucome.

2° Les formes qui semblent en bénéficier le plus sont celles pré-

cisément où les opérations seules (iridectomies, sclérotomies) se montrent souvent impuissantes.

3° Pour obtenir des myotiques tout ce qu'ils peuvent donner, il faut en prolonger l'usage pendant un temps plus ou moins long.

4° A tout prendre, ceux-ci constituent un moyen adjuvant des plus efficaces, toutes les fois que les opérations se sont montrées impuissantes à enrayer la marche croissante du processus glaucomateux.

5° Maintenant que l'attention des praticiens est attirée sur ce mode de traitement, j'espère que des observations cliniques du même genre ne tarderont pas à nous être communiquées par d'autres observateurs. »

RAPPORTS

Sur un cas de momification d'un cadavre; applications médico-légales. — M. BROUARDEL rappelle d'abord le fait communiqué à l'Académie par M. Audouard, professeur à l'École de Nantes, et l'interprétation proposée pour ce fait.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans dont le corps fut découvert complètement momifié dans un caveau où il se trouvait recouvert de paille. M. Audouard attribue à l'extrême sécheresse du lieu la conservation du cadavre et l'état dans lequel il était lorsqu'on le découvrit, plus d'un an après la mort. Le poids en était tellement réduit qu'une jambe détachée ne pèse plus que 860 grammes.

Cette jambe est mise sous les yeux de l'Académie. La peau en est plissée, brunâtre, rigide, sonore comme du carton. Quand on la presse, elle cède un peu en donnant la sensation d'un rembourrage interposé entre elle et les os.

M. Brouardel a fait examiner par M. Mégnin la poussière interposée en abondance entre les fibrilles desséchées du système cellulaire. Elle est constituée entièrement par les cadavres de myriades d'acariens de tous les âges appartenant à cinq espèces distinctes : le *Tyroglyphus siro*, le *Tyroglyphus longior*, le *Læpophagus œchinopus*, un uropode d'espèce nouvelle, et enfin le *Cheyletus eruditus*. Les quatre premières espèces sont des travailleurs actifs, des dévorants des matières organiques, et ils ont été les agents de la disparition des tissus musculaires, vasculaires et parenchymateux du cadavre. Mais le dernier, le cheylète, n'y a pas contribué ; c'est un chasseur d'acariens attiré par la présence des tyroglyphus dont il fait sa pâture habituelle.

Ce sont les acariens des premières espèces, apportés par la paille qui recouvrait le cadavre, qui ont été l'agent principal de la momification. Cette question présente un grand intérêt au point de vue médico-légal. Déjà en 1855 M. le docteur Bergeret (d'Arbois) a pu, par l'étude des nymphes et des larves d'insectes présentes dans le cadavre d'un nouveau-né momifié, établir que la naissance suivie de mort remontait à deux ans.

Depuis le 15 janvier 1878, M. Brouardel et M. Descout ont pu arriver déjà dix fois à un résultat analogue à l'aide des déterminations que M. Mégnin leur avait fournies des acarus trouvés dans les cadavres. M. Brouardel cite deux exemples pour montrer comment il faut procéder en pareil cas.

Un des exemples est relatif à un jeune garçon de sept à huit ans trouvé dans le courant de l'année 1882 dans une caisse à savon et complètement desséché, dans un logement du Gros-Caillou.

La momie, débarrassée de ses enveloppes, montre ses téguments collés aux os par suite de la dessiccation et de la disparition presque complète de la substance musculaire. Ces téguments sont détruits en très grande partie, et les os apparaissent recouverts d'une matière pulvérulente jaunâtre. Cette poussière examinée au microscope se montre entièrement composée d'acariens de l'espèce *Tyroglyphus longior* et de leurs déjections, on trouve en outre des débris de *dermites* et d'*anthrènes*.

Voyons maintenant les renseignements que l'on peut tirer, relativement au temps écoulé depuis la mort, de la présence des restes de ces différents insectes.

Quand un cadavre est exposé à l'air libre, il est envahi d'abord par des diptères ou asticots, qui absorbent toutes les parties liquides, puis viennent les dermites et leurs larves qui font disparaître les matières grasses, et enfin les anthrènes et les acariens qui dévorent les parties molles. Dans le cas actuel le cadavre était renfermé dans une boîte dont les ais mal joints, en arrêtant les gros coléoptères et les grosses mouches, ont laissé passer deux petites espèces de diptères dont les larves se sont multipliées rapidement. Chaque génération de ces insectes n'a en effet que six semaines à deux mois d'existence, et ils ont pris toute une saison chaude. Puis le froid est venu et au printemps suivant le cadavre, débarrassé des humeurs aqueuses, a été envahi par les dermites qui ont mis de quatre à cinq mois pour absorber le gras du cadavre. Puis sont venus les anthrènes et les acariens du genre tyroglyphus, qui se sont multipliés durant plusieurs mois. La mort de cet enfant remontait donc au moins à deux ans. L'enquête a prouvé que ces déductions étaient exactes.

M. Brouardel s'appuie sur cet exemple et sur d'autres semblables qu'il rappelle d'une façon plus ou moins détaillée, pour montrer quel parti les médecins-légistes peuvent tirer de l'examen microscopique des débris d'insectes pour fixer la date à laquelle remonte le commencement de la momification des cadavres que l'on retrouve à l'état sec.

Il propose d'adresser une lettre de remerciement à M. Audouard pour son intéressante communication. (Adopté.)

LECTURE

Sur la néphrectomie. — M. MONOD pratiqua la néphrectomie sur un malade atteint d'une néphrite interstitielle et chez lequel un kyste du rein, s'étant rompu, avait provoqué l'apparition d'une collection purulente périnéphrétique, et par suite, cette collection une fois ouverte, d'une fistule urineuse permanente. La cicatrisation de la plaie, une fois le rein enlevé, fut très longue à obtenir. Le malade resta dans le service pendant près de six mois.

Après avoir résumé cette observation, M. Monod conclut en ces termes :

« Les kystes du rein, complication fréquente de la néphrite interstitielle, peuvent donner lieu à une véritable fistule rénale.

Le diagnostic d'une pareille lésion est sur le vivant très difficile, sinon absolument impossible.

Mais on peut du moins, en faisant absorber aux malades des substances qui passent facilement dans l'urine, apprécier l'état du filtre rénal.

Si, comme dans le cas présent, il devient évident que le rein est profondément altéré, l'intervention chirurgicale, nécessaire pour la cure de la fistule, devra aller d'emblée jusqu'à l'ablation totale de l'organe malade. La néphrectomie simple serait à la fois insuffisante et dangereuse. » (Comm. : MM. Lannelongue, Marc Sée, Polaillon.)

La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

CORRESPONDANCE

Paris, le 15 juin 1886.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

Dans son numéro du 10 juin courant, la *Revue de médecine* a publié un travail sur l'*hystérie dans l'armée*, où l'auteur expose que cette affection « occupe dans la nosologie générale de l'armée une place importante, *qui n'a pas été soupçonnée jusqu'à ce jour...* »

Je vous serais fort obligé de vouloir bien rappeler que la *Gazette des hôpitaux* a, dès longtemps, donné à ses lecteurs une étude sur le même sujet, sinon sous le même titre (nos des 11, 18 et 20 novembre 1884) ; que cette étude, tirée en brochure une première fois chez Georges Chamerot, fut présentée à l'Académie de médecine par M. le baron Larrey, le 6 janvier 1885, et enfin qu'une deuxième édition, parue au commencement de 1886 chez J.-B.

Baillière, en a été remise à l'Académie le 2 mars, toujours sous les auspices obligeants de M. Larrey, qui s'est exprimé en ces termes :

« J'ai déjà eu l'occasion de présenter à l'Académie, de la part de M. le docteur Lanoaille de Lachèse, une brochure sommaire sur une névrose déjà observée chez l'homme par divers médecins et par lui, notamment chez des militaires atteints d'accidents épileptiformes ou même hystériques bien caractérisés. J'ai engagé l'auteur à compléter ses recherches sur ce trouble ou cè désordre de l'innervation appelé *tarassis*, pour ne plus dire, à contresens : *hystérie chez l'homme*... »

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, mes sentiments de meilleure confraternité.

E. LANOAILLE DE LACHÈSE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

129. M. LEGRAND. Contribution à l'étude des fractures de cuisse compliquées de plaies. — 130. M. BOURDEL. De la spléno-pneumonie. — 131. M. GAZALA. Essai sur la cause de la mort naturelle ou physiologique. — 132. M. JAILLET. Des laits fermentés et de leurs usages thérapeutiques. — 133. M. BOUSSUMIER. Étude sur un cas de vomissements fécaloïdes dans le cancer de l'estomac. — 134. M. DROUAULT. Des hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires. — 135. M. WROBLEWSKI. De l'emploi de la pilocarpine dans l'hystérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans son comité secret d'hier soir mardi 15 juin 1886, l'Académie des sciences a dressé la liste suivante des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la nomination de M. Vulpian comme secrétaire perpétuel :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Brown-Séquard et G. Sée.

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bouchard et Jaccoud.

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hayem et Charles Richet.

L'Académie décide, enfin, d'ajouter à la liste le nom de M. Villemin (du Val-de-Grâce).

— Par décret, en date du 11 juin 1886, M. Dautour, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade d'aide-pharmacien dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 14 juin 1886, M. Gougaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté préfectoral, en date du 11 juin 1886, M. le docteur Williomenet est nommé médecin suppléant de la préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Delaporte, nommé médecin titulaire.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation (deuxième épreuve) :

Anatomie et physiologie. — Mardi 15 juin 1886, MM. Poirier et Princeteau : Anatomie et physiologie du nerf de la septième paire (facial). — Mercredi 16 juin, MM. Variot et Ferré : Glande mammaire.

— *Concours d'agrégation* (*physique, chimie et pharmacologie*). — Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation (deuxième épreuve) :

Chimie. — Samedi 12 juin 1886, MM. Lambling et Guérin : Le cyanogène et les cyanures. — Lundi 14 juin, MM. Morelle et Hugouneng : Le mercure et ses combinaisons.

Pharmacologie. — Mardi 15 juin, MM. Thibault et Florence : Extrait de l'alcaloïde.

Demain jeudi, 17 juin, aura lieu la séance d'élimination et d'admissibilité des candidats aux épreuves suivantes.

— Les questions suivantes ont été données depuis mercredi soir pour la seconde épreuve éliminatoire (épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie) aux candidats du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris : 1° Diagnostic différentiel de la variole, de la scarlatine et de la rougeole pendant la période d'invasion ; 2° Du zona.

La prochaine séance a lieu ce soir, mercredi 16 juin 1886, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

— La quatrième épreuve éliminatoire (médecine opératoire) du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris a eu lieu samedi dernier, 12 juin 1886, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Les deux questions données ont été pour tous les candidats : 1° Ligature de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa ; 2° Ablation du premier métatarsien avec l'orteil.

A la suite de cette épreuve, les cinq candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives : MM. les docteurs Auvard, Boissard, Bureau, Loviot et Stapfer.

La première épreuve définitive (consultation écrite) aura lieu ce soir, mercredi 16 juin 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Deux concours de clinicat ont commencé aujourd'hui à neuf heures du matin :

1° Pour la nomination à trois places de chefs de clinique chirurgicale titulaire et trois places de chefs de clinique adjoints. Le jury se compose de MM. les professeurs Richet, président; Verneuil, Trélat, Panas et Lannelongue, juges. Les candidats, au nombre de cinq, sont : MM. les docteurs Barette, Castex, Guinard, Hache et Ozenne.

Le sujet de la composition écrite (première épreuve pour laquelle trois heures sont accordées) a été : « Sinus maxillaire; collections liquides de ce sinus. »

2° Pour la nomination à une place de chef de clinique d'ophthalmologie titulaire et une place de chef de clinique ajoint. Le jury se compose de MM. les professeurs Gavarret, président; Richet, Verneuil, Panas et Lannelongue, juges. Les candidats, au nombre de deux, sont : MM. les docteurs Valude et Kalt.

Le sujet de la composition écrite a été le même que celui du concours du clinicat chirurgical.

— M. le docteur Tavenaux est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XV° arrondissement de Paris.

— *Hôpitaux de Nantes*. — Le concours pour l'internat en pharmacie, ouvert le 10 mai 1886, s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Allaire, Lerat, Cordier, Baumé, Perrouin et Maynard. — *Internes provisoires :* MM. Brillanceau, Grias et Baré.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 juin 1886, dans la vallée de la Bièvre. — Rendez-vous à la porte d'Italie à midi.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le dimanche 20 juin, dans les bois de Clamart. — Départ de la gare Montparnasse à 11 h. 35 min. pour la station de Clamart.

— *Hygiène de l'enfance*. — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19690.

60

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si emarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.

Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30 francs** *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

49

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, lavages*, etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.
Dépôt : 105 rue de Rennes, Paris, et les Phies.

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

Dose moyenne. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

Indications. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du professr Bouchardat.

110

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2° En **Pilules**, à 10 centigr.; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. Boury, phcn, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

19

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.

Mariani, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

31

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina. Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

97

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.031,4
	gr.	
Beurre par litre	48.600	
Albumine	8.000	
Caséine	21.700	
Sucre de lait	54.700	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	140.000	140.000
Eau		891.400

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	1.979
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.616
Magnésie	0.128
Potasse	1.639
Soude	0.720
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.747
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris. Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

46

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiqt pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue. Fl. : 3f,50, — Echant. gratis à MM. les médecins. Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

44

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

31

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau, des muqueuses, articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

Mon Adam, 31, boulevard des Italiens, Paris.

66

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris

106

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris
Détail : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

23

QUINIUM ROY

Tonique — GRANULÉ — Fébrifuge

Extrait normal de quinquina formé de l'extrait aqueux et du quinium, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes** du quinquina.

Soluble dans l'eau et le vin.

Dosé à 0gr,10c d'alcaloïdes par cuiller à café.

Doses : 1/2 cuiller à café à une cuiller à bouche.

Pharmacie A. Roy,
3, rue Michel-Ange,
Paris, et pharmacies.
Exiger la signature.

A. Roy

10

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

PRigollot

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : 3 francs.

Phie, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes phies.

N° 71. — SAMEDI 19 JUIN 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 19 JUIN 1886. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Prolifération du bout supérieur du nerf médian sectionné; erreur de lieu; avivement des deux tronçons; réunion et régénération tardive du nerf.

L'année dernière, dans une série de Revues cliniques (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, pp. 561, 586, 652), nous avons exposé l'état actuel de la question, si controversée, de la régénération possible du nerf médian après sa section. A ce sujet nous avons rappelé, avec les renvois nécessaires pour les retrouver dans la collection de la *Gazette des hôpitaux*, les anciennes observations qui furent discutées les premières et nous en avons longuement développé dans ses détails une nouvelle qui présentait des particularités remarquables.

Chez un malade de M. Tillaux, la régénération nerveuse fut accidentellement prise sur le fait, pour ainsi dire.

Quand on découvrit, dans le but d'en réunir les bouts par une suture, le nerf médian qui avait été sectionné, il se trouva qu'entre ces bouts il existait un pont mince de substance nerveuse régénérée. Certains signes prouvaient d'ailleurs que le bout inférieur n'était plus isolé physiologiquement des centres nerveux. Quand on le pressait, par exemple, le malade accusait la sensation dite des amputés. Cependant la sensibilité ne s'était encore rétablie que d'une façon fort incomplète et partiellement dans la zone de distribution du nerf médian.

On se résolut à laisser la nature achever son œuvre. On réunit les bords de la plaie après avoir dégagé le nerf de ses adhérences avec l'ancienne cicatrice, et nous avons suivi pas à pas le travail spontané, rapide, de rétablissement des fonctions nerveuses.

Voici les phénomènes qui nous frappèrent particulièrement durant cette période.

Ce fut d'abord l'apparition d'une zone d'hyperesthésie très marquée occupant une partie de la surface du pouce, vers son bord, du côté de l'index, et de là s'étendant sur une partie de l'éminence thénar et remontant un peu vers la base de l'index.

Ce fut ensuite, sur l'index même et sur le médius, la manière dont s'effectuait l'envahissement des points jusqu'alors anesthésiés, par une sensibilité de retour. Les zones qui restaient encore complètement insensibles à toute excitation étaient bordées pour ainsi dire de tous les côtés par d'autres zones dans lesquelles les excitations, pour être perçues, avaient besoin de se prolonger. En outre, on remarquait que la sensibilité profonde à la pression reparaissait toujours la première; la sensibilité tactile superficielle venait ensuite; puis la sensibilité à la douleur; et en dernier lieu la sensibilité à la température. La zone frontière qui limitait chaque zone d'anesthésie se trouvait donc en quelque sorte subdivisée en quatre autres zones.

Enfin on découvrait, disséminés çà et là, quelques points étroits d'hyperesthésie.

Le retour des fonctions se fit d'une manière assez rapide mais irrégulière, avec des périodes d'arrêt et même de recul. Il était à peu près complet quand le malade quitta l'hôpital.

Nous avons tenu à rappeler ces détails parce qu'un nouveau fait, plus curieux peut-être, est venu compléter cette année les enseignements fournis par celui-là.

C'est encore dans le service de M. Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, que cette nouvelle observation a été recueillie.

Il s'agit d'une jeune femme employée dans une brasserie, qui, le 13 novembre 1885, en voulant retenir une porte vitrée dont le carreau s'était cassé, se fit, au-dessus du poignet, une plaie transversale assez profonde, de 3 centimètres environ de longueur. Cette plaie saigna beaucoup; un médecin, qui fut appelé en toute hâte, la sutura sans l'examiner autrement, et elle se réunit par première intention.

Mais les fonctions du nerf médian restaient à peu près abolies. Cette jeune femme ne pouvait plus, à ce qu'elle raconte, se servir de sa main. Le pouce, l'index, le médius, ne sentaient plus et ne pouvaient plus être amenés en opposition.

Au mois de janvier, durant trois semaines, la malade se fit tous les jours électriser, mais sans résultat.

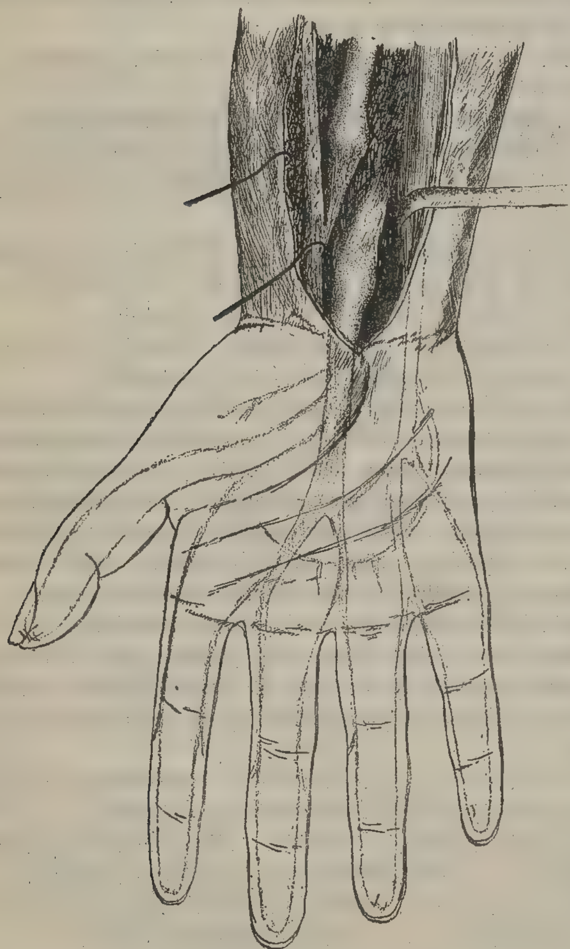
A partir du mois de février, elle parvint cependant à s'aider de la main blessée pour s'habiller, mais cela par une sorte d'artifice. Laissant de côté l'index et le médius, elle mettait les deux autres doigts en opposition avec le pouce.

Le 6 avril, elle se décida à venir se faire opérer dans le service de M. Tillaux, espérant recouvrer par la suture du nerf l'usage complet de sa main.

L'opération eut lieu le 12 avril. Le nerf blessé fut mis à nu par une incision longitudinale qui croisait l'ancienne cicatrice à angle droit.

Mais, — et c'est ici que ce fait devient extrêmement intéressant, — au lieu de trouver les bouts de ce nerf retournés sur eux-mêmes et absolument libres, comme dans certaines observations antérieures, au lieu de les trouver réunis l'un à l'autre par un pont mince de substance nerveuse de nouvelle formation, comme dans celle de l'année dernière que nous venons de rappeler plus haut, on vit que le bout supérieur avait fourni tous les éléments d'un travail semblable, mais que ce travail était resté parfaitement inutile par suite de ce que l'on pourrait appeler une erreur de lieu.

Comme chez le blessé de l'année dernière, comme chez les animaux sur lesquels M. le professeur Ranvier a étudié la régénération nerveuse, le bout supérieur après s'être renflé, après avoir proliféré sur place, après avoir pris, pour ainsi dire, la forme bulbeuse, avait émis des prolongements comme le fait, par exemple, le bulbe d'un poireau alors qu'il pousse. Si ces prolongements eussent rencontré l'autre bout du nerf, ils y auraient aussitôt pris racine, si je puis m'exprimer ainsi, et les fonctions du nerf auraient pu se rétablir par cette greffe. Malheureusement ce fut un autre tissu blanc, ce fut le tendon du palmaire grêle que rencontrèrent les *pousses* du tronçon supérieur du nerf coupé. Elles s'y fixèrent, y adhérèrent intimement, et ce dessin, fait pendant l'opération même, montre comment les choses se présentèrent sous la main de M. Tillaux.



Au poignet, on voit à nu dans la plaie les deux tronçons du nerf médian, absolument isolés l'un de l'autre, et dont l'inférieur est resté libre, sans adhérence, tandis que le supérieur est venu se greffer, par un prolongement de nouvelle formation, sur le tendon du palmaire grêle.

L'auteur de ce dessin, M. Ovide Benoît, élève du service de M. Tillaux, l'a complété en rappelant schématiquement, par un pointillé, la situation et la distribution anatomiques des nerfs sur la face palmaire de la main et des doigts. Une anesthésie plus ou moins marquée avait été constatée partout où sont indiqués des filets du nerf médian. Nous aurons à revenir sur ce point, nous bornant, pour le moment, à appeler l'attention sur l'état et la position relative des deux bouts du nerf divisé.

En cas pareil il n'y avait qu'une marche à suivre : isoler le bout supérieur de ses adhérences avec le tendon du palmaire grêle, l'aviver par une section, le mettre en contact avec le tronçon inférieur également avivé et assurer le contact par une suture. C'est ce que fit M. Tillaux.

Malheureusement chez cette malade, dont les conditions de santé générale n'étaient pas absolument bonnes, la cicatrisation immédiate de la plaie ne put être obtenue. C'est à peine si cette plaie est fermée depuis quinze jours. Il n'y eut donc pas non plus de réunion immédiate des bouts du nerf et rien ne fut changé d'abord par l'opération dans l'état soit de la sensibilité, soit de la motricité.

Mais il était certain que, les bouts étant en contact, le travail secondaire de régénération pourrait se produire, cette fois sans erreur de lieu; que, plus ou moins tard, les centres nerveux seraient remis en rapport avec les extrémités du nerf et que les fonctions se rétabliraient.

Cette prévision s'est déjà réalisée dans une large mesure.

Nous avons noté aujourd'hui chez cette opérée, maintenant sortie de l'hôpital depuis un certain temps : d'une part, une zone assez étendue d'hyperesthésie sur le bord du pouce et le bord correspondant de la base de l'index, hyperesthésie s'étendant aussi sur une partie de l'éminence thénar ; d'une autre part, des zones concentriques de sensibilité retardée, autour de zones très étroites d'anesthésie absolue, sur l'index et sur le médius ; et enfin quelques points épars d'hyperesthésie sur ces doigts.

Ce sont là, nous le savions déjà par l'observation, suivie par nous l'année dernière, d'un autre opéré de M. Tillaux, les signes certains d'un retour progressif de l'innervation dans les parties paralysées d'abord.

Cette Revue clinique étant déjà longue, nous remettons à la semaine prochaine les détails de cette observation nouvelle, si curieuse et si instructive.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique, crises de vomissements; traitement par l'iodure de potassium.

Il y a déjà longtemps que M. Bucquoy insiste sur l'action utile que peut avoir l'iodure de potassium en cas d'anévrysme, particulièrement lorsque la lésion porte sur le tronc brachio-céphalique. Non seulement il aurait obtenu par l'emploi de ce remède des améliorations, mais même une guérison complète, qui s'était maintenue lorsque M. Bucquoy revit le malade plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital.

Chez une femme de soixante-huit ans, actuellement couchée salle Sainte-Anne n° 18, à l'Hôtel-Dieu, les résultats, sans être aussi considérables, ont été déjà satisfaisants.

Cette femme se plaignait principalement de crises d'envies de vomir et de vomissements extrêmement pénibles, qui se reproduisaient par intervalles et qui duraient chaque fois

plusieurs jours. Ce qu'elle rendait surtout alors, c'était de la bile en assez grande quantité, et à cause de cela, elle se croyait atteinte d'une maladie du foie, attirant spécialement de ce côté l'attention des médecins qui l'examinaient.

Mais ce n'étaient là que des phénomènes dus à l'impression causée sur le nerf pneumo-gastrique par la tumeur anévrysmale qui l'avoisinait.

Cette tumeur, faisant saillie au-dessus du bord supérieur du sternum, venait recouvrir la glande thyroïde dans une partie de son étendue. Cette situation aurait pu d'abord faire penser à un anévrysme de l'artère thyroïdienne. Mais le peu de volume de la glande nourrie par cette artère devait écarter cette supposition. En introduisant le doigt sous le bord du sternum, on pouvait suivre, du reste, la direction de la tumeur et s'assurer que la base en était à droite et qu'elle se prolongeait obliquement à gauche, en remontant en avant du cou sous la forme de doigt de gant. Elle ne paraissait pas intéresser la carotide droite, mais prendre naissance sur le tronc brachio-céphalique, en restant d'ailleurs isolée de la crosse de l'aorte.

La malade, qui était entrée dans le service le 2 mai de l'année dernière, y resta dix mois, et durant ce temps elle y fut traitée par l'iodure de potassium, habituellement à la dose de 2 grammes par jour.

Un caillot s'était formé dans l'anévrysme; tous les phénomènes généraux, les crises de vomissements, les douleurs précordiales, les douleurs qui par intervalles se faisaient sentir vers l'épaule, s'étaient graduellement amendés et étaient devenus plus rares.

Quand cette malade quitta l'hôpital le 5 mars de cette année, elle se trouvait donc beaucoup mieux.

Cependant, dans les premiers jours, sous l'influence de la fatigue elle eut les jambes un peu enflées, mais cela se dissipa de soi-même. Le mieux se maintint pendant quelques semaines.

Puis de nouvelles crises de vomissements s'étant produites, la malade revint la semaine dernière dans le service de M. Bucquoy, où on lui fait prendre de nouveau l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes.

La tumeur n'a pas augmenté d'une façon notable, et en la palpant on y sent une partie dure, représentant l'ancien caillot qui s'était produit antérieurement sous l'influence de ce remède.

Crises de vomissements se rattachant à des coliques néphrétiques.

Au point de vue clinique, il peut être intéressant de rapprocher l'histoire de cette malade, chez laquelle des crises de vomissements très douloureuses, dominant la scène, avaient pour cause l'existence d'un anévrysme, de celle d'une autre malade chez laquelle des crises analogues, qui firent croire d'abord à une affection des voies digestives, étaient provoquées par le passage de calculs dans les voies urinaires.

Cette dernière malade se trouve actuellement à la Pitié, salle Valleix, n° 11. C'est une femme de soixante ans, fort intelligente, qui raconte d'une façon très claire ce qu'elle a éprouvé.

Restée veuve sans enfants, elle eut beaucoup de fatigues. Mais elle s'était toujours bien portée, — sauf une luxation accidentelle de l'épaule droite, il y a dix-huit ans, — lorsqu'en 1882 elle fut prise d'une manière subite de nausées, bientôt suivies de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, qui se prolongèrent pendant quatre ou cinq jours.

A la suite de cette crise, elle éprouva du côté de l'épaule autrefois luxée, des douleurs qui l'empêchaient de se servir de son bras droit pour s'habiller. A ces douleurs rhumatismales, qui paraissent avoir été surtout musculaires, en succédèrent d'autres portant cette fois principalement sur les articulations des mains et des pieds. Les mouvements devinrent douloureux. Les articulations faisaient souvent entendre des bruits de craquement. Il n'y avait pas du reste de rougeur très notable ni d'élévation considérable de la température locale, ni de fièvre ou de perte d'appétit. Cette femme, malgré la gêne que lui occasionnaient ces manifestations de l'arthritisme, n'en continuait pas moins une vie active.

L'année dernière, au mois d'août, elle fut prise, peu de temps après le repas, de vomissements qui lui firent croire à une indigestion. Ces vomissements se prolongèrent opiniâtrément durant plusieurs jours; en même temps se faisaient sentir des douleurs vives, que la malade compare à des déchirements, à des griffements intérieurs, et qui, ayant leur point de départ vers les reins, venaient aboutir vers la vessie et vers l'urèthre. Ces douleurs étaient tellement atroces, que la malade se roulait sur son matelas. Les envies d'uriner étaient continuelles, et en examinant son urine, cette femme s'aperçut qu'elle renfermait un assez grand nombre de petits corps durs, arrondis, dont quelques-uns avaient au moins le volume d'un gros pois.

Ce fut alors qu'on sut quelle était la nature de la maladie dont elle souffrait.

La crise dura en tout une huitaine de jours, puis jusqu'à cette année tout rentra dans l'ordre.

Il y a une douzaine de jours, les envies de vomir et les vomissements reparurent. Le 15 juin dernier, cette femme entra à l'hôpital, où elle rendit un petit calcul rougeâtre, moins régulier mais beaucoup plus petit que les calculs de la crise précédente, d'une couleur plus blanche, qu'elle a eu soin de conserver et qu'elle nous montre.

Les douleurs du côté des reins, des flancs, du ventre, de la vessie, ont été d'ailleurs cette fois assez modérées, et, comme dans la première crise, il y a quatre ans, ce sont les troubles digestifs qui ont de beaucoup dominé la scène.

L'urémie; désordres psychiques; délire ou folie urémique.

Phénomène relativement commun, le coma est, la plupart du temps, associé à d'autres manifestations urémiques. On a vu précédemment qu'il succède aux convulsions et qu'il accompagne fréquemment les paralysies urémiques. Mais dans certains cas, il reste isolé et constitue à lui seul tout le désordre cérébral. Il consiste en un simple état de somnolence, dont le malade peut être tiré par une interpellation ou une excitation un peu vive, et dure quelquefois des journées entières. Le malade, assis le plus ordinairement sur son fauteuil ou sur son lit, le plus souvent en proie à une dyspnée pénible, laisse échapper des plaintes ou des gémissements dès qu'il s'éveille, et ne tarde pas à retomber dans son état de somnolence auquel s'ajoutent parfois des soubresauts des tendons ou des secousses convulsives. D'autres fois le patient tombe tout à coup dans le coma le plus absolu, il est frappé d'une sorte d'apoplexie, sa face pâlit, il devient insensible à toutes les excitations,

ses pupilles sont dilatées, son pouls est ralenti, sa respiration est irrégulière, sifflante ou stertoreuse. La résolution musculaire est alors générale, les membres soulevés retombent flasques, comme s'ils étaient paralysés.

La mort peut être le fait d'une première attaque de ce genre, mais cela est exceptionnel ; ordinairement le collapsus se dissipe, le malade revient à lui, tout en conservant un état manifeste d'hébétude et de l'obtusion des facultés sensitives, puis après un intervalle de quelques heures, d'un jour ou deux, ou même après un temps plus long, il retombe dans l'anéantissement. Il peut se produire plusieurs alternatives semblables avant l'attaque définitive.

Délire ou folie urémique. — La forme délirante de l'urémie ou folie brightique est un accident relativement rare et toujours plus commun dans les néphrites interstitielles et surtout dans les néphrites artérielles que dans les néphrites épithéliales ou parenchymateuses. Cet accident, parfois isolé, est le plus souvent associé à des troubles de même nature des fonctions encéphaliques ou digestives.

Associé aux convulsions ou au coma, le délire urémique est modéré, tranquille, transitoire; aussi peut-il passer inaperçu. Quand, au contraire, il est le phénomène prédominant et semble résumer à lui seul tous les désordres nerveux de l'urémie, il revêt des allures spéciales qu'il est nécessaire de bien connaître. Il éclate rarement d'emblée, il est presque toujours précédé d'insomnie, de changement dans le caractère, de tristesse ou d'impatiences, sinon de céphalée, de dyspnée ou de tout autre accident lié à l'insuffisance urinaire. Il est actif, bruyant et se rapproche assez souvent du délire de la manie aiguë.

Un malade de soixante-trois ans, que M. Lancereaux a eu l'occasion d'observer en ville, avait été soigné à plusieurs reprises pour de la dyspnée urémique, survenue au cours d'une néphrite interstitielle, lorsque à la suite de plusieurs nuits d'insomnie, il cessa de répondre exactement aux questions qu'on lui posait, il eut des hallucinations, des absences, se levant la nuit pour aller se coucher dans un autre lit que le sien, le matin voulant sortir pour aller faire des emplettes, prétendant qu'on lui avait volé des objets de valeur, prenant en grippe la religieuse qui le soignait et que jusque-là il affectionnait beaucoup. Le lendemain et le jour suivant le délire continue, devient plus bruyant, le malade veut absolument sortir, injurie les personnes qui s'y opposent. Sa famille fait venir des médecins aliénistes, qui conseillent l'internement dans une maison de santé. M. Lancereaux étant absent, son interne, M. Gilson, qui le remplaçait auprès du malade, sachant très bien de quoi il s'agissait, s'oppose formellement à la séquestration et administre plusieurs pilules d'huile de croton, conformément au conseil précédemment émis, et, à son retour, trois jours après, M. Lancereaux trouva le malade calme ; le surlendemain son délire avait complètement cessé.

Un autre malade de soixante-quinze ans, atteint de la même affection, présentait un délire à peu près semblable ; il était bruyant, agité, il voulait absolument sortir et tenait toutes sortes de propos incohérents ; il avait des hallucinations qui donnaient à son délire quelque analogie avec le délire alcoolique, bien que le malade fût des plus sobres ; enfin il survint de la dépression, de la somnolence, et la mort eut lieu dans le coma.

Le délire urémique est sujet aux rémissions et aux paroxysmes ; il a rarement une marche continue et uniforme. Sa durée est ordinairement courte : de quelques jours ou quelques semaines au plus. Bien qu'il soit moins grave que les convulsions et le coma, il n'en constitue pas moins un accident très sérieux et, comme ces derniers, il tue généralement ou cesse en peu de temps, si on sait lui opposer un traitement convenable.

Le diagnostic de la forme délirante de l'urémie n'est pas sans offrir des difficultés sérieuses, résultant surtout des prédispositions morbides qui, chez un brightique, comme chez toute autre personne, peuvent être éveillées par un incident quelconque. On conçoit, en effet, qu'un alcoolique atteint de lésion rénale puisse être pris d'un délire absolument étranger à cette dernière lésion ; il en est de même d'un individu appartenant à une famille dans laquelle il y aura eu des antécédents de folie,

Il importe donc d'être bien fixé sur les caractères du délire urémique, si l'on veut arriver à le déterminer d'une manière précise. C'est pourquoi nous avons cru devoir insister sur ces caractères, savoir : apparition du délire, le plus souvent à la suite de phénomènes urémiques bien connus, exaltation maniaque avec incohérence générale, à marche aiguë, pouvant disparaître au bout de quelques jours.

Le traitement ne doit pas consister uniquement, comme le pensent plusieurs médecins, dans l'usage du régime lacté exclusif. Ce régime, qui a ses indications spéciales, serait ici insuffisant. Il faut recourir à une médication plus active et plus énergique, administrer des purgatifs drastiques ou encore des vomitifs. En favorisant l'élimination des matières excrémentitielles, ils débarrassent l'organisme du poison qui vraisemblablement produit les désordres nerveux, dont il vient d'être question, par son action spéciale sur certaines régions des centres cérébro-spinaux. Ces purgatifs doivent être administrés à forte dose, et répétés pendant plusieurs jours successifs, et cela même dans les cas d'hypothermie, si l'on veut obtenir des résultats efficaces. Les diurétiques ont aussi, dans ces circonstances, une action utile pour combattre ces sortes d'accidents.

Il est bien entendu que le repos le plus absolu doit être imposé au malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1886. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Rétraction générale des artères. — **M. LE DENTU**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 552), rapporte l'observation d'un malade de son service chez lequel la rétraction des artères paraît générale. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans qui a eu des douleurs dans le membre inférieur gauche, suivies de gangrène ayant nécessité l'amputation.

A la suite de cette amputation, il y eut gangrène du moignon. Un an après, les mêmes accidents de gangrène se développèrent sur le membre inférieur du côté droit. Il y a déjà plusieurs mois que M. Le Dentu, examinant les artères, constata qu'il était impossible de sentir les radiales. Les battements des cubitales étaient plus forts que ceux des radiales ; les battements des crurales, des axillaires étaient très faibles. L'examen du cœur, après avoir donné un bruit de souffle momentané, ne révéla plus rien.

Actuellement, il est impossible de sentir les pulsations des radiales ; celles des cubitales sont beaucoup plus faibles qu'il y a trois mois. Les crurales se sentent bien mais battent moins fort

qu'une radiale ordinaire. Cet homme n'est pas athéromateux; les bruits cardiaques ne sont pas altérés. On est donc en présence d'un cas de rétraction générale des vaisseaux artériels. Cette affection est-elle congénitale ou acquise? Ce point n'a pu être éclairci. Cependant l'augmentation des phénomènes constatés semble indiquer une marche lente, graduelle. Dans les observations de Maurice Raynaud, il n'y a pas de faits à rapprocher de celui-ci. Il n'y a chez ce malade aucun symptôme de lésion nerveuse, aucun des phénomènes dits préataxiques.

M. **TERRILLON** rappelle que, dans ces cas de diminution du calibre artériel, il y a des douleurs intolérables. Mais ce qu'il y avait de particulier dans le cas qu'il a cité, c'était la claudication intermittente.

M. **LANNELONGUE** présentera, dans la prochaine séance, une série de pièces relatives à des maux de Pott, dans lesquels il a constaté une lésion particulière; c'est un rétrécissement du calibre de l'aorte au-dessous de la gibbosité. Cette diminution de calibre peut être de moitié ou d'un tiers. Il y a, en outre, de l'induration générale des artères; mais M. Lannelongue n'a jamais vu de gangrène dans ces cas. Il y a des troubles circulatoires, des troubles trophiques, mais pas de gangrène. Il y a aussi un bruit de souffle aortique au-dessous de la gibbosité.

Bec-de-lièvre. — M. DE VALCOURT présente les photographies d'une petite fille opérée d'un bec-de-lièvre double par une opération en deux temps, non classique. (Comm. : MM. de Saint-Germain, Marc Sée et Richelot.)

Fracture de la rotule; cal osseux. — M. DESPRÉS fait présenter de nouveau par son interne un malade qui avait été atteint de fracture de la rotule et qui a un cal osseux.

Ovariotomie double. — M. TERRILLON communique l'observation d'une femme de quarante-six ans atteinte de cachexie très prononcée, de métrorrhagies et de douleurs ovariennes permanentes. M. Terrillon lui proposa l'ablation des ovaires et des trompes. Les suites de l'opération furent simples, tous les phénomènes de métrorrhagie et d'hystérie ont complètement disparu.

Fracture du crâne. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Serre-nœud à serrage continu. — M. F. FORNÉ. Confondre une anse avec un nœud est chose difficile en apparence, mais commune en réalité. L'Arsenal de la chirurgie contemporaine de MM. Gaujot et Spielmann contient la description et la figure d'un grand nombre de serre-nœuds, tels que ceux de Levret, de Desault, de Rodéric, de Charrière, de Broca, de Ricord, de Kœberlé, de Wilde, etc., etc.; or, pas un de ces instruments ne serre un nœud : tous agissent sur les chefs d'une anse pour la rétrécir progressivement.

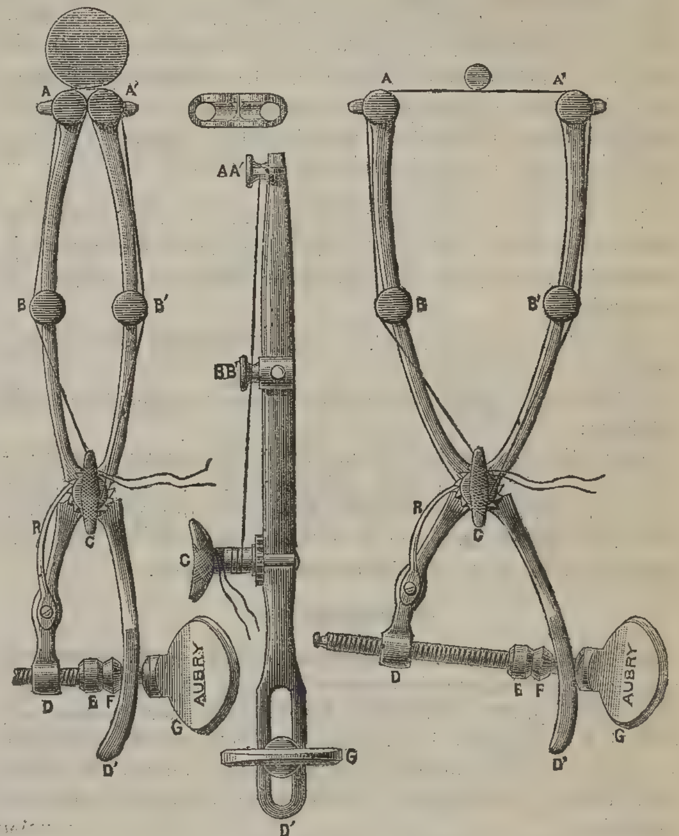
L'instrument que je présente à la Société de chirurgie est un vrai serre-nœud, le premier et le seul jusqu'à ce jour qui fonctionne comme l'indique son nom.

Manœuvre du serre-nœud. — Soit le pédicule d'une tumeur, ou bien une portion de tissus que l'on veut pédiculiser, après ou sans transfixion préalable avec deux aiguilles ou broches placées en croix; entourons ce pédicule ou ces parties molles, que l'on veut isoler du reste du corps, avec un lien flexible et formons un nœud simple.

C'est ce nœud qu'il s'agit de serrer avec l'instrument. Pour obtenir ce résultat, les chefs du nœud sont introduits dans les anneaux latéraux AA', ou bien dans le canal creusé au centre de la face antérieure et s'ouvrant sur le bord inférieur des saillies terminales des branches, canal qui n'est malheureusement pas figuré dans la planche; ces chefs sont ensuite placés sur la gorge des galets mobiles BB', puis réunis et portés ensemble sur le côté droit du treuil-taquet C, autour duquel ils sont enroulés une ou deux fois, après quoi ils sont tournés autour des branches de la poignée ou taquet, en formant des 8 de chiffre; finalement, ces tours sont arrêtés par une demi-clef renversée.

L'instrument est alors armé.

Pour le mettre en action, il suffit de tourner la vis GE de gauche à droite, manœuvre qui a pour effet d'écarter les branches et, par suite, de serrer le nœud.



Légende:

AA' — Anneaux, latéralement placés, dans lesquels sont engagés les chefs du lien constricteur : anse ou nœud;
BB' — Galets mobiles servant à l'écartement et au glissement des chefs du lien constricteur;
C — Treuil-taquet, organe d'enroulement et de fixation;
D — Branche postérieure gauche, ou branche-écran;
D' — Branche postérieure droite, ou branche fenêtrée;
E — Saillie fixe séparant la portion filetée de la portion lisse de la vis, GE; sert de point d'appui au disque mobile, F;
F — Disque mobile sur la partie lisse de la vis; sert à rendre moins durs les frottements contre les bords internes de la fenêtre dans le mouvement d'écartement des branches;
G — Patte de la vis, dont la manœuvre sert à écarter ou à rapprocher les branches du serre-nœud;
R — Cliquet formant ressort. Fixé par une vis à la branche postérieure gauche, il appuie, à la façon d'un rochet, sur la roue dentée du treuil-taquet.

Notons que le premier effet du mouvement d'écartement des branches est d'augmenter leur courbure, c'est-à-dire de mettre en jeu leur élasticité. Ces branches, comme les arcs tendus, font continuellement effort pour se redresser et, par suite, exercent une traction continue sur les chefs opposés du nœud. Une expérience bien simple permet de se faire une idée de l'énergie de ces tractions; en effet, quand par la manœuvre de la vis on a produit un écartement des branches de 1 centimètre, par exemple, il suffit de sectionner un des chefs du nœud pour voir les branches s'écarter de 4 centimètres environ.

Si le pédicule à étrangler ou à former est trop volumineux, un seul mouvement d'écartement des branches est insuffisant; dans ce cas, il y a lieu de ramener d'abord les branches en contact, résultat que l'on obtient par une manœuvre de la vis en sens inverse de la précédente. Ce mouvement de rapprochement des branches

a pour effet de relâcher les chefs du nœud; pour les tendre de nouveau, il n'y a qu'à tourner le treuil-taquet C, manœuvre qui a pour résultat d'enrouler toute la portion relâchée. On recommence alors à tourner la vis GE pour pousser plus loin le degré de constriction des parties molles.

Ces manœuvres successives de la vis et du treuil-taquet sont renouvelées aussi souvent que cela est nécessaire pour obtenir l'effet voulu : simple constriction temporaire ou ablation des tissus ligaturés. Le nœud simple, au lieu d'être serré d'emblée sur les tissus, peut être formé et arrêté d'avance au treuil-taquet; on dispose alors d'un anneau constricteur, vertical ou horizontal, que l'on peut porter dans une cavité, et dans lequel on engage la tumeur ou les tissus que l'on veut étreindre. L'instrument est donc à la fois un porte-nœud et un serre-nœud.

Ajoutons, enfin, que ce véritable serre-nœud peut, comme les pseudo serre-nœuds, agir sur les chefs d'une anse pour la rétrécir progressivement et, par suite, qu'il peut remplacer la plupart de ces derniers.

Applications du serre-nœud. — Étranglement du pédicule des tumeurs;

Pédiculisation des parties molles, après ou sans transfixion préalable;

Constriction temporaire des tumeurs vasculaires avant de procéder à la coagulation du sang, soit par le froid [comme dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par le procédé du docteur Gavoy. (*Recueil de Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, 1882, p. 317)], soit par tout autre moyen.

COMMUNICATION

Ablation des tumeurs pharyngiennes. — M. VERNEUIL rappelle l'observation présentée par M. Monod (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, pp. 172, 197), relative à une tumeur pharyngienne pour l'ablation de laquelle il a pratiqué la trachéotomie préventive. M. Verneuil a en ce moment dans son service un malade atteint d'une tumeur du pharynx, au sujet duquel il émet quelques considérations.

Pourquoi l'ablation des tumeurs du pharynx est-elle très grave? quelles sont les causes de cette gravité? quels sont les moyens d'y parer? M. Verneuil examine successivement ces divers points. L'antiseptie, dit-il, est difficile à pratiquer dans la bouche; on constate souvent chez ces malades des pneumonies infectieuses. Pour prévenir ces accidents, on a proposé la trachéotomie préventive et le tamponnement du larynx. M. Verneuil n'adopte pas la théorie de la production des pneumonies infectieuses, qui a été rappelée par M. Monod et qui est acceptée par beaucoup de chirurgiens. On sait, dit-il, que les malades atteints de productions cancéreuses des voies supérieures sont souvent atteints d'affections pulmonaires, pleurésies ou pneumonies septiques.

Comparant l'ablation du maxillaire supérieur avec celle du maxillaire inférieur, M. Verneuil rappelle le peu de gravité de la première par rapport à celle de la seconde. Il rappelle le travail de M. Richet sur ce sujet.

Pourquoi l'ablation des tumeurs du pharynx est-elle dangereuse? C'est parce que l'aseptie, dans ces cas, est très difficile à obtenir. Cependant on peut y parvenir sans avoir à recourir à la trachéotomie préventive et au tamponnement du larynx.

M. Verneuil a reçu dans son service, le 30 janvier, un terrassier de Saint-Flour, atteint de douleurs très violentes dans la gorge et d'une très grande difficulté de déglutition. L'examen du pharynx montra l'existence d'une tumeur ovoïde, comblant le pharynx et obstruant la respiration d'un côté. Cet homme avait quarante-neuf ans. M. Verneuil débrida le voile du palais avec le thermocautère, incisa légèrement cette tumeur et en prit quelques parcelles pour les faire examiner. Il s'agissait d'un adéno-myxome du pharynx, ainsi que le révéla l'examen histologique de M. Nepveu. Pour pratiquer l'ablation de cette tumeur, M. Verneuil fit une incision partant de l'angle labial et suivant le bord du maxillaire inférieur; il enleva la moitié du voile du palais et aborda ainsi facilement la tumeur; il sectionna la mâchoire inférieure au devant du masseter, lia la pharyngienne postérieure et énucléa facilement la tumeur; il trouva la base du crâne évidée et rugueuse. Pour obtenir l'antiseptie, il plaça un tampon de gaze iodoformée, laissa la plaie largement ouverte et fit pulvériser très souvent de l'eau phéniquée. Le maximum de fièvre a été de 38°,1, un seul jour. Il y a donc eu une apyrexie à peu près complète. Le malade a vécu deux mois, sans fièvre, mais s'alimentant mal. Il a été pris d'un peu de malaise et est mort en deux jours. A l'autopsie, sauf un peu d'épanchement purulent dans la plèvre, les viscères étaient sains. Ce malade est mort d'inanition. Il y avait déjà une petite perforation du crâne, à laquelle il n'eût pas manqué de succomber.

Pour ces néoplasmes profonds, il y a lieu de les aborder largement, de laisser la porte grandement ouverte pour faciliter l'antiseptie, de guetter la récidive dès son origine et d'intervenir aussitôt; mais la trachéotomie préventive n'est pas nécessaire.

M. TILLAUX. C'est un cas rare d'adéno-myxome du pharynx, déterminant une usure du crâne. C'est là un fait anomal.

M. MONOD, depuis sa communication sur ce sujet, a recueilli diverses observations. Il les produira dans la prochaine séance. Aujourd'hui, il se contente de dire que la trachéotomie a un double but, d'abord de permettre la respiration, puis de faciliter l'antiseptie en rendant possible le tamponnement de l'arrière-bouche. Si M. Verneuil a pu faire l'antiseptie, c'est grâce à un délabrement énorme qui n'est certainement pas sans inconvénients, ne fût-ce qu'au point de vue moral.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (*physique, chimie et pharmacologie*). — Après la séance d'élimination qui a eu lieu hier jeudi 17 juin 1886, les douze candidats restants ont tiré au sort l'ordre dans lequel aurait lieu la première épreuve définitive (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit). Cet ordre a été fixé ainsi qu'il suit :

Physique. — Vendredi 18 juin : MM. Borel et Malosse; — samedi 19 : MM. Didelot et Lauret; — lundi 21 : M. Leroy.

Chimie. — Lundi 21 : M. Villejean; — mardi 22 : MM. Guérin et Hugouneng; — jeudi 24 : MM. Morelle et Lambling.

Pharmacologie. — Mercredi 23 : MM. Thibault et Florence.

Dans cette même séance d'hier jeudi, les sujets de thèse ci-dessous indiqués ont été tirés par les douze candidats suivants :

M. Borel : l'Électrolyse; — M. Didelot : les changements d'état; — M. Florence : les alcaloïdes des solanées; — M. Guérin : Origine et transformation des matières azotées chez les êtres vivants; — M. Hugouneng : les alcaloïdes d'origine animale; — M. Lambling : Origine de la chaleur et de la force chez les êtres vivants; — M. Lauret : les unités électriques, mesure de l'intensité, de la force électro-motrice et de la résistance; — M. Leroy : le polarimètre et ses applications; — M. Malosse : calorimètre et calorimétrie; — M. Morelle : l'air atmosphérique; — M. Thibault : les alcaloïdes des strychnées. — M. Villejean : pigments et matières colorantes de l'économie animale.

Le dépôt desdites thèses aura lieu après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précéderont la thèse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Durand (J.-B.), ancien interne des hôpitaux, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, décédé à l'âge de soixante-seize ans.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 20 juin 1886, à Ézanville, Domont, Andilly et Soisy. — Rendez-vous à la gare du Nord où l'on prendra, à 8 h. 10 du matin, le train pour Écouen. — On sera rentré à Paris vers 5 h. du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19701.

74

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

15

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

29

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau. **2 fr. 50**

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.* **1 fr.**

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

2

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDÉ,

Lauréat de l'Acad. de méd. (*Prix Orfila*).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies** et **besoins circulatoires.**

DOSAGE. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.

MODE D'EMPLOI. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*

DÉPÔT. — Phie A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

52

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

170

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

69

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Le mutisme hystérique.

La maladie dont je vais vous entretenir aujourd'hui et dont vous avez sous les yeux un type bien net, n'est pas une affection très rare ; elle a été décrite, depuis longtemps, par les auteurs, mais, jusqu'à présent, d'une façon qui ne mettait pas suffisamment en relief certains faits d'une réelle importance. C'est pourquoi je profiterai du malade que j'ai fait amener à l'amphithéâtre pour insister de nouveau sur ces faits à propos desquels j'ai fait, au commencement de cette année, une leçon qui a été reproduite dans le *Progrès médical* par M. le docteur Cartaz. Il s'agit du mutisme hystérique.

Cette affection présente des caractères si spéciaux, des allures si constamment les mêmes, une forme si identique à elle-même dans tous les cas, qu'elle est des plus faciles à reconnaître. On a voulu faire passer les individus atteints de mutisme hystérique, bien plus encore que tous les autres hystériques, pour des simulateurs. Non seulement c'est insensé, mais encore cela peut avoir les conséquences les plus graves, et je maintiens absolument que le syndrome qui caractérise ce mutisme ne peut jamais être simulé; je vous le démontrerai d'ailleurs dans quelques instants.

Voyons donc quels sont ces caractères spécifiques. La maladie atteint les hommes tout aussi bien que les femmes, les adolescents comme les adultes (notre muet hystérique est un homme et il est âgé de trente-trois ans).

Le début en est subit; le mutisme survient tout à coup à la suite d'une émotion violente, d'une frayeur vive, d'une colère violente ou bien encore à la suite d'une attaque d'hystérie; la terminaison en est aussi subite que le début; le mutisme cesse tout à coup; les causes occasionnelles sont, comme je viens de le dire déjà, l'émotion, la peur, la colère, une attaque, quelquefois aussi la moindre petite laryngite. Chez notre malade, c'est cette dernière cause que nous rencontrons dans les deux accès de mutisme auxquels il a été sujet dans sa vie. Je dis les deux accès, car l'affection est sujette à récidive. Chez cet homme, le mutisme a débuté vingt-quatre heures après le commencement d'une laryngite légère, la première comme la seconde fois. La première crise a eu lieu il y a trois mois, elle a duré quinze jours et a cessé subitement après un simple examen laryngoscopique. Sa seconde crise de mutisme, celle qui existe actuellement, dure depuis trois semaines.

Ce qui caractérise encore cette affection, c'est que tantôt le retour à la parole est soudain; tantôt, et c'est le fait le plus constant, il existe une phase de transition pendant laquelle, après avoir recouvré la voix, le malade est sujet à bégayer tout mot un peu long pendant un espace de temps plus ou moins considérable.

Enfin, grand caractère du syndrome, c'est que chez les muets hystériques, il n'existe aucune espèce de paralysie, de parésie des nerfs de la langue, dont les mouvements vulgaires sont entièrement conservés. Ainsi les malades peuvent souffler, siffler, tirer la langue, l'agiter dans toutes les directions. Point de parésie non plus des lèvres. Mais ce qui manque aux muets hystériques, c'est la faculté de produire les mouvements spéciaux, nécessaires pour l'articulation du langage, c'est-à-dire la faculté motrice du langage, la possibilité même de simuler l'articulation de la parole. Le muet hystérique est donc bien muet, plus muet même qu'un muet ordinaire, qu'un sourd-muet, celui-ci pouvant encore parler, lorsqu'il est instruit par la méthode orale; il est plus que muet enfin, car il ne peut même pas crier comme un sourd-muet.

Vous savez qu'il y a des hystériques aphones, mais ils parlent, quoique à voix basse, ils articulent encore et ce n'est pas là du mutisme, car chuchoter c'est parler; tandis que notre muet hystérique ne parle pas parce qu'il ne peut pas articuler, parce qu'il est un aphasique moteur, parce qu'il a perdu la mémoire des mouvements, la partie motrice du langage. Il est, je le répète, un aphasique moteur plus aphasique que les aphasiques ordinaires, lesquels ont conservé presque toujours quelques syllabes, syllabes constamment les mêmes, mais qu'ils articulent nettement. Les muets hystériques n'ont rien conservé, pas la moindre syllabe. De plus, chez les aphasiques, il y a presque toujours autre chose, c'est-à-dire un peu de surdité verbale; il y a, dans l'immense majorité des cas, perte du langage graphique. Notre malade n'a pas cette complexité morbide; il peut écrire comme par le passé; il n'a pas la moindre surdité verbale; il ne peut répondre par le langage, mais il entend, il comprend et répond par l'écriture

Je vous rappellerai l'histoire, que je citais il y a quelques mois, d'un jeune Espagnol âgé de vingt-cinq ans, atteint depuis un an, disait-on, d'épilepsie syphilitique et restant aphasique pendant quelques jours après chacune de ses attaques. Le jour où je fus mandé auprès de lui, il était aphasique, il ne pouvait parler, faisait des gestes pour m'expliquer qu'il ne pouvait répondre à aucune de mes questions. Aussi mon diagnostic était-il immédiat : mutisme hystérique; car si cet homme eût été un aphasique ordinaire, il aurait essayé de causer, de prononcer quelques mots, quelques syllabes; tandis que, impatienté de ne pouvoir répondre verbalement, il prenait bien vite la plume pour m'expliquer d'une façon très lucide, très intelligente, ce qu'il en était. Je déclarai donc qu'il s'agissait d'un cas de mutisme hystérique. Or comme ce mutisme est rarement un symptôme isolé de l'hystérie et que l'on trouve à peu près constamment ailleurs des traces ou stigmates de cette affection, je cherchai chez mon Espagnol quelles traces d'hystérie nous pourrions rencontrer. Je trouvai aussitôt une anesthésie du pharynx, une hémianesthésie et une hémichorée du côté droit. De plus, la description de ses attaques me confirma dans l'idée que nous étions bien en face d'un hystérique et non d'un épileptique, comme on l'avait prétendu par erreur. Quant à la syphilis, il n'en était non plus nullement question; le malade n'en avait eu que la peur et non la réalité. Ce jeune homme était le neveu d'un homme tabétique, constamment de mauvaise humeur, véritable tyran pour son neveu qui, par suite de la vie difficile, toute de peur, à laquelle il était condamné, était tombé dans l'état où nous le trouvions.

Vous savez qu'il y a encore actuellement un certain nombre de médecins qui n'admettent pas l'hystérie et voient partout des simulateurs, surtout dans le cas de mutisme hystérique. Or, pour croire en pareil cas à la simulation, il faudrait admettre que ces prétendus simulateurs connaissent à fond l'histoire naturelle de ce mutisme pour la reproduire sans arrangements ni broderies d'aucune sorte. Si j'insiste autant sur ce fait, c'est en raison des conséquences, parfois de la plus haute gravité, que cette croyance à la simulation, de la part de quelques médecins, peut avoir dans certaines circonstances, dans l'armée par exemple, ou quand il s'agit de prévenus. Tout médecin qui ignore l'histoire naturelle de ce mutisme et croit à la simulation, peut devenir féroce, exposer les malades à de véritables dangers, à de réelles tortures, en voulant faire passer, par exemple, un courant électrique à travers les muscles du cou en guise de traitement, etc.

A propos de prévenus, je vous citerai le fait suivant, qui s'est passé il y a quelques mois. Certain jour de la fin de l'hiver, M. Brouardel me demanda de venir voir, à la prison Saint-Lazare où elle était détenue, la fille C... qui, chassée d'un château du Nord où elle était employée, avait attribué son renvoi au curé de la localité et avait juré de se venger. Aussi ne trouva-t-elle rien de mieux pour cela que d'envoyer audit curé, le jour de la fête de la commune où elle savait qu'il recevait chez lui ses amis, un colis postal portant comme indication de contenu : « Fromage ». Le panier est ouvert sur la table au moment du dessert, et qu'y trouve-t-on : le cadavre d'un enfant nouveau-né avec ces mots manuscrits : « Priez pour celle que vous avez perdue. » Tableau! Vous voyez d'ici l'émotion générale, le scandale, La police s'en mêle alors, et comme aucun doute ne pouvait exister sur l'auteur de cet envoi, la fille C... est arrêtée, conduite et enfermée à la prison Saint-Lazare. Or, après avoir avoué sa culpabilité aux gendarmes chargés de la mener en prison, après avoir reconnu cet enfant pour le sien, l'émotion de son arrestation l'avait rendue subitement muette et mise, par suite, dans l'impossibilité de répondre aux questions du juge d'instruction, à celles du tribunal. Simulait-elle donc le mutisme? pourquoi? Quel intérêt y avait-elle, puisqu'elle s'était reconnue coupable, puisqu'elle avait fait par écrit l'aveu de sa faute? Son mutisme était donc, bien au contraire, parfaitement caractéristique et d'une pureté absolue. Nous cherchâmes donc, M. Brouardel et moi, s'il existait chez elle quelque stigmate d'hystérie; nos recherches ne furent pas de longue durée, car bientôt nous trouvions une anesthésie complète, avec rétrécissement du champ visuel, une anesthésie totale du pharynx, etc. En un mot, cette femme présentait l'histoire naturelle parfaite du mutisme hystérique. J'ai su depuis lors, — mais cela n'a rien à faire avec son mutisme et je n'en parle que pour compléter son histoire, — qu'elle avait été condamnée, non pas pour infanticide, le fait n'avait pas pu être prouvé, mais pour suppression d'enfant.

Ce mutisme hystérique, d'ailleurs, nous parvenons très bien à l'obtenir artificiellement, avec tous ses caractères, chez certains sujets hystériques, par suggestion pendant le sommeil hypnotique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Pneumonie et péricardite ; néphrite, broncho-pneumonie et endocardite survenues à la suite d'un refroidissement (1).

II

Les faits qui sont survenus depuis samedi chez les deux malades dont je vous ai entretenus ce jour-là, méritent assurément que je vous en parle de nouveau aujourd'hui, car ils sont d'un haut intérêt pathologique.

Le premier malade, — un homme de cinquante et un ans qui était couché au lit n° 19 de la salle Jenner, — était entré, vous vous en souvenez, pour une simple bronchite aiguë, et, à la suite d'un certain orage pendant lequel sa fenêtre s'était brusquement ouverte, il avait eu une pneumonie d'abord, compliquée plus tard d'une péricardite sèche. Vous vous rappelez certainement aussi qu'à un moment donné l'état du cœur nous avait inspiré les craintes les plus sérieuses d'une faiblesse cardiaque capable d'enrayer la circulation cardio-pulmonaire et d'amener une paralysie de cet organe.

Cette crainte s'est malheureusement réalisée depuis notre dernière conférence.

Tout d'abord, sous l'influence de la digitale, le cœur avait repris une certaine force; il avait recouvré une contractilité assez énergique pour que nous pussions espérer que les mêmes accidents ne se reproduiraient pas et que nous n'aurions pas à redouter la parésie cardiaque. Mais l'amélioration que nous avions été heureux de constater n'a été que passagère, et le cœur, dans la lutte engagée, a été le plus faible; il s'est de nouveau trouvé en imminence de paralysie; ce que voyant, nous avons eu recours de nouveau à l'agent thérapeutique qui nous avait si bien réussi une première

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 557.

fois, à la digitale. Celle-ci, malheureusement, n'a plus eu les bons effets de la première fois, et notre malade est mort par défaillance cardiaque.

L'autopsie a pu en être faite; elle a confirmé absolument le diagnostic que nous avions porté pendant la vie. En effet, voici les lésions que nous avons trouvées : le lobe supérieur du poumon droit était complètement hépatisé — hépatisation grise bien entendu — avec quelques indices, çà et là, de résolution. A la base de ce même poumon, nous avons constaté l'existence d'une pleurésie sèche; la plèvre ne renfermait aucun liquide, mais elle était couverte de fausses membranes. Du côté gauche, nous avons trouvé le lobe inférieur du poumon présentant une hépatisation rouge des plus manifestes. D'où il nous est facile de comprendre quels obstacles le cœur devait avoir à vaincre pour assurer la circulation cardio-pulmonaire.

Quant à la péricardite, je vous avais dit qu'elle avait commencé à diminuer d'intensité; qu'elle était restée sèche, sans aucun épanchement liquide, grâce à l'emploi du tartre stibié auquel nous avions eu recours, et que samedi dernier elle n'était plus généralisée. En effet, nous n'avons trouvé qu'un certain nombre de plaques dures, surtout au niveau du cœur droit.

J'ajoute que de même que pendant la vie nous avions trouvé des pneumonocoques dans les crachats expectorés, de même à l'autopsie nous en avons constaté la présence dans les produits de raclage du poumon.

Voici ce que j'avais à vous dire au sujet de cet homme.

Chez le second malade, — une jeune fille de vingt-deux ans, robuste, — l'histoire est heureusement moins triste, du moins jusqu'à présent. Je vous rappellerai en deux mots qu'elle était entrée, le 17 de ce mois, atteinte de néphrite (avec une diminution des urines voisine de l'anurie), de pneumonie et d'endocardite généralisée. Je vous avais dit que la néphrite était suffisamment intense pour expl quer les accidents urémiques que nous avions observés, et que, après avoir eu recours d'abord aux drastiques, puis à une saignée de 300 grammes, les phénomènes urémiques s'étaient atténués d'une façon très notable; que la néphrite avait diminué d'intensité, enfin, que la pneumonie s'était également amendée.

L'amélioration du côté de la néphrite a été caractérisée par l'augmentation dans la quantité des urines, qui s'était élevée de 250 à 900 grammes, et dans leur qualité, en ce sens que la dose de l'urée a successivement augmenté aussi et a monté, depuis deux jours, à 17 et 18 grammes au lieu de 6^{gr},4 le premier jour. Mais vous savez qu'en raison même de l'amélioration de l'urine, l'albumine, en pareil cas, augmente à son tour, sans que cette augmentation ait aucune signification dangereuse. Ainsi, avec 250 grammes d'urine et 6^{gr},4 d'urée, nous avions 1^{gr},5 d'albumine; avec 600 grammes d'urine, 13 grammes d'urée et de 3 à 4 grammes d'albumine; avec 750 grammes d'urine et 16 grammes d'urée, 5^{gr},5 d'albumine, et aujourd'hui, avec 900 grammes d'urine et 18 grammes d'urée, 7 grammes d'albumine. Aussi le pronostic, en pareil cas, je le répète, ne saurait-il être basé sur la quantité d'albumine, mais sur la quantité de l'urine et de l'urée. Donc, depuis deux jours, nous avons, sous le rapport de l'urémie, de la néphrite, une amélioration véritable. Il en est de même pour la pneumonie.

Quant à l'endocardite, au point de vue des phénomènes stéthoscopiques, il n'existe aucun changement, le souffle est toujours aussi énorme, aussi intense, et s'irradie tout autant et si bien, qu'il continue à gêner, en arrière, l'auscultation du poumon. En un mot, il y a *statu quo* absolu. Cependant l'état de la malade est entré dans une phase un peu différente. Sauf un seul jour, le lendemain de l'arrivée de cette femme à l'hôpital, nous n'avions constaté aucun mouvement fébrile, et nous vous donnions ce fait comme un indice favorable. Mais peu à peu, depuis samedi, d'abord le soir, puis le matin, la température s'est élevée et est montée à 37°8, 38 degrés, 38°2, 38°4, 38°6. Elle est ce matin à 38°4. C'est une fièvre vague, faible, il est vrai, mais qui contraste avec l'apyrexie des premiers jours. Que devons-nous en conclure? Si j'avais la certitude que cette femme n'a pas eu de fièvre pendant le temps qu'elle est restée malade chez elle, comme elle nous l'a dit, je serais un peu plus absolu dans mon opinion. Cependant les divers cas d'endocardite infectieuse que nous avons eu l'occasion d'observer dans cet hôpital, nous les avons vus se développer, évoluer presque sans fièvre, et pour ainsi dire *usque ad mortem*. D'où j'entrevois chez notre malade un pronostic grave. Je crains que, chez elle, l'endocardite prenne aussi le caractère infectieux, bien que l'examen du sang ne nous ait rien révélé de particulier, surtout en présence de l'amélioration que nous avons constatée du côté de la néphrite et de la pneumonie.

Dans tous les cas, après avoir prescrit un nouveau drastique, nous l'avons soumise au régime lacté et à l'oxygène.

HOPITAL MILITAIRE SAINT-MARTIN

Fracture étendue du temporal droit, compression du cerveau par un vaste épanchement extra dure-mérien de toute la zone décollable de la dure-mère du même côté. Absence des symptômes classiques de compression, malgré le volume considérable de l'épanchement. Mort rapide (1).

Par le docteur Edmond DELORME,
Médecin-major de première classe, agrégé libre au Val-de-Grâce.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que notre blessé, bien que porteur d'un épanchement extra dure-mérien très étendu, n'a présenté aucun des signes habituels, classiques, de la compression du cerveau (stertor, coma, hémiplégie). De pareils faits ne sont pas constatés si souvent qu'il ne soit plus utile de les publier. Ils démontrent, en tous cas, de combien de difficultés est entourée parfois la question de l'opportunité du trépan même dans ces cas jugés, par la plupart des auteurs, des plus favorables à ce mode d'intervention.

OBSERVATION. — Dans la journée du 10 juin 1886, V..., soldat au régiment de sapeurs-pompiers, était accroupi dans la cour de sa caserne lorsqu'il reçut d'un de ses camarades qui manœuvraient la pompe à vapeur un jet d'eau qui l'atteignit à la poitrine et à la région temporale *gauche*.

Le choc fut assez violent pour que le blessé tournât sur lui-même et fût renversé. Dans sa chute, la région temporale *droite* (opposée à la région frappée) vint heurter le rebord saillant d'un essieu de voiture.

V... est relevé immédiatement, la face baignée de sang. Il n'a cependant pas perdu connaissance et il peut, soutenu par ses camarades, monter à l'infirmerie de la caserne située à un premier étage.

(1) Communiquée, avec les pièces d'autopsie, à la Société de chirurgie le 16 juin 1886.

Là notre collègue, le docteur Bartureaux, reconnaît, à la limite supérieure de la région temporale, commençant au niveau de la ligne bi-auriculaire, une plaie à lambeau à base inférieure de 5 à 6 centimètres d'étendue, fournissant une abondante hémorrhagie.

Le rameau divisé de la temporale superficielle qui fournit l'écoulement sanguin est lié, puis l'hémostase assurée et la plaie lavée, notre collègue explore la région, constate l'intégrité de l'aponévrose temporale, et à la palpation l'absence de toute déformation et de toute mobilité anomale. Le blessé accuse seulement un peu de douleur à une pression ménagée.

Le pouls est irrégulier, faible; le blessé pâle, prostré, mais il a toute sa connaissance. La motilité et la sensibilité de ses membres supérieurs et inférieurs, de la face, la sensibilité des organes des sens sont intacts; seule la pupille droite, correspondant au côté frappé, se montre *un peu plus dilatée* que la pupille opposée.

Le blessé, immédiatement après l'accident, a mouché et craché un peu de sang; mais la faible quantité de sang rendu, et rendu une fois pour toutes, l'absence d'écoulement sanguin par l'oreille, d'ecchymose sous-conjonctivale, font rejeter l'idée d'une fracture de la base du crâne.

En somme, les symptômes présentés par V... étaient si remarquablement bénins que notre collègue voulait primitivement conserver son blessé à l'infirmerie, croyant, avec toute apparence de raison, que son affection serait sans gravité.

Vers le soir du même jour, il est cependant transporté à l'hôpital Saint-Martin, dans notre service, où V... est examiné avec le même soin méthodique. On ne constate aucun autre symptôme que ceux que nous venons de décrire. Il est toujours pâle, prostré; mais il répond très correctement aux questions qu'on lui adresse. Il se plaint seulement de douleurs de tête sourdes, profondes, et à trois ou quatre reprises différentes il a des vomissements verdâtres, porracés.

Après une nuit un peu agitée en raison des douleurs de tête qu'il éprouve, V... arrive au lendemain (11 juin) sans présenter aucun autre symptôme particulier. La région présente cependant quelque gonflement, mais la température reste normale ainsi que le pouls et la respiration. Urination normale. Pas de constipation. Les vomissements ne se sont plus reproduits. Même état de la pupille. Le blessé demande et avale facilement un peu de bouillon et de lait.

Le surlendemain (12 juin), même état. Nous levons le pansement. Les lèvres de la plaie contuse sont mal unies. Nous enlevons les points de suture et nous trouvons la région temporale soulevée par un épanchement sanguin assez abondant, sous-aponévrotique. L'abondance de cet épanchement nous fait immédiatement songer à une fracture; mais après des pressions ménagées pour faire refouler le sang et faciliter une exploration plus complète, nous ne constatons aucune déformation. Pendant cette exploration, le blessé accuse des douleurs en quelques points circonscrits, toujours les mêmes. Nous portons le diagnostic de fracture, et comme notre blessé ne présente aucun signe d'irritation méningée ou de compression, nous nous bornons à prescrire une potion bromurée et des applications locales froides.

Dans la nuit du 12 au 13, vers deux heures du matin, c'est-à-dire *soixante heures* après l'accident, notre blessé qui, quelques instants auparavant, avait demandé à la sœur de service, à la façon d'un malade ordinaire, un verre de lait qu'il avait pris lui-même, assis sur son séant, est subitement atteint de mouvements convulsifs généralisés et succombe sans agonie.

Pendant sa vie, rappelons-le encore, V... bien que frappé dans une région dont les atteintes se révèlent d'ordinaire par les signes les plus précis, n'avait présenté ni symptôme de commotion, ni symptôme de contusion, ni symptôme de compression autre qu'une *dilatation pupillaire* du côté de la fracture et un peu de torpeur sans troubles de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité sans stertor, sans coma, sans hémiplégie. L'autopsie nous révéla pourtant une lésion très accusée qui eût dû entraîner l'apparition de ces symptômes classiques avec le dernier degré de netteté. Elle nous permit de constater un vaste épanchement sanguin *extra dure-mérien*, répondant à la fosse temporale fracturée, occupant toute l'étendue de la zone décollable de la dure-mère, se prolongeant sur la base dans tout l'étage moyen, et atteignant en avant l'aileron du sphénoïde. Cet épanchement était représenté par un caillot uniformément consistant et noir. Son épaisseur était de 3 centimètres, 3 centimètres 1/2 au niveau de sa partie moyenne, et de 4 centimètres en avant; sa hauteur de 8 centimètres, sa longueur de 9 centimètres, et son poids (après plusieurs jours de conservation de la pièce déjà sèche) de 75 grammes.

La compression qu'il exerçait sur le cerveau était si prononcée, qu'à une coupe du crâne et du cerveau passant par le milieu de la région temporale, le lobe droit était très déjeté à gauche et aplati : il débordait la ligne médiane de près de 1 centimètre, et n'avait plus que 4 centimètres 1/2 de diamètre transversal au lieu de 6 1/2 qu'avait le lobe gauche. La couche optique avait notablement diminué d'épaisseur (elle n'avait plus que 1 centimètre 1/2 au lieu de 3) du côté sain, le corps strié avait subi la même diminution, laquelle portait comme pour la couche optique aussi bien sur son diamètre transversal que sur le diamètre antéro-postérieur; le ventricule latéral droit avait totalement disparu. Le cerveau était tassé, serré étroitement contre la paroi cranienne.

Le temporal présentait une double fracture en arcs parallèles entre eux et au bord courbe de l'os, avec quelques traits fissuriques non écartés, subdivisant les fragments en arc. Le principal trait se prolongeait directement vers la base de l'aileron du sphénoïde. En un point, un fragment faisait une saillie insignifiante de 2 millimètres par un de ses bords dans l'intérieur de la cavité cranienne.

Nous n'avons pu trouver le point de départ de l'hémorrhagie due probablement, comme c'est la règle, à une blessure de la méningée, le trait fissurique principal croisant la direction de son tronc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juin 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Maladie de Bright sans albuminurie. — M. DIEULAFOY fait une communication ayant pour titre : *Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie.* Il a réuni un certain nombre d'observations tendant à prouver que certains malades peuvent parcourir toute l'évolution de la maladie de Bright, sans présenter d'albuminurie, pas même au moment de la mort.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme qui avait été prise d'accès de dyspnée, d'hématémèses, de diarrhée, d'amaigrissement, d'un dégoût profond pour les aliments; il était devenu impossible de l'alimenter. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, la température était au-dessous de la normale, à 36 degrés, 36°,5. Les urines ne contenaient pas d'albumine. La malade maigrissait de plus en plus; elle ne s'alimentait absolument pas; la diarrhée persistait. Un jour la température monta à 38 degrés; il y eut un peu d'excitation, du coma, et elle mourut. A l'autopsie il n'y avait pas d'ulcération stomacale ni intestinale, ainsi qu'on s'attendait à en trouver. On constata l'existence d'une pneumonie suppurée et une néphrite mixte; la malade avait succombé à l'urémie.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une malade ayant eu des phénomènes d'oppression, sans élévation de température, et qui offrait tous les caractères de la dyspnée brightique. Elle avait eu des douleurs précordiales et des irradiations dans l'épaule gauche; en même temps elle avait de la céphalée et des envies fréquentes d'uriner. Après les premiers accidents, il y avait eu, pendant près de deux ans, de l'amélioration, grâce surtout au régime lacté. Elle eut une nouvelle crise d'oppression très forte et entra

à l'hôpital avec tous les signes de la maladie de Bright : bruit de galop au cœur, phénomène du doigt mort, etc. L'examen des urines ne révéla cependant pas de traces d'albumine, mais elle n'urinait que 200 grammes par jour au moment de son entrée. Grâce au régime lacté et aux lavements diurétiques, la quantité des urines s'éleva rapidement à 2500 grammes en cinq ou six jours. Cette malade fut emportée en quarante-huit heures par des phénomènes de congestion pulmonaire. A l'autopsie, en effet, congestion pulmonaire, bronchite généralisée, cœur gros, pas de lésion valvulaire, aortite ancienne, lésions de néphrite interstitielle.

La troisième malade entra à l'hôpital avec des phénomènes de folie brightique; pas d'albumine dans les urines, sauf les deux derniers jours. A l'autopsie, maladie de Bright caractérisée.

Il y a quatre ans, M. Dieulafoy vit une malade qui avait de l'oppression et allait depuis plusieurs années au Mont-Dore, comme étant atteinte d'asthme; l'auscultation du cœur révéla un bruit de galop. Pas de traces d'albumine dans les urines. Elle fut prise d'un œdème qui devint rapidement de l'anasarque. A ce moment l'urine contenait 1 gr. 50 centigrammes d'albumine. Elle succomba à des phénomènes d'hémorrhagie cérébrale. C'était une brightique, sans albuminurie, sauf dans les derniers temps.

En résumé, voilà quatre observations de malades manifestement atteintes de brightisme sans œdème ni albuminurie. L'albuminurie semble donc devoir déchoir de la préséance qu'elle occupait jusqu'ici dans l'histoire de la maladie de Bright. Par contre, il y a des malades qui rendent de l'albumine sans avoir la moindre trace de maladie de Bright. C'est ainsi qu'un malade atteint de pleurésie purulente urina, pendant six semaines, 3 grammes d'albumine par litre d'urine, sans aucun symptôme brightique.

Une phthisique entre à l'hôpital avec 75 centigrammes d'albumine dans les urines. Elle meurt subitement; ses reins étaient normaux, il y avait à peine sur eux quelques granulations tuberculeuses.

De même qu'il y a des brightiques sans albuminurie, il y a des albuminuriques sans aucun symptôme brightique.

Existe-t-il des moyens de diagnostiquer la maladie de Bright sans œdème et sans albuminurie ? M. Dieulafoy croit qu'on peut y arriver par la clinique et par l'expérimentation. On peut y arriver par la clinique en groupant, à la première période, un certain nombre de petits symptômes, tels que troubles auditifs, démangeaisons, troubles d'excrétion de l'urine, envies fréquentes d'uriner, phénomène du doigt mort (ce dernier signe est très fréquent), extrême sensibilité au froid, surtout au niveau des membres inférieurs, souvent d'un seul côté, ou aux deux genoux. A ces symptômes viennent bientôt se joindre les crampes, les troubles oculaires, la céphalée, les vomissements, et enfin le bruit de galop constaté pour la première fois par M. Potain.

Il résulte de ces faits que l'analyse des urines n'est pas un criterium de l'importance qu'on lui a accordée jusqu'ici, et ne suffit pas pour confirmer le diagnostic de maladie de Bright.

Que peut donner l'expérimentation? On se rappelle les importantes recherches de MM. Feltz et Ritter, les récents travaux de M. Bouchard qui est arrivé à fixer le coefficient de tonicité des urines d'un homme sain. Un kilogramme d'animal est tué par l'injection intra-veineuse de 50 centimètres cubes d'urine d'un homme sain.

Un brightique qui s'intoxique lui-même, rend des urines non toxiques. C'est ainsi que l'injection de 250 grammes d'urine d'un brightique n'influencent un lapin en aucune façon. Donc des brightiques doivent rendre des urines peu toxiques. M. Dieulafoy a commencé des expériences dans ce sens. Une malade présente des phénomènes brightiques, le bruit de galop, etc., sans albuminurie. On introduit dans les veines d'un lapin, du poids de 2 kilogrammes, 150 grammes d'urine sans que ce lapin présente d'accidents. Il ne meurt qu'après qu'on lui a injecté 250 grammes de cette urine. Ces urines sont donc peu toxiques.

Le fait est bien mieux démontré dans les deux observations suivantes : Une malade a des céphalées terribles, des crampes, des troubles auditifs, de l'oppression, de l'œdème des jambes, du bruit de galop, pas d'albumine dans les urines. M. Dieulafoy transfuse dans l'oreille d'un lapin 260 grammes de cette urine. Ce n'est qu'à ce moment que le lapin a été incommodé ; il n'est pas mort. Ces urines n'étaient donc nullement toxiques. Une autre femme est atteinte de dyspnée, de céphalée, de crampes, etc. Diagnostic : maladie de Bright ; pas d'albuminurie. M. Dieulafoy n'est arrivé à tuer un lapin qu'avec 285 grammes de l'urine de cette malade. La même quantité d'eau l'aurait tué également. Ces urines n'étaient donc pas toxiques.

En résumé, la maladie de Bright peut n'être pas accompagnée d'albuminurie.

L'ancienne dénomination de néphrite albumineuse n'est pas applicable à tous ces cas. Il faut éviter de confondre les brightiques et les albuminuriques.

Le diagnostic peut être fait par d'autres symptômes que l'albuminurie et aussi par l'expérimentation.

M. A. ROBIN, à l'appui de l'opinion émise par M. Dieulafoy sur l'existence de l'albuminurie sans maladie de Bright, communique le cas d'un médecin de Copenhague, âgé de soixante-douze ans, qui est albuminurique depuis l'âge de vingt ans, sans avoir jamais été malade autrement.

Quant à la maladie de Bright sans albuminurie, M. Robin fait observer qu'il existe parfois dans l'urine des matières albuminoïdes qui ne se révèlent ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur. Il faut donc tenir compte de ce fait.

M. DIEULAFOY répond que les urines de ses malades ont été examinées chaque jour avec le plus grand soin par M. Yvon, dont on connait l'habileté et la compétence en pareille matière.

M. DU CASTEL fait observer qu'il résulte des recherches de M. Dieulafoy que la conception de la maladie de Bright ne doit plus être aussi étroite. L'artério-sclérose joue ici un grand rôle. La maladie de Bright peut relever, non seulement de troubles purement rénaux, mais aussi de troubles vasculaires périphériques.

Pieds bots et amyotrophie. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente deux malades, qui sont les deux frères à dix ans de distance et qui sont atteints de la même affection, consistant dans une amyotrophie généralisée avec pieds bots dits tabétiques.

M. CHAUFFARD fait observer qu'il ne faudrait pas confondre ces malades avec des tabétiques. Ces faits prouvent qu'il y a des pieds bots d'origines très différentes.

Pieds bots dits tabétiques. — M. GÉRIN-ROZE présente des moules provenant d'un malade atteint d'un double pied bot varus équin, désigné généralement sous le nom de pied bot tabétique. Ce malade est affecté d'un mal de Pott avec paraplégie. Celle-ci était absolue lors de son entrée à l'hôpital; depuis elle s'est améliorée; les pieds tendent à se redresser. C'est donc là une affection curable. M. Gérin-Roze propose de désigner ces pieds bots sous le nom de myélitiques plutôt que tabétiques.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juin 1886. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Des altérations du système nerveux périphérique dans le rhumatisme chronique. — M. VAILLARD, chez deux sujets atteints de rhumatisme chronique avec ankylose de plusieurs articulations, déformations des mains et des pieds, troubles trophiques divers, icthyose, etc., a, avec M. Pitres, examiné après la mort, un certain nombre de fragments nerveux recueillis sur les membres. De cet examen il résulte que, contrairement à ce que l'on croit généralement, le système nerveux périphérique des rhumatisants chroniques peut être le siège de lésions profondes et diffuses qui rappellent exactement celles de la névrite parenchymateuse dégénérative.

M. LUYS a constaté chez de vieilles rhumatisantes de la Salpêtrière une atrophie de la moelle, avec prolifération de la névroglie, épaississement de la pie-mère, etc.

M. VAILLARD dit que leurs recherches avec M. Pitres n'ont encore porté que sur le système nerveux périphérique; ils examineront ultérieurement les centres nerveux et particulièrement la moelle, mais il peut dire déjà que les lésions névritiques s'étendent aux racines médullaires antérieures et postérieures.

Modifications de la température liées à la contraction musculaire. — M. LABORDE rappelle que les contractions musculaires développent toujours une augmentation de chaleur.

Dans le tétanos strychnique, cette augmentation de chaleur est très notable et facile à percevoir, soit que l'on place le thermomètre dans le muscle ou dans le système circulatoire artériel ou veineux. Pour démontrer que le muscle lui-même est bien le centre de cette production de calorique, il suffit de curariser l'animal de façon à suspendre l'action du système nerveux central. On a voulu faire jouer un rôle également dans la production de ce phénomène à l'asphyxie, mais on peut également éliminer ce facteur en soumettant l'animal, avant de le strychniser, à l'action du curare ou du chloroforme; cependant le mécanisme intime de cette production de chaleur est loin d'être encore élucidé. Il s'agit là, sans aucun doute, d'un phénomène d'ordre chimique; mais ce fait a besoin d'être établi par de nouvelles recherches.

M. CH. RICHET dit qu'en électrisant un chien pendant un certain temps avec de forts courants, on détermine une augmentation de chaleur telle que l'animal finit par succomber; cette augmentation de chaleur prend sa source dans la répétition des contractions dont sont animés, sous l'influence du courant, les muscles de l'animal, ce qui confirme les faits que vient d'exposer M. Laborde.

ÉLECTION

M. Dupuy est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance d'aujourd'hui, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Vulpian, élu il y a deux mois, secrétaire perpétuel.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 55, majorité 28 :

M. Brown-Séquard a été élu par 36 voix, contre voix 19 données à M. Germain Sée.

— Par décret, en date du 16 juin 1886, M. Villard, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 juin 1885, la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Voici les dernières questions données pour la leçon orale de trois quarts d'heures après trois heures de préparation :

Anatomie et physiologie. — Jeudi 17 juin, MM. Jaboulay et Retterer : Nerfs de la langue. — M. le docteur Retterer, indisposé, a été forcé de se retirer du concours. — Vendredi 18 juin, MM. Assaki et René : L'oreille moyenne. — Samedi 19 juin, M. Gley : Nerfs moteurs oculaires et mouvements de l'œil. (Ce candidat s'est retiré du concours.)

Histoire naturelle. — Lundi 21 juin, MM. Barrois et Nabias : La génération alternante chez les végétaux et les animaux.

Demain mardi, à dix heures du matin, séance pour la lecture des rapports et l'élimination des candidats reconnus non admissibles aux épreuves définitives.

— *Concours d'agrégation* (*physique, chimie et pharmacologie*). — Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation (première épreuve définitive) :

Physique. — Vendredi 18 juin, M. Borel : Diffusion et osmose des liquides; M. Malosse : Les appareils d'induction. — Samedi 19, M. Didelot : Le téléphone et le microphone; M. Lauret : La radiation solaire. — Lundi 21, M. Leroy : Dissolution et diffusion des gaz.

Chimie. — Lundi 21, M. Villejean : Les fonctions en chimie organique.

— La seconde épreuve éliminatoire (épreuve orale), du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, s'est terminée jeudi dernier, 17 juin 1886.

Les deux dernières questions ont été : 1° Causes, signes et diagnostic des perforations intestinales. — 2° Colique néphrétique. A la suite de cette épreuve, les seize candidats dont les noms suivent ont été seuls admis à subir la troisième épreuve :

MM. Bourcy, Charrin, Dreyfous, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Marie, Martin, Petit, Richardière, Robert, Siredey et Variot.

La première séance de la troisième épreuve (consultation écrite) a eu lieu samedi dernier, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

— Les premières épreuves définitives (consultation écrite) du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris, a eu lieu mercredi, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu. — La seconde épreuve (épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes en travail ou récemment accouchées) commence aujourd'hui, 21 juin 1886, à quatre heures, à la Maternité.

— Les candidats du concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés, qui doit s'ouvrir le lundi 28 juin 1886, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, sont au nombre de trois seulement. Ce sont : MM. les docteurs Gilson, Pinel et Séglas.

Les membres du jury sont : MM. Bouchereau, Bigot, Baillarger, Espiau de Lamaestre, Lancereaux, Hardy et Straus.

— La première séance du clinicat obstétrical a eu lieu ce matin, pour l'appel des candidats, qui sont : MM. les docteurs Auvard, Fournel, Boissard, Bonnaire, Tissier, Loviot, Ollivier et Boisleux ; et pour la constitution du jury qui est composé de MM. les professeurs Pajot, président; Tarnier, Guyon et Duplay.

— La seconde épreuve du concours du clinicat d'ophthalmologie a eu lieu aujourd'hui, 21 juin 1886, à onze heures et quart, à la Faculté de médecine de Paris; la question donnée a été : Marche des faisceaux lumineux dans l'œil astigmate. L'épreuve du concours du clinicat chirurgical a eu lieu, ce même jour, à onze heures et demie, à l'École pratique. Cette dernière est une épreuve pratique de médecine opératoire.

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Étienne vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garand.

— M. le docteur Couturier est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Étienne, en remplacement de M. le docteur Fessy, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tavenaux, récemment nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris; Moroux, de Saint-Benoit du Sault; et de Peruy, médecin principal en retraite.

— M. Boutan soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 24 juin 1886, à quatre heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur l'anatomie et le développement de la fissurelle. »

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19712.

31

AIX-LA-CHAPELLE

(Province Rhénane)

Déjà, dès la plus haute antiquité, l'efficacité des eaux sulfurées-sodiques d'Aix-la-Chapelle était connue. On fait usage de ces eaux, tant en hiver qu'en été, notamment pour la guérison du rhumatisme chronique, de la goutte, des scrofules, pour le ramollissement des exsudations, qui sont la suite des scrofules, des blessures ou des fractures; pour la guérison des maladies chroniques de la peau (l'acné, la furunculosis, le psoriasis, l'eczéma chronique, les herpès invétérés, les vieux ulcères) et de toutes les formes de la syphilis constitutionnelle. On en fait usage pour la guérison de l'empoisonnement chronique du mercure et du plomb, pour les catarrhes chroniques des membranes muqueuses de la respiration et de la digestion, pour les paralysies d'origine cérébrale et spinale.

Bains de bassin, douches thermales à la température prescrite par les médecins, bains de vapeur, massage, gymnastique.

La tenue des établissements des bains et des bains même sont à la hauteur de la science moderne.

La vie à Aix-la-Chapelle est agréable et à bon marché. Si on prolonge le séjour, on peut y obtenir une pension à très bas prix.

Les lettres s'adressent à *l'Administration des bains d'Aix-la-Chapelle.*

241

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

21

SOURCE YVONNE

DE CHATEL-GUYON

Approuvée par l'Académie de médecine.

La plus gazeuse et la plus minéralisée.

Foie. — Estomac. — Intestins. — Rate. Pancréas.

Dépôt dans les bonnes Phies. — *Exiger le nom.*

15

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX

du Dr PAPILLAUD

Préparés par E. Mousnier, pharmacien à Saujon.

Médication ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001 milligr. par granule et fer). Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années, pour combattre sans constipation l'*anémie*, la *chlorose*, la *chloro-anémie*, les *névralgies* et *névroses*, les *affections scrofuleuses* et *cutanées*. — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie GIGON, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

41

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

80

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

31

SCHINZNACH-LES-BAINS

(Suisse, entre Bâle et Zurich).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau, des muqueuses, articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

Mon ADAM, 31, boulevard des Italiens, Paris.

170

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

10

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

46

POUDRE TONI-DIGESTIVE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

CONTRE : *Dyspepsies acides et flatulentes. Gastralgies, Gastrites. Vomissements, Diarrhées chroniques.*

Une cuillerée à café avant les repas.

Sur demande, envoi franco à MM. les Médecins.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

N° 73. — JEUDI 24 JUIN 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 24 JUIN 1886. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous voici tout à fait dans les séances d'été, séances presque vides.

L'ordre du jour portait la lecture d'un rapport de M. Yungfleisch sur la composition du sulfate de quinine du commerce, et une présentation d'opéré par M. le docteur Berger.

Il s'agissait d'un homme qui avait eu le talon écrasé, avec destruction de la peau. M. Berger a mis en usage la vieille méthode d'autoplastie qu'on nomme méthode italienne, et dont il est déjà question dans les œuvres de Celse. Cette méthode lui a pleinement réussi et un lambeau, garni de poils, emprunté au mollet de l'autre jambe, recouvrant maintenant le talon, a rendu la marche possible.

A l'occasion du procès-verbal, M. le professeur Laboulbène a parlé d'insectes que Broca avait découverts sur d'anciennes momies égyptiennes données il y a quelques années par le musée égyptien du Louvre à la Société d'anthropologie.

La question était de savoir si ces insectes provenaient d'Égypte ou simplement du Musée du Louvre. M. Laboulbène tient plutôt pour cette dernière explication, qui paraît bien la plus probable.

Il est malheureux qu'on ne puisse trouver là le moyen certain de savoir à quelle dynastie il faut rattacher l'époque de la momification de ces corps ; car, à défaut d'inscriptions l'indiquant, les conservateurs, consultés, l'ignorent absolument.

Le savant professeur aurait pu proposer d'envoyer une commission pour étudier la question des insectes sur la momie de Ramsès II, autrement dit du grand Sésostris, récemment découverte, et dont la face ressemble d'une façon si remarquable à celle d'un membre bien connu de l'Académie française.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Un nouveau cas d'adénopathie intrathoracique ; de l'adénopathie bronchique en général (1).

II

Je vous ai souvent montré à la consultation des malades qui avaient été atteints d'abord d'une bronchite et consécutivement d'un emphysème passager et je vous disais que, en pareils cas, on pouvait 99 fois sur 100 diagnostiquer l'état des ganglions du niveau du hile du poumon. En effet, les signes fonctionnels sont en raison même du nombre des ganglions atteints, ils sont d'autant plus intenses que l'hypertrophie est plus étendue. Les enfants déjà grandets témoignent d'un sentiment de gêne plus ou moins grande, d'une sensation de poids, d'une douleur plus ou moins vive dans un point fixe, soit en avant, soit en arrière. De plus nous constatons, — je ne dis pas constamment, mais fréquemment, — une dyspnée plus ou moins intense qui s'exaspérera à chaque effort de l'enfant. Celui-ci ne peut guère plus monter qu'à pas comptés, et lorsqu'il arrive à une certaine hauteur il est tout essoufflé, essoufflement qui n'est nullement en rapport avec la distance parcourue et l'ascension qu'il vient de faire. En un mot il éprouve une gêne véritable, un malaise certain à la suite du moindre effort. Chez d'autres enfants on remarque une dyspnée considérable, des accès d'asthme, voire même parfois des suffocations qui varient suivant la saison et l'état maladif de l'enfant.

Tels sont en résumé les principaux phénomènes que l'on constate chez la plupart des enfants atteints d'adénopathie bronchique, et si on ne les observe pas dans tous les cas, néanmoins il existe toujours une disproportion véritable entre les troubles fonctionnels et l'inflammation bronchique ou pulmonaire, la tuméfaction des ganglions déterminant, sous l'influence d'une poussée violente congestive, une irritation intense, du spasme, de la dyspnée, de l'angoisse, et même de l'orthopnée et parfois aussi presque de l'angine de poitrine.

En dehors de ces symptômes, nous devons ajouter que la toux revêt un caractère particulier tenant à la présence des ganglions congestionnés ou enflammés, elle est impérieuse, quinteuse, coqueluchoïde, revenant à tout propos sous la

(1) Suite. — Voy *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 559.

moindre influence; elle peut parfois simuler la coqueluche, mais il n'y a presque jamais de reprises ni de vomissements. La voix reste ordinairement normale; cependant elle est quelquefois éteinte et l'enfant est aphone, la respiration est sifflante, il y a paralysie des cordes vocales comme dans l'œdème de la glotte. D'autres fois on observe du spasme glottique comme dans la laryngite striduleuse, ce qui s'explique par l'excitation ou la compression des nerfs récurrents. Il y a des cas aussi où la respiration est si difficile qu'il existe, comme je l'ai déjà dit, un véritable cornage, et la respiration bruyante s'entend à distance.

En un mot on peut constater du côté de la respiration, du jeu de la cage thoracique, de la voix, de la toux, de la suffocation, des phénomènes qui se reproduisent d'une manière étrange, des phénomènes particuliers qui doivent mettre le médecin sur la voie du diagnostic de l'adénopathie bronchique.

La poitrine de l'enfant qui a des ganglions volumineux doit être examinée avec soin par la percussion et l'auscultation, car dans la plupart des cas cet examen, fait avec une attention soutenue, fournira les indications d'un diagnostic sûr. En effet, tout d'abord la cage thoracique est le plus souvent revenue sur elle-même, rétractée; de plus, à la palpation, on pourra quelquefois même reconnaître la région malade, et la main, appliquée sur les parties latérales du sternum, sentira des vibrations exagérées. Quant à la percussion, voici ce qu'elle donne dans la majorité des cas. Prenons un fait des plus simples : toute la partie postérieure de la poitrine est plus sonore qu'en l'état normal, par suite même de l'état emphysémateux du poumon, et quelquefois à la base on entend un peu de submatité due au phénomène concomitant dont je vous ai parlé en commençant, c'est-à-dire à un peu d'œdème pulmonaire. Voici déjà des faits acquis qui éloigneront tout diagnostic de tuberculose pulmonaire. De plus, si l'on percute profondément vers le bord spinal de l'omoplate, on trouve une sonorité moins claire, moins nette ; ce n'est pas encore de la matité, à moins cependant que les ganglions, hypertrophiés, congestionnés, ne soient très volumineux, mais c'est de la submatité, et encore cette submatité elle-même ne se rencontre-t-elle pas dans tous les cas. Mais lorsqu'elle existe, c'est le long de la deuxième et de la troisième vertèbres dorsales, dans l'espace interscapulaire qu'il faut aller la chercher. Elle ne se retrouve pas dans la région sus-épineuse où la sonorité, au contraire, est restée normale. Je parle ici, bien entendu, de l'adénopathie bronchique que la tuberculose pulmonaire ne vient pas compliquer.

Si maintenant nous passons à l'auscultation, oh! ici, les phénomènes sont complexes. La respiration est rude, sèche, tubaire, quelquefois caverneuse. Le murmure respiratoire est effacé dans la région interscapulaire, c'est-à-dire au niveau correspondant aux bronches comprimées, comme s'il y avait une véritable induration pulmonaire. En tous cas il n'y a ni râles, ni craquements, ni bulles caverneuses, comme dans le ramollissement ou l'inflammation du poumon. Toutefois si le poumon est en même temps atteint de tuberculose, ou même si la bronchite est généralisée, intense, alors certains bruits dus à la généralisation même de la bronchite peuvent venir se mêler à cette respiration rude et sèche de l'adénopathie bronchique. Mais j'ajouterai que le plus souvent ces bruits sont distincts l'un de l'autre, et que la résonnance de la voix, de la toux ou des cris est alors exagérée par le fait même de l'affection pulmonaire qui permet une transmission plus facile de ces bruits; enfin on trouve aussi, en pareil cas, les phénomènes particuliers, inhérents à la maladie du poumon. De plus encore, si l'on ausculte dans le voisinage, on rencontre tous les signes de l'emphysème, une diminution du murmure respiratoire, une sonorité exagérée ainsi que des râles sous-crépitants dus à une hypersécrétion, et, s'il existe de l'œdème à la base du poumon, on pourra même entendre en ce point du râle crépitant.

Si l'enfant était atteint de broncho-pneumonie, de bronchite capillaire, de tuberculose, on observera tous les signes de l'une ou de l'autre de ces affections et quelquefois aussi de l'épanchement pleural résultant de la compression des troncs veineux, concurremment aux phénomènes de l'adénopathie bronchique (emphysème, œdème, stase sanguine, etc.)

Quant à l'état général de l'enfant, on trouve son pouls petit, serré, ralenti dans certains cas; dans d'autres, au contraire, précipité. Quelquefois le cœur est plus volumineux qu'à l'état normal. On peut percevoir parfois aussi des souffles exagérés, de la péricardite, de l'endocardite. En même temps le facies, comme j'ai eu l'occasion de le dire déjà en commençant, est vultueux, tuméfié, surtout dans le cas où la veine cave est comprimée; on peut aussi observer des épistaxis, des ecchymoses sous-conjonctivales, de la somnolence, de l'abattement, des troubles digestifs tenant à l'état du pneumo-gastrique.

Telle est la symptomatologie de l'adénopathie bronchique tracée dans ses grandes lignes. Quant à son évolution, nous dirons que cette maladie a une marche chronique, qu'elle est sujette à récidives plus ou moins fréquentes et plus ou moins rapprochées. De là une anémie quelquefois profonde, une faiblesse générale, voire même parfois un arrêt dans le développement de l'enfant. Cependant, je me hâte de le dire, la maladie est curable. Il en est d'elle comme de l'adénopathie cervicale, qui guérit souvent avec le développement de l'individu.

Dans certains cas elle peut passer à la tuberculose, elle peut se terminer par la suppuration, déterminer la perforation des bronches, du médiastin, des vaisseaux artériels ou veineux, et amener une hémorrhagie foudroyante ou bien une vomique, une pleurésie suraiguë, de la pneumonie, et l'enfant mourir asphyxié, dans une syncope, ou par des troubles nerveux venant se surajouter aux phénomènes hémorrhagiques.

Enfin j'ajoute que l'adénopathie bronchique est une affection très fréquente, provoquant chez beaucoup d'enfants des troubles fonctionnels importants. Néanmoins si l'enfant n'est pas tuberculeux, il n'y a pas lieu de désespérer de sa guérison.

HOPITAL MILITAIRE DE MARSEILLE. — M. Dieu.

Du traitement des fractures du corps du fémur par l'appareil à extension de M. le docteur Tillaux.

La *Gazette des hôpitaux,* dans le n° 66 en date du 8 juin 1886, vient de publier une leçon clinique de M. Tillaux sur le traitement des fractures du corps du fémur par un appareil à extension continue très simple (1).

(1) Il sera intéressant de rapprocher de cet appareil les divers articles publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, années 1863, p. 138; 1880, p. 155, et 1882, pp. 657, 710, 742 et 924. (*Note de la Rédaction.*)

Certes, devant les assertions du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui fait sa clinique en présence d'un nombreux personnel d'élèves et de médecins pouvant juger en toute connaissance de cause les résultats de sa pratique, il n'est peut-être pas nécessaire de venir joindre ici le fruit de mon expérience; cependant quelques médecins hors de Paris et des centres scientifiques pourraient croire que les magnifiques résultats annoncés sont dus, en partie, à l'habileté chirurgicale de M. Tillaux. Il n'en est rien; tout chirurgien, tout médecin peut obtenir d'aussi beaux résultats que le maître, s'il veut bien se conformer à l'application si simple de l'appareil décrit.

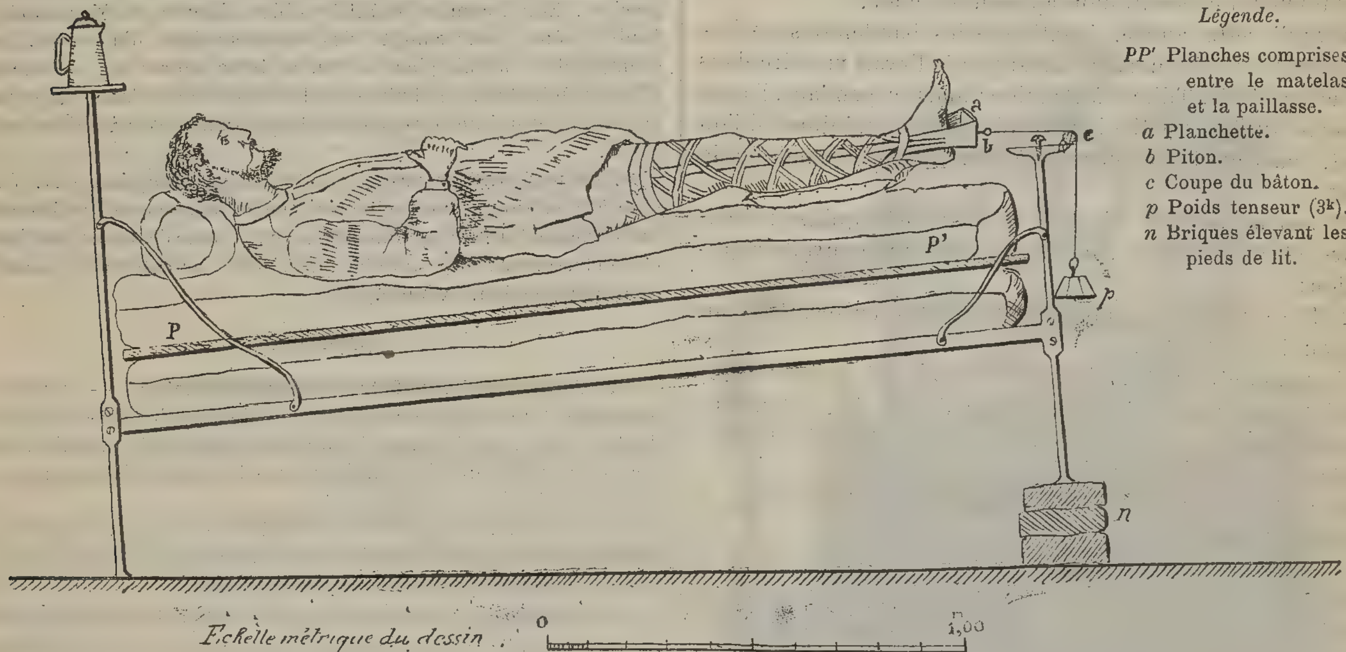
Dans ma pratique personnelle, j'ai employé à l'exclusion de tout autre l'appareil de M. Tillaux dans les fractures de cuisse, et j'ai obtenu des résultats véritablement remarquables.

Je me contenterai de relater brièvement mes deux dernières observations.

I. En 1884, un officier de cavalerie, âgé de vingt-huit ans, dans la traversée de Marseille à Alger, glisse sur le pont pendant la nuit par un gros temps, tombe malheureusement, se fracture le fémur droit à la partie moyenne et reste ballotté par la tempête, pendant une heure environ, dans cette triste situation. C'était à l'époque des quarantaines, et il fut condamné à rester huit jours à bord avec un appareil excessivement primitif.

Il est apporté au Dey, dans mon service. Le fémur est fracturé à la partie moyenne; le membre est très gonflé, un épanchement abondant existe dans le genou; il y a une déformation considérable et un raccourcissement de 6 à 7 centimètres.

APPAREIL A EXTENSION CONTINUE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR



Légende.

PP' Planches comprises entre le matelas et la paillasse.
a Planchette.
b Piton.
c Coupe du bâton.
p Poids tenseur (3k).
n Briques élevant les pieds de lit.

Echelle métrique du dessin



Il faut ajouter que ce malheureux jeune homme souffrait énormément et n'avait pas reposé depuis l'accident. Par suite des mauvais moyens contentifs et des transports successifs du malade, la fracture est très douloureuse et les muscles sont contracturés; c'est donc là une fracture grave du fémur et on pouvait craindre un résultat définitif défavorable. Cet officier est placé aussitôt dans un lit dont les pieds sont soulevés par des briques, les bandelettes de diachylon et les 3 kilos forment l'extension et le soir même les douleurs cessent. Le lendemain matin, la fracture était parfaitement réduite, et le raccourcissement était à peine sensible, toute contracture musculaire ayant cédé.

Vers le quarante-cinquième jour de la fracture, tout appareil est retiré, et le cal est parfaitement régulier et solide. A cette époque, je n'avais pas encore l'expérience que j'ai acquise aujourd'hui, et je n'osais retirer trop vite l'appareil.

Le malade est autorisé à se lever avec des béquilles le cinquantième jour, et la guérison définitive aurait été complète après deux mois, sans l'épanchement articulaire qui laissait l'articulation raidie.

Les mensurations, faites avec le plus grand soin par plusieurs médecins, donnaient un raccourcissement variant entre 1 centimètre 1/2 et 2 centimètres.

J'ai reçu depuis plusieurs lettres de cet officier, qui marche très facilement sans boiter, qui monte à cheval, valse même sans difficulté, et qui pourra continuer sa carrière sans ressentir les suites du grave accident de 1884.

II. Le second blessé est également un officier qui, l'an dernier, dans un accès de délire alcoolique pour lequel il était en traitement à l'hôpital du Dey, s'est précipité du premier étage sur les pavés.

Il se fit une fracture du fémur à la partie moyenne, avec un raccourcissement de 6 à 7 centimètres également.

Replacé de suite dans son lit, on lui applique l'appareil de M. Tillaux, et malgré le délire, que l'on essaye de calmer par le chloral et la morphine, et qui ne cesse qu'au troisième jour, la fracture est parfaitement réduite après vingt-quatre heures.

Malgré l'alcoolisme ancien de cet officier, malgré des atteintes sérieuses de paludisme antérieur, dès le vingtième jour, on sentait le cal se former sous le doigt, et le trentième jour, le blessé pouvait soulever seul son talon. Le trente-quatrième jour, tout appareil est enlevé; le quarantième jour, on autorise les béquilles, et le soixantième jour, cet officier quitte l'hôpital, avec un raccourcissement insignifiant de 1 centimètre 1/2 environ, sans béquilles et sans canne.

Certes, c'est là un résultat véritablement des plus brillants, et obtenu avec un appareil que l'on fabrique au moyen d'un morceau de diachylon, d'un bout de ficelle et d'un poids de 3 kilos.

Non seulement l'appareil à extension donne des résultats des plus remarquables dans les fractures du fémur, mais son application dans la coxalgie rend également de très grands

services. Depuis trois ans, je l'ai appliqué cinq ou six fois dans des coxalgies très douloureuses, et après quelques heures, toute douleur avait disparu.

En ce moment, j'ai dans mon service un gendarme atteint d'une coxalgie des plus douloureuses, avec abcès péri-articulaire. Après quarante-huit heures d'extension par l'appareil, ce militaire, qui, depuis plus de six mois, n'avait pas dormi, ne souffrait plus et reposait toute la nuit. Son abcès a été largement ouvert, et après grattage, j'ai obtenu une réunion par première intention, excepté au niveau du drain qui plonge jusque près de la cavité articulaire. J'espère obtenir une guérison.

A l'aide du même appareil et des pansements antiseptiques, on obtiendrait vraisemblablement des guérisons remarquables dans les fractures si graves du fémur par coup de feu. Je n'ai pas eu l'occasion de l'appliquer dans ces cas, mais certainement ce serait mon appareil de choix.

Jusqu'à cette année, j'appliquais les bandelettes de diachylon le long du membre, ainsi que je l'avais vu faire dans le service de M. Tillaux à Beaujon; mais, cependant, j'avais observé quelques petits inconvénients, bien minimes si l'on veut, mais qu'il est cependant bon d'éviter quand on le peut :

1° Les bandelettes glissent un peu après quinze à vingt jours, et on est obligé souvent de faire une nouvelle application;

2° Il se produit quelquefois de petites excoriations au niveau des malléoles.

Un jeune étudiant de l'École de Lyon, qui probablement avait vu un de ses maîtres appliquer l'appareil à extension, m'a indiqué une nouvelle manière de faire tenir les bandelettes, qui me paraît préférable.

On coupe une bande de diachylon large de trois doigts et ayant une longueur convenable.

Les deux chefs sont partagés dans la longueur en trois bandelettes, jusqu'au niveau des malléoles, et la portion de diachylon qui forme l'étrier reste pleine. Nous avons donc une bande pleine au niveau du pied, et la même bande séparée en trois chefs à partir des malléoles. Les deux chefs médians sont collés verticalement le long de la jambe jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure du fragment inférieur. Les quatre autres chefs sont enroulés en spirale le long de la jambe et de la cuisse. Il résulte de cette façon de faire une adhésion beaucoup plus grande du diachylon sur la peau du membre, et jamais ce bandage ne glisse, bien qu'on ne fasse pas de circulaires. D'autre part, au lieu de fixer la corde directement dans l'anse de l'étrier, on consolide cet étrier par une plaque mince de bois blanc, qui se colle sur le diachylon, vis-à-vis la plante du pied, et qui est assez large pour isoler les malléoles, qui sont alors absolument libres et ne risquent plus de s'excorier.

Enfin un petit piton se visse dans la plaque de bois et sert à fixer la corde soutenant le poids.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Dieulafoy et Sanné qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

M. Laboulbène, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques remarques sur la communication de M. Brouardel, faite dans la dernière séance. Il admet très bien que les dépouilles laissées par certains insectes peuvent conduire à fixer l'époque à laquelle remontait la mort. Mais il faut aussi tenir compte de ce fait que certains insectes peuvent s'attaquer au cadavre alors qu'il est déjà complètement desséché et passé à l'état corné. C'est ainsi que Broca trouva sur une momie égyptienne les débris d'un insecte que M. Laboulbène reconnut être le *Gibbium scotias*. Bien évidemment cet insecte n'était pas contemporain des Pharaons, comme la momie. Il avait dû sans doute s'introduire dans le cadavre alors que celui-ci avait été mis à nu.

En résumé donc, il faudra, pour retirer de l'entomologie appliquée à la médecine légale une certitude sur l'époque de la mort d'un cadavre, remonter, géologiquement en quelque sorte, des temps présents aux premiers insectes nécrophiles. Si le temps de la mort est très éloigné, si l'on ne trouve que des *ptiniores* ou des *antrênes*, la date sera très difficile et presque impossible à préciser. Enfin, comme le fait très bien observer M. Brouardel, il faudra même tenir compte des insectes voisins d'un corps, par exemple des fourmis placées dans la terre auprès des ossements d'Élodie Ménetret, des bulbes et des tiges de lis blanc rongés par les acares et qui ne se rencontrent que dans des conditions spéciales.

M. le Président propose à l'Académie d'adjoindre M. Vulpian à la section de médecine vétérinaire pour compléter le nombre réglementaire de cinq membres, exigé pour l'examen des titres et le classement des candidats à la place actuellement vacante dans cette section. (Adopté.)

RAPPORT

Sur l'analyse du sulfate de quinine officinal. — M. Yungfleisch. Une communication de M. le docteur de Vry, correspondant étranger, avait signalé la présence de quantités relativement fortes de sulfate de cinchonidine dans le sulfate de quinine que l'industrie fabrique actuellement.

Des contradictions ayant été produites à cet égard, l'Académie, conformément au désir exprimé par M. de Vry, a chargé sa section de pharmacie d'examiner cette question.

Les contestations portaient sur deux points : en premier lieu, sur la méthode d'analyse adoptée par M. de Vry; en deuxième lieu, sur la préparation du sulfate de quinine livré actuellement à la pharmacie.

M. le rapporteur discute les objections opposées à M. de Vry. Il a fait lui-même de nombreuses analyses à l'aide de divers procédés; il a examiné un très grand nombre de produits livrés par les différentes usines, et il a reconnu que le sulfate de quinine est souvent chargé aujourd'hui d'une proportion assez forte de cinchonidine. Le sel peut du reste varier d'un jour à l'autre dans la même fabrique par suite des provenances diverses des écorces dont on l'extrait. Aujourd'hui ces écorces sont en majorité d'origine indienne; et une maladie parasitaire, qui s'est développée en Inde sur les quinquinas, a obligé les propriétaires qui se livraient à la culture de ces arbres, de les couper en masse et de livrer en masse leurs écorces au commerce. Or les quinquinas plantés dans l'Inde sont beaucoup plus riches en cinchonidine que les quinquinas d'Amérique. De là, sans intention de fraude, une proportion beaucoup plus forte de sels autres que ceux de quinine. D'ailleurs cette cause d'impureté s'est fait sentir encore plus dans les fabriques étrangères que dans les fabriques françaises, ainsi que l'ont démontré les nombreuses analyses faites par M. le rapporteur.

Il est difficile d'exiger un sulfate de quinine d'une pureté absolue, d'autant plus que le sulfate basique absolument pur, ne contenant aucune parcelle de sel de cinchonine, ne présenterait plus la cristallisation en longues aiguilles d'un aspect soyeux, et l'extrême légèreté, que le commerce recherche et que les médecins sont habitués à rencontrer dans le sulfate de quinine. Il faut un mélange de cinchonidine, pour donner cet aspect, considéré encore

par tant de praticiens comme caractéristique des sels de quinine vraiment purs.

Cependant il est important que la proportion de cinchonidine soit maintenue dans d'étroites limites, et comme aujourd'hui les procédés ne manquent plus pour obtenir, si on le désire, un sel de quinine absolument pur, M. le rapporteur espère que les pharmaciens, avertis par la communication de M. de Vry et par tout le bruit qui s'est fait autour de la question, se rapprocheront le plus possible de cet idéal.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ

M. BERGER présente un malade sur lequel il a réparé une vaste perte de substance des parties molles du talon, causée par un écrasement et ayant résisté depuis un an à tous les moyens de traitement, par une opération autoplastique dérivée de la méthode italienne (méthode de Tagliacozzi).

Sur la perte de substance préalablement avivée, il a fixé par suture un lambeau long de 10 centimètres, large de 5 à 6, comprenant la peau et le tissu cellulaire et taillé sur la jambe opposée. Ce lambeau fut laissé adhérent par son pédicule à la jambe à laquelle il appartenait pendant vingt-quatre jours : pendant ce temps, les deux membres inférieurs furent maintenus dans l'immobilité absolue par un appareil plâtré. Le pédicule fut sectionné le vingt-quatrième jour, le lambeau continua à vivre, et depuis six mois le malade peut se servir de son pied sans qu'aucune ulcération ou aucun trouble trophique se soit développé sur la partie du talon qu'il recouvre. Néanmoins, la peau transplantée n'a pas recouvré la sensibilité au contact.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juin 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Apoplexie de la rate. — M. GRÉGORESKO a constaté une apoplexie de la rate chez un chien auquel avait été pratiquée une trépanation du crâne. Il émet quelques considérations sur les rapports de ce traumatisme avec cette lésion de la rate.

Le chalazion. — M. VASSANT rappelle les travaux de MM. Poncet et Boucheron relatifs aux microcoques qu'on trouve dans le chalazion. Il a fait lui-même, dans le service de M. Panas, une série de recherches microbiologiques sur des chalazions non ulcérés. Il a trouvé des granulations que, contrairement à MM. Poncet et Boucheron, il ne considère pas comme des microbes ainsi qu'il résulte des cultures stériles qu'il a faites et des résultats négatifs qu'il a obtenus des diverses méthodes de coloration.

Traumatismes cérébraux. — M. RICHET rapporte les résultats d'expériences qu'il a faites sur des cerveaux de lapins et d'oiseaux. Il enfonce profondément une aiguille dans le cerveau et constate une élévation de la température qui va de 40 à 41 degrés 1/2 chez les oiseaux. La cautérisation superficielle donne le même résultat, mais cette hyperthermie ne dure que quelques heures, tandis que celle qu'on obtient par l'aiguille enfoncée dans le cerveau peut durer plusieurs semaines.

On sait que chez certains animaux le pavillon de l'oreille se déplace pour s'accommoder aux bruits extérieurs, ainsi qu'à la vision. Ce phénomène réflexe fait le plus souvent défaut chez les lapins domestiques; il est constant, au contraire, chez les lapins dont le cerveau a été mis à nu et l'écorce cérébrale détruite.

Sous l'influence de lésions partielles du cerveau, les oiseaux tombent dans un état de stupeur, se mettent en boule, ainsi que l'avait démontré Flourens. Ce n'est pas là une suppression totale de fonction, attendu que ces phénomènes sont passagers.

M. LABORDE croit qu'il y a une distinction à faire, car dans les cas de destruction totale de l'écorce cérébrale, cette suppression fonctionnelle persiste et les animaux ne peuvent plus se nourrir.

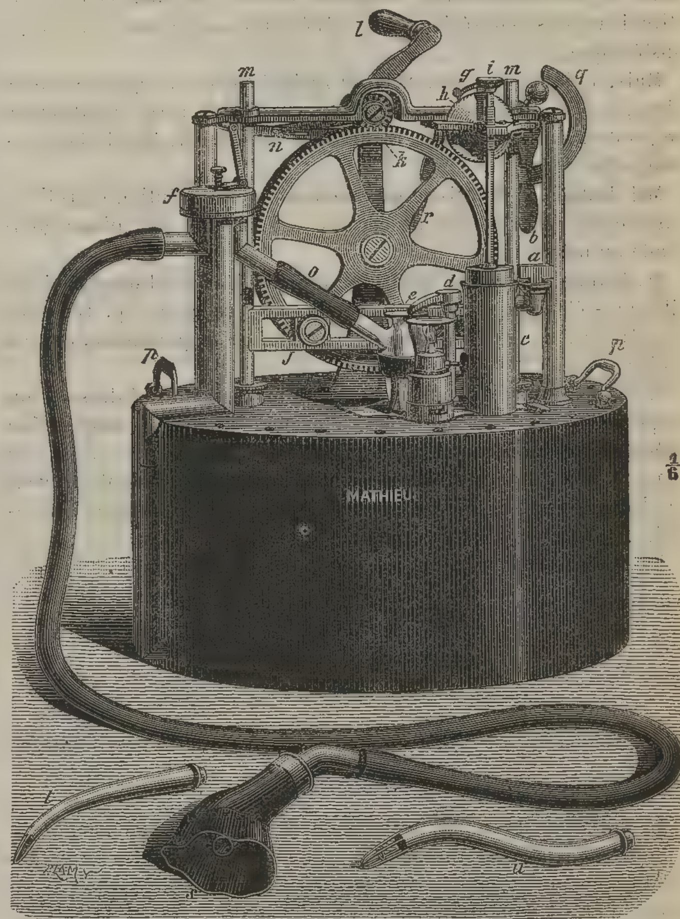
M. DUPUY pense que l'élévation de température constatée par M. Richet dans les cas de pénétration d'une aiguille dans le cerveau, est un phénomène dû à une modification des vaso-moteurs.

M. RICHET croit que ce n'est pas seulement un phénomène vaso-moteur, puisqu'il y a en même temps production de chaleur, ainsi qu'il l'a constaté dans des expériences calorimétriques.

M. LABORDE admet qu'il y a, à la fois, modifications vasomotrices et production de chaleur, ce qui permet de mettre d'accord MM. Richet et Dupuy.

Anesthésie par les mélanges titrés. — M. R. DUBOIS présente une nouvelle machine à anesthésier pouvant servir également à faire des mélanges titrés d'un gaz et d'un liquide vaporisable quelconques.

Cette nouvelle machine a été construite par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, et diffère de la machine primitivement adoptée pour l'application de la méthode d'anesthésie de



1/6

M. Paul Bert par le procédé de dosage du liquide vaporisable. La grande facilité avec laquelle s'opère le titre du mélange, la manœuvre plus simple et plus rapide, le poids plus faible et le volume plus restreint de ce nouvel appareil constituent un progrès considérable. Sans entrer dans le détail du mécanisme très ingénieux qui assure l'exactitude rigoureuse du titrage, nous donnons ci-dessus un dessin qui en montre tous les différents rouages.

Les critiques adressées à la méthode d'anesthésie par les mélanges titrés ont porté jusqu'à présent exclusivement sur la difficulté qu'il y a d'obtenir des mélanges rigoureusement titrés; les efforts des inventeurs et des constructeurs ne sauraient donc être trop encouragés pour arriver à doter les praticiens et les laboratoires de machines ou d'appareils véritablement pratiques.

La nouvelle machine permet en outre d'obtenir des mélanges à titres faibles destinés primitivement à être utilisés en obsté-

trique, mais qui peuvent rendre aussi des services dans l'anesthésie chirurgicale.

A ce propos, M. Dubois fait remarquer que cette médication a perdu un peu de cette importance depuis les premières expériences qu'il a entreprises à la clinique d'accouchement et qui ont été continuées avec la collaboration de M. Doléris, relativement à l'action analgésique de la cocaïne appliquée localement sur les voie génitales pendant le travail.

Les résultats obtenus à la clinique de Paris viennent d'être contrôlés par M. Jeannel (de Montpellier). La valeur de la méthode d'anesthésie locale imaginée par M. Dubois pour supprimer ou atténuer la douleur pendant le travail, a été confirmée par des recherches récentes. Le manuel opératoire a été mieux étudié. L'anesthésie locale par la cocaïne loin de contrarier la marche du travail peut la faciliter dans une certaine mesure et en abréger la durée, d'après M. Jeannel, qui signale également les avantages de ce procédé dans certains accidents de la parturition. A l'époque où M. Dubois a fait à la clinique la première application du chlorhydrate de cocaïne du laboratoire de physiologie expérimentale, cette substance coûtait fort cher, ce qui constituait un obstacle sérieux à la généralisation de son emploi en obstétrique.

Mais, aujourd'hui, son prix de revient est six à sept fois moins élevé, et il diminuera sans doute encore si l'on arrive à fabriquer ce produit artificiellement, comme l'a annoncé M. Merck dans ces temps derniers.

MM. Dubois et Doléris se servaient soit d'une solution dans l'eau distillée de chlorhydrate de cocaïne à 4 p. 100, soit d'une pommade au même titre.

M. Jeannel préfère la solution à 5 p. 100. Les solutions ayant un titre plus élevé ne sont pas plus efficaces; celles à 3 p. 100 sont trop faibles. Ce praticien rejette l'emploi de la pommade, qui est moins active.

L'application se fait au moyen d'un pinceau imbibé de solution et porté sur les voies génitales à plusieurs reprises au moyen d'un spéculum ou bien encore avec un tampon que l'on peut laisser en place. Il est important de débarrasser les parties dont on veut modifier la sensibilité du mucus abondant qui les recouvre d'ordinaire.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

La question de mots, à laquelle M. Lanoaille de Lachèze a ajouté une si grande importance, me paraît avoir nui à la vulgarisation de son travail. Le mot *tarassis* n'a été employé que par lui seul, je crois, pour désigner ce que les maîtres de la Salpêtrière et les Sociétés savantes appellent encore l'hystérie mâle. Il constitue, à mon sens, une concession inutile au public non médical, dont nous n'avons guère à nous soucier en cette matière; je lui en veux tout particulièrement de m'avoir fait omettre la lecture du travail de votre honorable correspondant.

J'avais certainement connaissance du *titre* de l'ouvrage de M. Lanoaille de Lachèze : *Tarassis, troubles de l'âme et du corps dans l'antiquité et dans les temps modernes ;* en vérité pouvais-je deviner qu'il cachait une étude sur l'hystérie dans l'armée ?

Au reçu de votre numéro du 17 juin, je me suis empressé de me procurer l'ouvrage; et les regrets de mon omission involontaire ont redoublé. Ces arguments de faits qu'il contient auraient étayé mes propres opinions, et l'on ne saurait avoir trop d'arguments, ni s'appuyer sur trop d'autorités, quand il s'agit de faire pénétrer, dans les esprits, des vérités repoussées parfois avec un indéniable parti pris.

Ceci dit, je pourrais faire remarquer que mon travail sur l'hystérie dans l'armée, diffère à bien des égards de celui de M. Lanoaille de Lachèze, mais il me semble quelque peu puéril de soulever des questions de priorité, à propos d'études qui, pour mon compte personnel, tont au moins, sont de simples développements des découvertes d'autrui. Il ne me déplaît nullement de donner acte à M. Lanoaille de Lachèze qu'il s'est occupé avant moi de l'hystérie mâle, observée chez des soldats. J'ajoute volontiers que l'étude historique qui forme une grande partie du fascicule qu'il a publié, est remarquable par une ampleur de vues et une portée philosophique, auxquelles ne prétend nullement le très modeste travail dans lequel je me suis exclusivement préoccupé des conséquences médico-légales et pratiques de l'hystérie mâle, pour l'exercice journalier de la médecine d'armée.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments de confraternité.

Dr Em. Duponchel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Levie, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, est placé, à dater du 22 juin 1886, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— Par décret en date du 21 juin 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Forgemol, en remplacement de M. Galand, retraité. — Est attaché à la direction de l'École du Val-de-Grâce.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Gauthier, en remplacement de M. Forgemol, promu. — Est affecté au 60e d'infanterie.

— Par décret, en date du 12 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe : Bernical, Margeon, Bouret, Bardet, Artzet, Portalier, Thuriot, Aubry, Grandeur et Martinet.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Après la séance tenue par le jury, les quinze candidats dont les noms suivent ont été déclarés admissibles aux épreuves définitives. Ce sont, classés par lettre alphabétique :

Anatomie et physiologie. — MM. Assaki, Ferré, Guinard, Jaboulay, Poirier, Princeteau, Quenu, René, Rodet, Tapie et Variot.

Histoire naturelle. — MM. Barrois et Nabias.

Ces candidats ont tiré au sort, aujourd'hui même à midi, l'ordre dans lequel aurait lieu la première épreuve définitive (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit). Cet ordre a été fixé ainsi qu'il suit :

Anatomie et physiologie. — Jeudi 24 juin, MM. Jaboulay et Quenu. — Vendredi 25 juin, MM. Rodet et René. — Samedi 26 juin, MM. Poirier et Assaky. — Lundi 28 juin, MM. Tapie et Gilis. — Mardi 29 juin, MM. Princeteau et Variot. — Mercredi 30 juin, MM. Guinard et Ferré. — Jeudi 1er juillet, M. Nicolas.

Histoire naturelle. — Vendredi 2 juillet, MM. Barrois et Nabias.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bocamy, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan; Luciani (de Moca Croce), Deval (de Pontaumur), Petit (de Dijon) ; Severin Caussé (d'Alby).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19721.

N° 74. — SAMEDI 26 JUIN 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 26 JUIN 1886. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'enseignement pratique à l'hospice Sainte-Anne.

En dehors de ses leçons cliniques du dimanche, toujours très suivies, M. Ball a imaginé un nouveau genre d'enseignement qui doit produire les meilleurs fruits.

Il préside chaque jeudi des conférences essentiellement pratiques et familiales pour ainsi dire.

Devant les élèves du service, tous rompus aux questions de maladies mentales, on fait venir un des malheureux qui ont été amenés à l'hospice comme soupçonnés de folie. Un des assistants est chargé par le professeur de diriger l'interrogatoire, puis, une fois son opinion bien établie, de la soutenir, après qu'on a fait sortir de la salle, bien entendu, la personne en question.

Alors s'ouvre une discussion on ne saurait plus instructive. On pèse le pour et le contre : on ne se laisse pas influencer par les avis préjudiciels qui ont motivé l'internement. Évidemment il ne peut s'agir d'individus dont la raison soit absolument saine et droite. Mais ce n'est pas toujours un motif suffisant pour priver un homme de sa liberté ; et au point de vue humanitaire, comme au point de vue des sérieuses études, on ne saurait trop féliciter M. le professeur Ball de cette innovation.

Nous en avons vu les bons résultats ce matin même.

On introduit un paysan, normand d'origine, tenant à son bien comme tous les Normands, et tenant surtout à la terre, comme tous ceux qui la cultivent.

Or cette terre, dont il avait reçu héréditairement une large part que son père lui avait laissée, mais en commun avec un frère, il l'avait vue fondre entre ses mains par une licitation faite sur la demande de celui-ci. La loi française veut en effet que nul ne soit tenu de rester dans l'indivision.

Il y aurait eu, paraît-il, des erreurs dans l'indication des numéros cadastraux des parcelles, et les prix d'adjudication se seraient ressentis de ces erreurs. En tous cas, ce paysan a été persuadé que ces prix étaient dérisoires, et dans sa cervelle bornée il s'est cru victime d'une entente frauduleuse entre les hommes d'affaires, les avocats, les juges, tous ceux qui avaient pris part à la vente de ses biens.

Depuis cette époque, travaillant fort, gagnant plus qu'il ne dépensait, estimé, d'ailleurs, par tous ceux qui l'employaient, il n'a plus eu qu'une idée fixe, se faire rendre justice et rentrer dans ses biens. Il a d'abord adressé dans ce but plaintes et pétitions à tous ceux qu'il croyait à même de l'entendre ; puis, sur le conseil, paraît-il, d'un de ses voisins, il a fait la dépense d'acheter le matériel nécessaire pour pouvoir lui-même imprimer, afin d'exposer ses griefs et d'en appeler au public, des affiches qu'il allait coller pendant les périodes électorales, en se portant pour candidat afin d'être dispensé du timbre.

Certainement ce n'était pas là le fait d'un esprit bien rassis, appréciant justement les choses. Mais fallait-il donc enfermer à tout jamais ce paysan, cet illettré, qui raisonnait mal? Le jeune docteur fort distingué que M. Ball avait chargé de donner son avis sur cet homme, a très chaudement soutenu la négative, car on ne voyait pas quel danger pourrait causer soit pour lui-même, soit pour autrui, sa mise en liberté.

Cette opinion, combattue d'abord, l'a emporté en définitive ; et en l'adoptant, M. Ball a complimenté le jeune aliéniste, qui avait fait preuve de qualités rares dans cette controverse courtoise.

Les cautérisations profondes de la peau sur la région de la colonne vertébrale dans l'ataxie locomotrice.

Ce n'est pas une idée nouvelle que celle de combattre les affections de la moelle épinière par une révulsion énergique produite sur le derme au moyen de cautérisations profondes.

Je me rappelle que quand je commençais mes études médicales, il y a trente-cinq ans, mon père se servait beaucoup de ce moyen, qui lui avait donné de très bons résultats dans certains cas de paralysie.

Les cautères actuels dont il faisait usage, et que j'ai encore sous les yeux, étaient d'un assez gros volume, épais, capables d'emmagasiner une quantité de calorique considérable et de causer, quand on les appliquait, des brûlures profondes. J'en vois, entre autres, un en forme de roseau, dont la surface terminale donnait des brûlures nummulaires larges comme une pièce d'un franc, exactement semblables à celles que M. Rigal obtient aujourd'hui à l'hôpital Necker.

J'ai dit que le résultat était souvent très bon. Malheureusement, à cette époque, Duchenne (de Boulogne) n'avait pas encore fait ses beaux travaux et l'on ne savait pas distinguer avec précision l'un de l'autre les divers genres d'affections médullaires qui peuvent influer à la fois sur les mouvements et sur la sensibilité.

Certaines de ces affections, comme nous aurons bientôt à le dire, ne sont soulagées en aucune manière par ce moyen, qui, contre d'autres, est essentiellement utile.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si les insuccès, assez fréquents, ont fait généralement presque abandonner ce traitement, qui rentrait un peu dans les procédés chirurgicaux et qui n'était pas sans effrayer les malades et leur entourage. Ce réchaud qu'il fallait souffler pour amener au rouge ces grosses tiges de fer, ce grésillement de la chair, ces cris d'un patient qu'on brûlait, à plusieurs reprises, sans l'endormir : tout cela n'était supportable qu'à la condition d'aboutir toujours à un soulagement rapide.

D'ailleurs l'invention du cautère Paquelin mit depuis lors à la mode un nouveau procédé de cautérisation, très peu douloureux, très superficiel, et présentant pour le praticien l'avantage d'être d'une application extrêmement facile sans rien avoir d'effrayant. La cautérisation ponctuée fut donc employée un peu pour tout et rejeta complètement dans l'ombre l'usage des vieux cautères actuels.

Mais dans les affections médullaires, par exemple, ce qu'on en obtenait était si peu de chose qu'après de nombreux essais infructueux, M. Rigal se résolut à expérimenter de nouveau les vieilles méthodes.

Il a soin d'ailleurs d'endormir les malades, comme on le ferait pour une véritable opération chirurgicale. Car ce ne peut pas être sans causer des douleurs très vives qu'on arrive à produire le long de la colonne vertébrale successivement de seize à dix-huit brûlures profondes, larges chacune comme une pièce d'un franc et intéressant le derme dans la moitié au moins de son épaisseur.

Telle est, en effet, la méthode de M. Rigal. Les cautérisations sont faites de chaque côté de la colonne vertébrale, à peu près sur la ligne des articulations vertébro-costales. Une fois l'opération terminée, une feuille de ouate, faisant le tour complet du tronc, est appliquée sur les brûlures et maintenue par une bande. De cette façon, la douleur éprouvée par les malades, quand ils se réveillent de l'anesthésie, est très modérée. On laisse la feuille de ouate en place jusqu'à cicatrisation complète des plaies, ce qui demande deux ou trois semaines.

M. Rigal a employé ce traitement chez trois malades de son service. Deux de ces malades sont des ataxiques, et l'amélioration qui en est résultée chez ces deux-là est considérable.

Un de ces ataxiques est un jardinier de quarante ans, entré le 13 avril dernier au n° 11 de la salle Saint-Ferdinand. Cet homme a des antécédents d'alcoolisme. Il buvait autrefois beaucoup de vin, au moins 2 litres par jour, et il y a une quinzaine d'années qu'il commença à s'apercevoir que ses mains tremblaient légèrement. Vers la même époque, il fut pris de ces vomissements glaireux du matin que les ivrognes appellent la pituite.

Il y a huit ans, cette gastrite alcoolique, s'étant développée, avait pris la forme ulcéreuse, et ce malade dut entrer à l'Hôtel-Dieu à la suite de vomissements de sang qui s'accompagnaient de douleurs extrêmement vives dans la région épigastrique. L'application sur cette région de larges cautères dont il porte encore aujourd'hui la trace, le régime lacté, etc., amenèrent au bout de quelques mois la guérison de la gastrite, et depuis lors, à ce qu'il paraît, cet homme boit beaucoup moins.

Pourtant, consécutivement à la gastrite ulcéreuse, en 1879, le tremblement de ses mains s'était accentué à un tel point, que le matin, surtout avant d'avoir mangé, il ne pouvait plus tenir son verre pour le porter plein à sa bouche. Cela ne dura que quelques mois; puis le tremblement redevint modéré comme il l'est encore.

Les premiers symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice se manifestèrent il y a dix-huit mois. Ce furent d'abord des douleurs fulgurantes, des troubles visuels assez fréquents; souvent le malade voyait double; un peu plus tard, une sensation de douleur en ceinture étreignant la base du thorax et une incertitude de la marche, qui s'accentuait de plus en plus. Dès le mois de juillet de l'année dernière, l'incoordination des mouvements des jambes avait pris de telles proportions que tout travail devenait impossible.

Quand cet homme entra à l'hôpital Necker, il ne pouvait vraiment plus marcher. Si on lui faisait fermer les yeux, il ne pouvait pas même se tenir debout.

La sensibilité était considérablement modifiée sur les deux membres inférieurs, et on y trouvait de larges plaques de cette anesthésie relative qui représente un long retard dans les sensations. Le malade explique fort bien qu'il ne sentait pas à ce niveau les piqûres d'épingles au moment même où on les faisait, quelque profondes qu'elles pussent être, mais que la sensation douloureuse se manifestait un peu plus tard, alors qu'on ne le piquait plus.

En outre des douleurs fulgurantes, très pénibles, il accusait une sensation particulière qu'il compare à celle qu'il aurait éprouvée s'il avait eu les jambes serrées dans un étau; une sensation tout à fait semblable le prenait souvent à la gorge, et il en rend parfaitement compte, car il est très intelligent : « Je ne me sentais pas oppressé, dit-il, je respirais aussi facilement que d'ordinaire, et cependant il me semblait qu'un étau me serrait la gorge. »

En dehors de la diplopie passagère, revenant à plusieurs reprises, du côté des organes des sens on peut noter un affaiblissement de la vue et des bourdonnements d'oreille à peu près continuels. De plus, surtout dans les derniers temps, les maux de tête étaient devenus très fréquents.

Le 24 avril dernier, après l'avoir anesthésié, on lui fit une première application du cautère actuel, de la manière que nous avons indiquée plus haut. La réaction locale fut très modérée; seulement, par suite de l'anesthésie, il resta un état nauséeux qui dura pendant deux ou trois jours.

L'amélioration fut dès lors considérable, et ce malade put marcher sans canne, lançant peut-être un peu les jambes, mais beaucoup moins qu'auparavant. Il y avait encore de temps en temps, du côté gauche, quelques douleurs fulgurantes, mais bien moindres. Les maux de tête s'étaient apaisés.

Le 2 juin, nouvelle application du cautère actuel.

A partir de ce moment, il n'y eut plus du tout de douleurs fulgurantes, ni de douleurs en ceinture, ni de serrement à la gorge, ni de maux de tête.

La sensibilité, explorée avec un grand soin, fut trouvée tout à fait normale, sauf à la plante des pieds, où il existe encore un retard de quelques secondes dans la sensation, et où le chatouillement, bien que perçu, ne provoque ni sensation pénible ni mouvement réflexe.

La marche se fait actuellement d'une façon presque normale. Le pied s'appuie bien sur le sol. Les jambes ne sont plus projetées en divers sens; elles peuvent être maintenues soulevées dans une immobilité absolue durant un temps assez notable. Non seulement la station debout, mais la progression, soit en avant soit en arrière, est devenue possible quand les yeux sont fermés.

Ce sont presque les apparences d'une complète guérison, sauf que la marche ne peut pas être longtemps soutenue sans fatigue et que cette sensation de fatigue commençante, de faiblesse des jambes, de parésie existe même indépendamment de tout exercice antérieur.

Un second ataxique, un garçon boucher, âgé de quarante et un ans, entra le 7 juin dans le service, salle Saint-Ferdinand n° 21.

Chez celui-ci, les antécédents d'alcoolisme ne sont pas nets, bien qu'il exerce une profession dans laquelle on a l'habitude de boire beaucoup. Mais il n'a jamais eu de pituite ni de tremblement des mains, ni rien qui indiquât une intoxication chronique par les alcools.

Le début de l'affection actuelle remonte, paraît-il, à quatorze mois. Il ressentit d'abord dans les jambes, particulièrement dans les pieds, des douleurs très vives, lancinantes, térébrantes, qui s'exaspéraient par la marche au point de devenir insupportables. Il fallait alors qu'il s'arrêtât ou même s'assît pour être capable de se remettre ensuite en mouvement. A peu près à la même époque, il commença à éprouver de temps en temps, vers la base du thorax, une autre forme de douleur, persistante, constrictive, en ceinture, qui le gênait et l'oppressait.

En fait de troubles viscéraux, il accuse surtout une gêne de la miction avec affaiblissement et perversion de la sensation spéciale que cause le passage des urines. Cette sensation prenait souvent la forme d'une brûlure légère le long de l'urèthre, et il lui arrivait très fréquemment d'uriner encore alors qu'il croyait avoir terminé. On sait quelle place occupent les troubles de ce genre dans l'histoire de l'ataxie locomotrice. M. le professeur Damaschino, dans les belles leçons qu'il a faites cette année sur cette maladie à la Faculté de médecine, a longuement insisté sur ce point.

Ce ne furent d'ailleurs dans le cas actuel que des phénomènes du début, qui disparurent au bout de deux ou trois mois. Un peu plus tard survinrent des crises très pénibles, que le malade compare à des crampes, à une torsion intérieure, à un nœud qui se formerait dans les organes, crises ayant leur point de départ à l'estomac et remontant jusqu'à la gorge.

La vue s'est affaiblie. De temps en temps pendant quatre ou cinq secondes il voit comme des étincelles; mais il ne se rappelle pas avoir jamais eu de diplopie. Peut-être l'œil droit est-il un peu plus ouvert que l'œil gauche, mais il n'y a pas non plus de strabisme proprement dit. Depuis quelque temps les maux de tête étaient devenus presque habituels et ils s'exaspéraient souvent pendant plusieurs semaines au point de constituer de véritables crises névralgiques.

Il y a trois mois environ que les bourdonnements d'oreille n'ont pas cessé. La marche devint de plus en plus difficile, non seulement à cause de cette sensation de fatigue douloureuse dont nous avons déjà parlé, mais surtout par suite de l'incoordination spéciale, avec projection de la jambe de côté et d'autre, qui est la caractéristique de l'ataxie locomotrice. Une anesthésie relative, plus ou moins marquée, s'étendit à toute la surface des jambes et des pieds. Les piqûres, même très profondes, n'étaient pas perçues au moment où on les faisait. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce point, car la première application du cautère actuel n'ayant pas ramené la sensibilité complètement à l'état normal, l'analyse des phénomènes d'anesthésie locale sur les jambes est encore aujourd'hui possible.

M. l'interne du service nous a obligeamment communiqué, dans des notes qu'il nous a fournies sur les trois malades de M. Rigal, des détails très complets sur la manière dont on a procédé chez cet homme.

Ce fut le 7 juin qu'après l'avoir endormi on appliqua, de chaque côté de la colonne vertébrale, huit plaques de feu avec le gros bouton du thermo-cautère. Le pansement fut fait immédiatement avec de la ouate au sublimé recouverte de ouate ordinaire. La réaction inflammatoire fut très peu vive. Le deuxième jour apparaissait une petite auréole rose d'une largeur de quelques millimètres. Les eschares étaient suffisamment espacées pour qu'il n'y eût aucune confluence. Le huitième jour le sillon d'élimination était très net. Les plaies suintaient très peu. Deux pansements suffirent pour la guérison. Le malade n'a été nullement gêné et il n'a pas gardé le lit.

L'amendement des phénomènes d'ataxie fut absolument immédiat. Les douleurs fulgurantes ont complètement disparu depuis le moment de l'opération. La marche était redevenue facile, — plus facile même pendant les deux ou trois premiers jours qu'un peu plus tard, — et la plante du pied s'appliquait bien sur le sol, sans relèvement de la pointe, sans projection incoordonnée de la jambe à droite ou à gauche.

La sensibilité a été par nous étudiée avec grand soin sur les deux jambes.

Le retard le plus long dans la perception des impressions tactiles ou douloureuses dépasse vingt secondes. C'est au niveau du genou droit qu'existe le summum d'anesthésie relative.

Aussi le réflexe rotulien est-il complètement aboli du côté droit, tandis qu'il existe encore un peu, bien qu'affaibli, du côté gauche.

En effet, sur le genou gauche, le retard de la sensation causée par un pincement n'atteint guère que dix secondes. Si l'on interroge la sensibilité parallèlement sur les points correspondants des deux jambes, à partir des genoux on voit les retards diminuer progressivement de chaque côté dans des proportions tout à fait semblables à mesure qu'on approche des pieds. Vers le bas de la jambe, le pincement accuse un retard de huit à dix secondes du côté droit, de quatre à cinq secondes du côté gauche. Sur le pied même, la proportion devient inverse. Du côté gauche, le retard atteint jusqu'à douze secondes vers le milieu du dos du pied, et il n'est guère que de cinq à six secondes sur le même point du pied droit. A la plante des pieds, les sensations sont perçues à peu près de suite. Mais elles paraissent affaiblies, surtout à gauche. Le chatouillement est pénible à droite et il y provoque des mouvements réflexes. A gauche, au contraire, bien qu'il soit senti, il n'a rien de désagréable et ne provoque aucun mouvement.

Si, du pincement, qui met en jeu les sensations relativement un peu profondes, nous passons aux sensations très superficielles comme siège que causent les piqûres légères,

nous constatons que les retards sont beaucoup moindres, tout en restant proportionnels pour les mêmes régions. La piqûre d'épingle, rapidement et constamment réitérée, est sentie en huit à dix secondes vers le genou droit, quatre à cinq vers le genou gauche, et ce retard diminue à partir de ces points, à mesure qu'on descend plus bas sur la surface de la jambe.

Chose très curieuse, — car c'est le contraire de ce qu'on observe à la suite des sutures des nerfs sectionnés quand la sensibilité commence à se rétablir, — le retard de la sensation est moindre encore par rapport au froid. Le malade sent l'application d'un corps froid au bout de quatre à cinq secondes sur le genou droit, deux à trois secondes sur le genou gauche, après un retard presque insignifiant vers le bas de la jambe gauche et sur le dos du pied droit.

Mais à ce point de vue il existe une plaque d'anesthésie presque absolue sur le pied gauche. En se servant des corps les plus froids et en prolongeant leur contact, on n'y arrive en définitive qu'à une sensation absolument fausse, celle que produirait un corps chaud.

Comme il fallait s'y attendre d'après la brièveté des retards dans les sensations superficielles, on peut apprécier ces retards par l'emploi d'une autre méthode, en rayant la peau d'un coup d'ongle très rapide et en attendant. L'impression, qui n'est pas perçue au moment même où elle se produit, est accusée très nettement, après un retard qui varie d'une à six secondes suivant les régions, le summum se trouvant toujours sur le genou droit et la proportion étant la même que dans les premières expériences.

Nous n'avons pas trouvé de plaques bien distinctes d'hyperesthésie. Peut-être pourtant l'impression causée soit par le pincement, soit par la piqûre, nous a-t-elle paru un peu plus vive qu'elle ne devrait être, sur la peau des cuisses, au-dessus des plaques d'anesthésie, qui dépassent à peine en haut les genoux.

Le malade se trouve extrêmement soulagé, n'éprouve plus de douleurs, plus de sensations anomales, sauf quelques bourdonnements d'oreille. Il insiste pour qu'on recommence le plus tôt possible l'application des plaques de feu. Mais M. Rigal tient à laisser entre chaque un intervalle d'environ vingt-cinq jours.

HYDROLOGIE

Châtel-Guyon (1).

Par M. le docteur H. Nogaro.

II

Dans notre précédent article nous avons signalé les trois qualités principales de la source Gubler : *purgative*, *stimulante*, *tonique*, qui correspondent ainsi aux trois caractères fondamentaux de la dyspepsie.

Mais la stimulation exercée par l'eau minérale dépasse l'appareil digestif. La source Gubler est excitante de la nutrition. Sous son influence, les urines sont plus abondantes; la désassimilation, l'élimination des déchets sont plus actives. Les besoins de réparation augmentent en proportion; les demandes arrivent de tous les points de l'économie et de l'intimité de tous les tissus. Les matériaux de réparation sont vite entraînés par cette force d'appel. La stagnation alimentaire, facteur essentiel de dyspepsie, est ainsi évitée; d'autant mieux que les sucs digestifs ne sont jamais sécrétés plus abondamment, en règle générale, que lorsque le besoin de réparation est plus impérieux. Sous ce rapport, Châtel-Guyon se rapproche de Royat sa voisine, et toutes deux diffèrent ainsi de Vichy.

La source Gubler est donc eutrophique, parce qu'elle active les échanges moléculaires. Et la preuve, c'est qu'elle a pour premier effet de faire maigrir : employée avec méthode, elle est un des agents thérapeutiques les plus recommandables dans la cure de l'obésité.

Elle s'adapte de même à toutes les affections qui demandent une médication stimulante, hypersthénique. Je ne saurais mieux faire pour résumer ensemble ces indications générales et spéciales, que de reproduire les propositions suivantes du docteur Baraduc, le médecin-inspecteur de Châtel-Guyon. « Il faut employer l'eau de Châtel-Guyon toutes les fois que vous voulez produire une stimulation générale de la circulation, réveiller les contractions des différents canaux de l'économie dont la tunique musculaire est composée de fibres lisses. On peut aussi par elle rétablir les sécrétions normales, celles du foie, de l'intestin, de tout le tube digestif en général et de ses annexes, ainsi que des reins. On peut obtenir des effets dérivatifs puisqu'elles sont purgatives et diurétiques, et des modifications du sang puisqu'elles sont très ferrugineuses et chlorurées sodiques. »

Si nous descendons dans les détails de l'application, et si de ces préceptes généraux nous passons aux observations cliniques, nous voyons que d'après le même auteur et d'autres confrères qui pratiquent à Châtel-Guyon, on enverra à cette station minérale les personnes qui ont été frappées au cerveau, dont les artères cérébrales sont altérées, mais seulement à une époque un peu distante de l'ictus.

On y enverra pareillement ceux qui ont des ectasies veineuses en quelque point que ce soit de l'économie : les hémorroïdaires aussi bien que les variqueux. Et il est bien remarquable que ces indications, en apparence si éloignées de celle principale qui ressort à Châtel-Guyon, je veux dire la dyspepsie, s'en rapprochent toutefois de très près, puisque l'observation nous montre que les mêmes personnes qui sont sujettes à des troubles digestifs habituels présentent de même des altérations de nutrition qui portent sur le système vasculaire.

Châtel-Guyon s'adresse aussi formellement à la lithiase biliaire confirmée, quand il s'agit d'évacuer des graviers dont l'existence n'est pas douteuse. Le professeur Gubler envoyait les calculeux hépatiques à Châtel-Guyon, avant de les laisser aller à Vichy.

De même que la lithiase biliaire, la gravelle rénale se réclame de la source Gubler. Les effets diurétiques, les contractions énergiques de la vessie, signalées par les expérimentateurs sur les chiens auxquels on administrait soit l'eau minérale en nature, soit les sels qu'elle renferme, me rappellent que maintes fois j'ai vu des personnes qui faisaient un usage fréquent de la magnésie, accuser du ténesme vésical. Ne peut-on penser, par analogie, qu'il est dû au chlorure de magnésium qui se sera formé, chemin faisant, dans l'économie?

Les doses ont été formulées de la manière suivante par le docteur Baraduc :

Dans les affections chroniques de l'estomac, pour être sûr de ne jamais produire de l'irritation de la muqueuse, donner un demi-verre, quatre à cinq fois par jour. La dose purgative convient quand on veut combattre l'obésité, ou faire une dérivation continue sur le tube digestif, ou lorsqu'il est nécessaire d'exciter vivement les canaux biliaires pour obtenir l'évacuation de calculs et vaincre des obstructions; on peut alors pousser jusqu'à dix verres en vingt-quatre heures. Trois verres pris à jeun dans la matinée ou un litre réparti dans le courant de la journée, y compris les repas, suffisent à produire l'effet diurétique.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 545.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1886. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Antiseptie vésicale. — M. TERRIER, à l'occasion de la discussion sur l'uréthrotomie, fait connaître les bons résultats qu'il obtient de l'antiseptie vésicale préalable, non seulement par les injections, mais aussi par l'administration, à l'intérieur, du biborate de soude à la dose de 15 à 17 grammes par jour.

Uréthrotomie et divulsion. — M. LE DENTU, à l'occasion de la discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre, rappelle les différentes phases par lesquelles est passée cette question. Depuis 1865, époque à laquelle eut lieu une discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie, la majorité des chirurgiens semble s'être ralliée au mode de traitement suivant : dilatation lente de préférence à tout autre procédé, et, si elle échoue, procédé plus rapide, c'est-à-dire uréthrotomie interne ou divulsion. M. Le Dentu reconnaît que l'uréthrotomie interne est une bonne opération, non dangereuse ; il l'a d'ailleurs pratiquée aussi souvent que la divulsion. Si presque tous les chirurgiens sont d'accord sur les avantages de l'uréthrotomie, ils ont longtemps différé sur le choix de l'instrument ; aujourd'hui, sauf M. Horteloup qui emploie un instrument spécial, presque tous ont adopté la lame moyenne de Maisonneuve.

Les opinions diffèrent encore sur l'utilité ou l'inutilité de la sonde à demeure après l'uréthrotomie. M. Le Dentu, à ce point de vue, est d'avis qu'il faut attendre la cicatrisation pour passer une sonde, une dilatation trop précoce pouvant faire saigner la plaie.

Relativement aux causes de mort à la suite de l'uréthrotomie, M. Le Dentu pense qu'il y a toujours une relation à établir entre les accidents graves, mortels, consécutifs à cette opération et une affection rénale préexistante. Il ne partage donc pas l'avis de M. Trélat qui ne voit là qu'une coïncidence. L'opération en elle-même constitue certainement un facteur de gravité, en présence d'une lésion rénale. Toutefois il est loin de penser que toutes les affections rénales doivent, dans ces cas, entraîner la mort.

Quant au numéro de la sonde auquel il faut arriver pour pouvoir considérer la guérison comme définitive, M. Le Dentu regarde le nº 18 comme insuffisant. Il pense que la récidive est à craindre, tant qu'on ne passe pas couramment le nº 22.

Revenant à sa communication qui a été le point de départ de cette discussion, et dans laquelle il avait surtout en vue la divulsion, il rappelle avoir eu pour but de montrer que la divulsion n'est pas plus grave que l'uréthrotomie. Il vient encore tout récemment de pratiquer deux fois la divulsion avec succès. En résumé, sur 26 cas de divulsion il compte 21 succès définitifs, 3 guérisons incomplètes et 2 morts. Il croit donc pouvoir terminer, en disant que la divulsion n'est ni moins efficace ni plus dangereuse que l'uréthrotomie interne.

Tumeur fibro-cystique du ligament large. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une communication de M. Le Bec, relative à une tumeur fibro-cystique du ligament large, opérée par la laparotomie et suivie de guérison. (Sera publiée.)

Tout en félicitant l'opérateur du succès qu'il a obtenu, M. le rapporteur se demande si, dans ce cas particulier, l'opération était bien indispensable. On sait, en effet, que les corps fibreux ne sont justiciables de l'opération que lorsqu'ils donnent lieu à des accidents menaçants pour la vie des malades.

Fistule rectale; rectotomie. — M. PÉRIER fait un rapport sur une observation de M. Dubar (de Lille), relative à un cas de fistule borgne interne, compliquée d'hémorrhoïdes ulcérées et de concrétions calcaires, guérie par la rectotomie postérieure faite au thermo-cautère.

M. VERNEUIL a appliqué la rectotomie linéaire à un grand nombre de cas, en particulier au traitement palliatif des rétrécissements cancéreux et surtout au traitement des rétrécissements syphilitiques. Récemment encore, il a fait la rectotomie chez un malade atteint de cancer du rectum et lui a procuré ainsi un grand soulagement. Il est tout disposé à fendre le rectum, sur la paroi antérieure, dans les cas de fistules recto-vaginales si difficiles à opérer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait cette dernière opération et a échoué dans le traitement de la fistule recto-vaginale qui était énorme. Toutefois, cela lui a donné un résultat immédiat satisfaisant et lui a singulièrement facilité l'application de ses sutures.

M. PÉRIER a plusieurs fois pratiqué la rectotomie linéaire ; il en a obtenu de bons résultats et a trouvé cette opération très bénigne.

Inversion utérine; guérison. — M. PÉRIER fait un rapport sur une communication de M. Poncet (de Lyon), relative à un cas d'inversion de l'utérus consécutive à un accouchement difficile. M. Poncet a lié solidement le pédicule utérin, il a passé un anneau de caoutchouc destiné à la traction ; le tout s'est détaché, sans accidents, au bout de vingt jours. La malade était complètement guérie. Elle n'avait pas été anesthésiée et n'a pas eu de douleurs vives au moment de la traction et de la ligature de l'utérus. Ce dernier fait est en contradiction avec l'opinion soutenue par MM. Tillaux et Guéniot, qui se sont basés précisément sur la sensibilité de l'utérus pour établir le diagnostic d'une inversion utérine avec un fibrome.

M. TILLAUX rappelle que dans l'observation qu'il a communiquée à ce sujet à l'Académie de médecine et dans laquelle il était impossible de savoir où finissait le fibrome et où commençait la muqueuse utérine renversée, cette recherche de la sensibilité de cette dernière lui a permis de faire porter la section sur le fibrome et non sur l'utérus.

M. MARC SÉE pense qu'il ne faudrait pas trop se fier à ce signe, car il pourrait se faire que la muqueuse utérine ne fût pas sensible, cette sensibilité de l'utérus étant très variable selon les sujets. Tout ce qu'on peut dire c'est que, s'il y a de la sensibilité, il en résulte qu'on n'a pas affaire à un fibrome.

M. POLAILLON a opéré une malade d'un corps fibreux et a sectionné la muqueuse utérine elle-même, sans que la malade fût endormie et sans qu'elle souffrît beaucoup.

M. GUÉNIOT a présenté, en 1868, un travail sur ce sujet, à savoir qu'en piquant l'utérus on détermine une certaine sensibilité. M. Richet avait opéré une femme d'un fibrome utérin ; trois jours après, une nouvelle tumeur se présente à la vulve. Il était impossible de savoir si l'on avait affaire à un corps fibreux ou à l'utérus inversé. Ayant constaté que cette tumeur était insensible à l'acupuncture et présentait une certaine résistance, M. Guéniot en conclut que c'était un fibrome et l'opéra. L'événement lui donna raison ; il s'agissait bien d'un fibrome et non de l'utérus inversé.

Traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique. — M. RECLUS a pratiqué cinq fois, avec succès, l'incision des bourses, la résection de la tunique vaginale avec suture au catgut et drainage au crin de Florence pour le traitement de l'hydrocèle. Dans ces cas, il a toujours obtenu la guérison du douzième au quinzième jour ; elle est conséquemment très rapide, plus rapide qu'avec la ponction et l'injection iodée. Il y a un autre point important, c'est l'absence de récidive ; celle-ci, en effet, paraît être beaucoup plus rare à la suite de l'incision qu'à la suite de l'injection iodée. M. Reclus ajoute que l'incision ne lui paraît indiquée que dans certaines conditions, l'injection iodée restant le procédé de choix dans les cas ordinaires. Les indications de l'incision sont les hydrocèles congénitales avec persistance du canal péritonéo-vaginal, les hydrocèles avec épaississement des parois ou pachy-vaginalite, les hydrocèles récidivées, enfin les cas de corps étrangers.

M. RICHELOT appuie l'opinion soutenue par M. Reclus sur les avantages de l'incision ; il l'a faite lui-même quatre fois, trois fois dans des cas d'hydrocèle, une fois dans un cas d'hématocèle prise

pour une hydrocèle. Toutefois, tout en reconnaissant les avantages de l'incision antiseptique, il admet que l'injection iodée doit rester le traitement classique dans les cas simples, l'incision antiseptique devant être réservée aux cas compliqués de pachy-vaginalite. En outre, si elle est facilement praticable à l'hôpital, il n'en est plus de même en ville où, en sa qualité d'opération sanglante nécessitant l'emploi du chloroforme, elle serait beaucoup plus difficilement acceptée que la simple ponction suivie d'injection iodée. Enfin l'incision antiseptique exige que l'on fasse un pansement très soigné.

M. TILLAUX, depuis vingt-cinq ans, a pratiqué un très grand nombre de ponctions d'hydrocèle avec injection iodée; il n'a jamais vu survenir d'accidents et a très rarement constaté des récidives. En outre, la durée du traitement ne dépasse guère huit jours. C'est pourquoi, se trouvant en possession d'un procédé qui lui a toujours bien réussi, il n'a jamais eu recours à l'incision antiseptique.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1886.

Le ministre de la guerre a décidé, le 20 juin 1886, que l'appel des médecins de réserve, en 1886, aurait lieu dans les conditions suivantes :

100 médecins aides-majors de deuxième classe de réserve seront appelés, à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

10 (5 par division) dans chacun des 12e et 18e corps.

8 (4 par division) dans chacun des 5e, 6e, 9e, 10e, 14e, 15e, 16e, 17e corps.

4 (4 par division) dans le 4e corps, dont une seule division fait manœuvre.

4 dans le 2e corps (2 pour chacune des 2e et 6e divisions de cavalerie indépendante).

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils appartiennent, parmi ceux qui n'ont pas été encore convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade.

La durée de présence des médecins de réserve, y compris le temps du voyage, aller et retour, sera celle des manœuvres auxquelles ils prendront part : vingt jours dans les corps d'armée qui feront des manœuvres d'ensemble; quinze jours dans ceux qui feront des manœuvres de division, et douze jours dans les divisions de cavalerie indépendante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 juin 1886, M. le médecin principal de première classe Widal a été promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, pour prendre rang du 22 du même mois, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Levie, placé, à partir de cette date, dans la section de réserve.

— Par décret en date du 21 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Rollin, Dubromelle, Duflocq, Tostain, Gallois, Rouillon, Guilain, Gascard, Raspail et Margery.

— Par décision ministérielle en date du 22 juin 1886, M. le médecin-inspecteur Widal a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger, à Alger, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Paulet, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1886, un concours s'ouvrira, le 4 janvier 1887, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Voici les questions données jusqu'à ce jour pour les leçons d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation libre :

Anatomie et physiologie. — Jeudi 24 juin, M. Jaboulay : Tissus élastiques et élasticité ; M. Quenu : Glandes vasculaires sanguines. — Vendredi 25 juin, M. Rodet : Circulation veineuse du rocher ; M. René : L'épiderme sans ses dépendances.

Pour cette épreuve, les séances ont lieu à une heure de l'après-midi.

— La troisième épreuve éliminatoire (consultation écrite) du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée hier matin, jeudi 24 juin 1886.

A la suite de cette épreuve, les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique, seront seuls admis à subir les deux épreuves définitives : MM. les docteurs Bourcy, Gaucher, Hirtz (Edgard), Juhel-Rénoy, Marie, Petit, Robert et Variot.

La première épreuve définitive (composition écrite sur un sujet de pathologie dont l'élément anatomo-pathologique doit faire partie) aura lieu demain samedi 26 juin 1886, à onze heures et demie, à l'hôpital de la Charité.

— La dernière épreuve définitive du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris s'est terminée avant-hier soir, mercredi 23 juin 1886, par la nomination de M. le docteur Auvard.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1886, aura lieu le mardi 29 juin 1886, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite des examens de 1886.

— Un service médical de nuit, calqué sur celui qui rend de si importants services à la population parisienne, vient d'être organisé à Vienne (Autriche), par l'initiative de notre savant et philanthrope confrère, M. le docteur baron Mundy.

— M. Baillon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Fontainebleau, le dimanche 27 juin 1886. — Le départ de Paris pour Fontainebleau aura lieu par la gare de Lyon à 6 h. 30 du matin.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le dimanche 27 juin, dans le bois de Meudon.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à midi 5 min. pour la station de Bellevue.

— M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 27 juin 1886, à Morienval, Pierrefonds et la Gorge du Han. — Rendez-vous gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures trente-cinq du matin, le train pour Morienval. On sera rentré à Paris à neuf heures vingt minutes du soir.

— M. Munier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire des recherches de M. le professeur Hébert, fera dimanche prochain, 27 juin 1886, une excursion géologique à Chaumont-en-Vexin.

Le rendez-vous à la gare Saint-Lazare à 6 heures précises du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19727.

N° 75. — MARDI 29 JUIN 1886. 59e ANNÉE. MARDI 29 JUIN 1886. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 28 juin 1886.

RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

I

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 24 juin 1886.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction un projet de décret portant réorganisation du service de santé de la marine.

Cette réglementation nouvelle a été élaborée dans le but de mettre fin aux retraites prématurées et aux démissions fréquentes, motivées par la lenteur de l'avancement et l'inégale répartition des charges du service à la mer ou aux colonies entre les officiers du corps de santé.

J'estime que les mesures proposées, impatiemment attendues par les intéressés, sont de nature à assurer, dans les conditions les plus favorables, la bonne marche de ce service important, et je vous prie de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le Ministre de la marine et des colonies,
Aube.

DÉCRET

Le Président de la République française,
Vu le décret du 7 août 1885, portant réorganisation du service de santé de la marine:
Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies,
Le Conseil d'amirauté entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

COMPOSITION DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE.

Article premier. — Le cadre du personnel du corps de santé de la marine est fixé comme suit :

Service médical.	
Directeurs du service de santé de première classe.	3
Directeurs du service de santé de deuxième classe.	3
Médecins en chef.	22
Médecins principaux.	60
Médecins de première classe.	200
Médecins de deuxième classe entretenus et auxiliaires.	280
Service pharmaceutique.	
Pharmaciens en chef	6
Pharmaciens principaux.	8
Pharmaciens de première classe.	16
Pharmaciens de deuxième classe entretenus et auxiliaires.	26
Ensemble.	624

Le grade de directeur du service de santé est divisé en deux classes.

La première classe est attribuée à l'ancienneté.

Art. 2. — Les nominations aux divers grades du corps de santé sont faites par le chef de l'État.

Les officiers de ce corps sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers.

Les honneurs et préséance des membres du corps de santé de la marine sont réglés par des décrets et règlements spéciaux.

Le passage à l'ancienneté, de la deuxième à la première classe du grade de directeur du service de santé, a lieu par décision ministérielle.

Les nominations aux emplois de médecin et de pharmacien auxiliaire de deuxième classe sont faites par le ministre.

Art. 3. — Les emplois du service de santé aux colonies sont remplis par des médecins et par des pharmaciens de la marine. Le nombre de ces emplois est fixé par des décisions spéciales.

Art. 4. — Les emplois de médecin-major et de médecin aide-major près les corps de troupe de la marine, en France et dans les colonies, sont remplis par des médecins de première et de deuxième classe, dans les proportions déterminées par décisions spéciales du ministre de la marine et des colonies.

Toutefois, lorsque les circonstances l'exigeront, l'emploi de médecin-major pourra être occupé par un médecin principal, après décision spéciale du ministre de la marine et des colonies.

TITRE II

SOLDE ET ACCESSOIRES DE SOLDE.

Art. 5. — La solde et les accessoires de solde des médecins et pharmaciens de la marine sont fixés conformément aux règlements en vigueur.

La solde et les accessoires de solde des médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont les mêmes que celle des titulaires de deuxième classe.

Les directeurs du service de santé ont droit aux suppléments

de fonctions accordés aux commissaires généraux par les tarifs de solde : à Paris, cette indemnité est la même qu'à Brest et à Toulon.

TITRE III

DE L'ADMISSION ET DE L'AVANCEMENT DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE.

SECTION PREMIÈRE. — *Service médical.*

ART. 6. — Nul n'est admis à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français;

2° S'il est âgé de plus de vingt-huit ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'État pour avoir droit à une retraite à cinquante-trois ans;

3° S'il n'est pourvu du diplôme de docteur en médecine;

4° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par un médecin de la marine ou par un médecin militaire.

Il devra, en outre, produire un extrait de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les médecins auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France, dans les hôpitaux de la marine, à la mer ou aux colonies.

Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de médecin de deuxième classe.

Les médecins auxiliaires de deuxième classe peuvent être licenciés par le ministre pour inconduite, défauts d'aptitude au service de la marine.

ART. 7. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe peuvent être nommés, par décret, au grade de médecin titulaire de deuxième classe, lorsqu'ils auront accompli deux années de stage.

Les médecins de première classe sont nommés un tiers au choix et deux tiers à l'ancienneté.

Les médecins principaux sont nommés moitié au choix, moitié à l'ancienneté.

Les médecins en chef sont nommés au choix.

Les médecins de première classe, les médecins principaux et les médecins en chef nommés au choix sont choisis sur un tableau d'avancement dressé par le Conseil d'amirauté.

Les directeurs du service de santé sont nommés au choix.

ART. 8. — Nul n'est nommé médecin de première classe s'il ne réunit deux années de service en qualité de médecin titulaire de deuxième classe et s'il n'a accompli une période réglementaire d'embarquement ou de service colonial.

ART. 9. — Nul ne peut être nommé médecin principal, s'il ne réunit trois années de grade de médecin de première classe et s'il n'a accompli dans ce grade une période réglementaire de service à la mer et aux colonies.

ART. 10. — Nul ne peut être nommé médecin en chef s'il ne réunit trois années de grade de médecin principal, et s'il n'a accompli dans ce grade une période réglementaire de service à la mer ou aux colonies.

ART. 11. — Les directeurs du service de santé sont choisis parmi les médecins en chef ayant accompli trois années de service dans leur grade et un tour réglementaire de service à la mer ou aux colonies.

SECTION DEUXIÈME. — *Service pharmaceutique.*

ART. 12. — Nul n'est admis à l'emploi de pharmacien auxiliaire de deuxième classe s'il n'est pourvu du titre de pharmacien universitaire de première classe et s'il ne réunit, par ailleurs, toutes les conditions requises des candidats à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe.

Les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France dans les hôpitaux de la marine et aux colonies.

Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de pharmacien de deuxième classe titulaire.

Les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe peuvent être licenciés par le ministre pour inconduite, défauts d'aptitude au service de la marine.

ART. 13. — Les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe peuvent être nommés, par décret, au grade de pharmacien titulaire de deuxième classe, lorsqu'ils ont accompli deux années de stage.

Les pharmaciens de première classe sont nommés un tiers au choix et deux tiers à l'ancienneté.

Les pharmaciens principaux sont nommés moitié au choix et moitié à l'ancienneté.

Les pharmaciens en chef sont nommés au choix.

Les pharmaciens de première classe, les pharmaciens principaux et les pharmaciens en chef nommés au choix sont choisis sur un tableau d'avancement dressé par le conseil d'amirauté.

ART. 14. — Nul n'est promu au grade de pharmacien de première classe s'il ne réunit deux années de service en qualité de pharmacien titulaire de deuxième classe et s'il n'a accompli une période réglementaire de service colonial.

ART. 15. — Nul ne peut être nommé pharmacien principal s'il ne réunit trois années de grade de pharmacien de première classe, et s'il n'a accompli dans ce grade une période réglementaire de service colonial.

ART. 16. — Nul ne peut être nommé pharmacien en chef s'il n'est pharmacien principal, et s'il n'a accompli trois années de service dans son grade.

ART. 17. — Il est compté pour la retraite quatre années de service, à titre d'études préliminaires, aux officiers du corps de santé admis, à dater du présent décret, avec les diplômes universitaires, dans le service de santé de la marine.

Il est concédé deux années, au même titre, aux médecins et pharmaciens des cadres actuels, provenant soit des auxiliaires, soit des aides-médecins et aides-pharmaciens entretenus.

ART. 18. — Lorsque les besoins du service l'exigent, et en tenant compte des ressources budgétaires, le ministre peut augmenter le cadre des médecins et pharmaciens de deuxième classe, par la nomination d'auxiliaires.

TITRE IV

DU SERVICE A LA MER.

ART. 19. — A la mer, le service de santé est dirigé :

Dans une armée navale, par un médecin en chef ;

Dans une escadre, sous les ordres d'un vice-amiral commandant en chef, par un médecin en chef ;

Dans une division navale, commandée par un officier général commandant en chef, par un médecin principal ;

Sur tout bâtiment monté par un officier général en sous-ordre, par un médecin principal ;

Dans une division navale, commandée par un capitaine de vaisseau, par un médecin principal qui remplit les fonctions de médecin-major du bâtiment ;

Sur tout bâtiment comportant la présence d'un médecin, et après décision du ministre, par un médecin principal, un médecin de première classe ou un médecin de deuxième classe, dans les conditions prévues par l'article 20 du présent décret.

Les officiers du corps de santé prennent, suivant leur position, les titres temporaires de médecin d'armée, de médecin d'escadre, de médecin de division, de médecin-major.

Le médecin d'armée, d'escadre ou de division, fait partie de l'état-major général.

ART. 20. — Une décision ministérielle détermine les bâtiments sur lesquels il y a lieu d'embarquer un médecin, qui prend le titre de médecin-major du bâtiment.

Le nombre et le grade des médecins à embarquer en sous-ordre est également fixé par le ministre, suivant la nature et la durée de la campagne et d'après les ressources en personnel médical.

TITRE V

SERVICE MÉDICAL DES CORPS DE TROUPES DE LA MARINE.

ART. 21. — Les médecins attachés au service des troupes de la marine, conformément à l'article 4 du présent décret, prennent,

suivant leur grade, le titre et exercent les fonctions de médecin-major et de médecin aide-major.

Ils conservent l'uniforme et le droit à la solde et aux indemnités attribuées à leur grade dans le corps de santé de la marine.

Ils sont désignés pour les emplois du service régimentaire, sur leur demande, ou, à défaut de demande, d'office et conformément aux dispositions de l'article 22, § 2 du présent décret.

Ils ne peuvent être replacés, sur leur demande, dans le cadre général, qu'après avoir servi pendant deux ans au moins dans le service régimentaire, et, s'ils sont présents en France, au moment où ils en font la demande.

TITRE VI

DU SERVICE AUX COLONIES.

Art. 22. — Les emplois du service de santé aux colonies sont attribués à ceux des médecins de la marine qui en feront la demande, la préférence étant acquise au plus ancien grade.

Toutefois, lorsqu'il y a lieu de pourvoir à des emplois devenus vacants soit aux colonies, soit dans le service des troupes, soit sur les bâtiments armés, et que des demandes ne se sont pas produites, il est procédé à ces remplacements par la désignation, dans chacun des grades des officiers du corps de santé, du premier de la liste de départ.

Art. 23. — Les médecins et les pharmaciens en chef et principaux, les médecins et les pharmaciens de première classe et de deuxième classe, qui ont été affectés au service colonial sur leur demande, ou d'après le tour de service, sont replacés dans le service des ports, après avoir servi aux colonies pendant deux ans sans compter l'aller et le retour.

Cette période peut être doublée sur la demande de l'intéressé, transmise au ministre et appuyée par le gouverneur. Toutefois, il n'est statué dans ce sens que si l'officier dont c'est le tour de partir consent à permuter.

Art. 24. — Les emplois de pharmacien du service colonial continuent à être remplis par des pharmaciens de la marine, d'après le mode établi par un arrêté du ministre de la marine et des colonies.

TITRE VII

DES CONSEILS DE SANTÉ.

Art. 25. — Un conseil supérieur de santé de la marine, dont le président et les membres sont choisis par le ministre, est établi à Paris.

Un conseil de santé est établi dans chaque chef-lieu d'arrondissement maritime.

I. — *Du conseil supérieur de santé.*

Art. 26. — Le conseil supérieur de santé est composé d'un directeur du service de santé, président, de deux médecins en chef ou principaux dont l'un est, en même temps, directeur de la rédaction des « Archives de médecine navale », et d'un pharmacien en chef.

Un médecin principal ou un médecin de première classe, nommé par le ministre, remplit les fonctions de secrétaire.

Le conseil supérieur de santé donne son avis sur les questions renvoyées à son examen par le ministre.

Il est consulté :

Sur l'hygiène des équipages, des troupes et des ouvriers de la marine ;

Sur les projets de construction d'hôpitaux, de casernes, de prisons, etc., etc. ;

Sur l'organisation des hôpitaux de la marine en France et aux colonies ;

Sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé à bord des bâtiments de l'État, dans les arsenaux et établissements de la marine ;

Sur les mesures spéciales à prendre, au point de vue du service de santé, dans les circonstances exceptionnelles, telles que les épidémies, les cas de guerre, etc., etc.

Art. 27. — Il reçoit communication des demandes de congé, en ce qui concerne l'envoi des malades aux eaux thermales.

Il donne également son avis sur les demandes des officiers en instance de retraite ou de réforme pour infirmités, et en instance pour être mis en non-activité pour infirmités temporaires, ou qui réclament leur rentrée au service actif.

Art. 28. — Il reçoit communication des rapports médicaux de toute espèce, qu'ils proviennent des arsenaux, des bâtiments armés, des corps de troupes ou de tout autre service auquel est attaché un médecin de la marine.

Art. 29. — Il fait les propositions ou émet les avis que lui suggère l'étude de ces documents, qui, classés par les soins du secrétaire du conseil supérieur de santé, sont remis plus tard, par période décennale, aux archives du ministère de la marine et des colonies.

II. — *Des conseils de santé des ports.*

Art. 30. — Les conseils de santé des ports sont composés du directeur du service de santé, des médecins et des pharmaciens en chef.

Le conseil de santé est présidé dans chaque port par le directeur du service de santé et, à défaut, par l'officier du corps de santé le plus élevé en grade ou, à grade égal, par le plus ancien.

Les fonctions de secrétaire-archiviste sont remplies par un médecin de première classe nommé par le ministre, sur la proposition du préfet maritime et au choix du directeur du service de santé.

Art. 31. — Sur la proposition du président du conseil de santé, le préfet maritime fixe les jours et les heures auxquels s'assemble le conseil.

Le président dirige et maintient l'ordre des délibérations ; sa voix est prépondérante en cas de partage des votes recueillis.

Art. 32. — Le conseil de santé délibère, avec l'autorisation du préfet maritime, sur tout ce qui peut intéresser la salubrité de l'arsenal et des établissements qui en dépendent. Il propose les mesures qu'il juge nécessaires.

Il constate l'état sanitaire des personnes soumises à sa visite par les services compétents.

Art. 33. — Il recueille les rapports présentés par les médecins, suivant les règlements, à la fin de toute campagne ou mission quelconque. Ces rapports sont l'objet d'une appréciation raisonnée de la part d'un des membres du conseil de santé, désigné à cet effet par le président. Cette appréciation est communiquée à l'auteur du rapport, et conservée avec le travail aux archives du conseil de santé.

Art. 34. — Le conseil de santé constate le bon état des caisses et instruments de chirurgie que les médecins embarqués doivent avoir en leur possession.

A cet effet, les médecins, au moment de leur embarquement, soumettent ces caisses et ces instruments de chirurgie à l'examen du conseil de santé, lequel déclare, s'il y a lieu, qu'ils ont droit à l'indemnité fixée par les règlements.

Art. 35. — Sur la demande motivée du médecin-major d'un bâtiment et approuvée par le commandant, le conseil de santé propose au préfet maritime des modifications dans les approvisionnements portés sur la feuille d'armement par le médecin. Il peut également prendre l'initiative de ces propositions, lorsque la durée et la nature de la campagne lui paraissent l'exiger.

Art. 36. — Le conseil de santé est chargé de vérifier la comptabilité pharmaceutique des médecins embarqués. A cet effet, lors du désarmement d'un bâtiment, toutes les pièces relatives au traitement des malades sont soumises à cet examen.

Ces pièces sont ensuite déposées aux archives du conseil de santé.

Cette vérification est indépendante des prescriptions de l'instruction du 1er octobre 1854 sur la comptabilité du matériel, lesquelles continuent à être observées.

TITRE VIII

DES DIRECTEURS DU SERVICE DE SANTÉ.

Art. 37. — Le directeur du service de santé est le chef de ce service dans les ports.

Il préside le conseil de santé.

En cas d'absence ou de tout autre empêchement, il est suppléé, ainsi qu'il est dit à l'article 30.

Dans les ports où existe une école de médecine navale, il préside le conseil des professeurs qu'il convoque pour délibérer sur les matières ou objets relatifs à l'enseignement. Il peut déléguer la présidence de ce conseil au plus ancien des professeurs.

Art. 38. — Il correspond directement :

Avec le préfet maritime pour tous les détails du service ;

Il répartit, après avoir pris les ordres du préfet, les officiers du corps de santé dans les différents services dont il a la direction.

Il se fait rendre compte de toutes les parties du service de santé par les chefs des différents détails.

Il exprime son opinion personnelle sur les rapports qui doivent être transmis au ministre.

Art. 39. — Chaque année, dans le courant du mois de mars, au plus tard, il adresse au préfet maritime un rapport sur l'ensemble de son service, pendant l'année précédente, et sur les améliorations qu'il propose d'y apporter.

TITRE IX

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Art. 40. — Les médecins en chef, les médecins et pharmaciens professeurs qui font actuellement partie du personnel des Écoles de médecine navale, cesseront, à partir du présent décret, de former un cadre à part. Ils rentrent dans le cadre général des officiers supérieurs du corps de santé de leur grade, où ils prennent rang d'après leur ancienneté de grade.

Les médecins et pharmaciens professeurs conserveront leurs fonctions dans l'enseignement et prendront le titre de médecins et pharmaciens principaux.

Art. 41. — A partir du 1er septembre 1886, les médecins en chef, les médecins et pharmaciens principaux dont il est question à l'article 40, qui désireront servir à la mer ou aux colonies, prendront rang, dans la quatrième catégorie de la liste de départ, à la date de leur promotion au grade dont ils sont titulaires.

Ils ne pourront, à dater du 1er septembre 1886, réclamer de nouveau leur inscription sur la liste de départ avant l'expiration d'un tour réglementaire dans l'enseignement, ni être promus au grade supérieur sans avoir satisfait aux conditions fixées par les articles 9, 10, 11, 15 et 16 du présent décret.

Art. 42. — A compter de la date du présent décret, les aides-médecins et les aides-pharmaciens cesseront de concourir au service à la mer ou aux colonies.

Ils devront se pourvoir du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe.

Il est accordé un délai de deux ans aux officiers de ce grade appartenant à la promotion du 7 novembre 1885, et d'un an à ceux des promotions antérieures.

Ces délais compteront de la date du présent décret pour les aides-médecins et aides-pharmaciens présents à terre en France, et du jour de leur débarquement pour ceux qui servent à la mer.

A l'expiration des délais précités, les aides-médecins et aides-pharmaciens, qui ne se seront pas pourvus du diplôme exigé pour l'avancement, seront portés sur une liste d'embarquement spéciale, pour être employés, dans leur grade, soit à la mer, soit aux colonies. Dans ce cas, ils seront soumis aux règles générales du service à l'extérieur.

Art. 43. — Les aides-médecins et les aides-pharmaciens pourvus du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe, pourront être nommés au grade supérieur s'ils comptent deux années au moins de service dans leur grade.

Art. 44. — Il sera accordé, sur leur demande, transmise hiérarchiquement, aux médecins de deuxième classe, non docteurs, un congé de six mois à solde entière, pendant lequel ils auront à se pourvoir du diplôme de docteur en médecine.

Les médecins de deuxième classe qui, à l'expiration de ce congé, ne pourront pas justifier de la possession du diplôme, seront soumis aux règles générales d'embarquement.

Art. 45. — Les officiers du corps de santé non pourvus des diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe ne pourront obtenir d'avancement en grade.

Le service de santé ne pourra être dirigé en chef dans une colonie, que par un médecin pourvu du diplôme de docteur en médecine.

TITRE X

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 46. — Le mode d'enseignement, le service à terre, à la mer et aux colonies, seront déterminés par un arrêté du ministre de la marine et des colonies.

Art. 47. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Fait à Paris le 24 juin 1886.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la marine et des colonies,

Aube.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Abcès sous-pectoral. — II. Phlegmon de la jambe, hémorrhagie secondaire.

Nous avons aujourd'hui deux opérations à faire, deux ouvertures d'abcès.

I. Le premier cas est d'un diagnostic assez singulier et difficile. Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, venue il y a quelque temps à Paris où elle est en train de se cachectiser.

Elle a eu la gale, puis quelques ulcérations qui ont donné lieu à un certain degré d'engorgement lymphatique. Sous l'aisselle gauche on trouve une tumeur assez grosse, douloureuse, quelque peu ferme en avant, paraissant même solide au premier abord, bien que, en réalité, il s'agisse d'une adénite des ganglions axillaires, satellites de l'artère de ce nom, des ganglions sous-pectoraux. Et c'est leur siège profond, leur inaccessibilité qui leur communique cette apparence de dureté.

Mais depuis deux jours des phénomènes fébriles ont apparu, la température s'élève à 40 degrés, bref la tumeur s'est abcédée, et comme cette collection purulente s'est développée le long des ganglions dont je viens de parler, elle se trouve en rapport direct avec les vaisseaux axillaires. De là la nécessité de prendre certaines précautions spéciales dans le manuel opératoire. Ainsi la malade sera anesthésiée et le bras doucement écarté, je chercherai le bord inférieur du grand pectoral pour faire l'ouverture de l'abcès comme s'il s'agissait d'une tout autre tumeur : c'est-à-dire inciser sur le bord du muscle, suivre les fibres charnues, reconnaître la position de l'artère humérale et glisser un instrument mousse entre le muscle et son aponévrose d'enveloppe, aborder le foyer par la partie antérieure, chercher l'artère en se rappelant que la veine est toujours en dedans et inciser la collection en conséquence, car il s'agit en effet d'un abcès sous-pectoral. Mais l'induration remontant jusqu'à la clavicule, il est très possible que nous soyons forcé de drainer la plaie. En tous cas, il est bien entendu que nous opérons avec le thermocautère.

II. La seconde opération est un mauvais cas. Il s'agit d'un de ces accidents que nous ne rencontrons plus heureuse-

ment que de loin en loin dans les hôpitaux : je veux parler d'une hémorrhagie secondaire.

En général, ces hémorrhagies sont presque toujours de nature diathésique, sauf dans quelques régions comme la paume de la main et la plante du pied, ou comme dans le cas de plaie septique ou gangrenée. Mais quand elles se produisent dans une plaie simple, la première pensée doit être celle de quelque foyer septique ou d'un état diathésique.

Notre malade d'aujourd'hui réunit très probablement ces deux conditions. En effet cet homme est un grand buveur, un alcoolique, entré à l'hôpital pour un phlegmon de la face antérieure de la jambe développé à la suite d'un coup de couteau qui a pénétré profondément. La plaie produite a-t-elle saigné au moment du traumatisme? Je l'ignore. Ce que je sais, c'est qu'on a fait une suture, que cet homme a marché ensuite et qu'il a continué à boire comme par le passé selon toutes probabilités. Bref, il est entré à l'hôpital avec un abcès de la gouttière antérieure de la jambe, que l'abcès a été ouvert et drainé, puis soumis à des pulvérisations phéniquées, et qu'à un moment donné une hémorrhagie a eu lieu par la plaie.

Or comme le malade a une teinte jaunâtre, qu'il a eu autrefois des accès de fièvre intermittente, je lui ai prescrit le sulfate de quinine et la noix vomique. L'hémorrhagie s'est arrêtée tout d'abord, puis elle s'est reproduite par un des orifices de passage du drain.

En pareils cas, que devons-nous faire? Chercher d'abord si l'hémorrhagie ne viendrait pas de l'artère tibiale antérieure qui aurait été blessée lors de l'accident primitif; cela serait bien possible, car, vous le savez, cette artère peut être comparée, anatomiquement, aux arcades palmaires, c'est-à-dire à des artères présentant deux bouts cardiaques, de sorte que le sang artériel afflue de deux côtés. Cette artère tibiale antérieure naît, comme vous vous en souvenez, du tronc tibio-péronier et s'anastomose à plein canal, à la partie inférieure de la jambe avec des branches de l'artère tibiale postérieure.

D'autre part malgré les débridements qui ont été pratiqués ici, il se peut que quelque foyer purulent persiste et empêche par là la cicatrisation de la plaie.

Enfin cet homme nous présente un état constitutionnel.

En somme, si malgré tous les médicaments du monde l'hémorrhagie persiste ou se renouvelle, nous serons forcé d'aller à la recherche de l'artère pour en lier les deux bouts, puis de débrider la plaie et la traiter par les antiseptiques. L'indication est donc, en résumé, double : elle est tirée de l'état local de la plaie de la jambe qui saigne; elle est tirée aussi de l'état constitutionnel du malade, qui contribue également pour une part plus ou moins grande à l'hémorrhagie.

Ceci me rappelle quelques, faits que je veux vous citer avant de terminer ce qui a trait à ce genre d'accidents.

Il y a quelque temps je me trouvais appelé à enlever une petite tumeur de la langue chez une femme d'ailleurs en apparence bien portante. Je fais l'opération et, aux cinquième et sixième jours, des hémorrhagies véritables se produisent, je touche la plaie avec des caustiques. La malade n'avait aucun état constitutionnel, mais j'apprends, en l'interrogeant, qu'elle est sujette à des palpitations. Je l'ausculte et je perçois en effet l'existence d'un souffle assez prononcé. Je prescris immédiatement la digitale, et les hémorrhagies cessent aussitôt.

Autre fait : Je pratique, il y a deux ans, une extirpation de la lèvre chez un homme également très bien portant en apparence. Plusieurs petites hémorrhagies se produisent pendant les jours qui suivent l'opération. Cet homme avait une haleine fétide, des dents mauvaises, cariées, la plaie avait revêtu un aspect gris assez vilain. J'ordonne de faire des pansements avec le chloral concentré. Il n'y eut plus aucune perte de sang, à dater de ce moment. Dans ce cas-là il s'agissait purement et simplement d'un état local.

Enfin il existe des cas où les deux causes : l'état local et l'état général, se trouvent réunies, de sorte qu'il est de toute nécessité de satisfaire à la double indication que l'on a devant soi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Antipyrexie, antithermie. — M. ALB. ROBIN rappelle que dans les fièvres les oxydations organiques, loin d'être augmentées, sont diminuées. Il s'applique surtout aujourd'hui à démontrer la solubilisation des résidus organiques. Parmi les médicaments solubilisants, il y a l'acide salicylique et l'acide benzoïque.

M. Robin étudie d'abord l'acide salicylique et le benzoate de soude. Il résulte d'expériences qu'il a faites sur l'homme sain que l'acide benzoïque diminue les combustions, parce qu'il entraîne sous une autre forme différentes parties destinées à être brûlées.

Les acides benzoïque et salicylique ne sont pas les seuls qui jouissent de cette propriété de fixer l'azote dans leur passage; mais c'est au benzoate de soude que M. Robin donne la préférence.

Pneumonie à foyers successifs. — M. RENAULT fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Tolérance pour l'opium. — M. MOUTARD-MARTIN a, en ce moment, dans son service, un homme de cinquante-quatre ans atteint de bronchite chronique tuberculeuse. Cet homme a été soumis successivement à un traitement de 10 à 45 centigrammes d'extrait thébaïque, pendant quelques semaines, sans le moindre inconvénient. Il ne se manifeste aucun symptôme, pas de rétrécissement pupillaire, pas de constipation, pas de sommeil exagéré, seulement un peu de sécheresse de la gorge. Il est passé en cinq jours de 20 à 50 centigrammes.

M. RENDU propose à M. Moutard-Martin de tenter la même expérience avec de l'opium provenant d'une bonne pharmacie.

M. DESNOS, tout en appuyant la proposition de M. Rendu, fait observer qu'il y a des malades qui supportent des doses énormes de morphine.

M. SEVESTRE a vu un malade qui, dans le service de M. Potain, prenait, par jour, 1gr,50 de morphine en injections sous-cutanées.

Production cornée. — M. VIDAL présente, de la part de M. Dubrandy, une production cornée qu'il a extraite chez une femme âgée. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 449.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Josué Sainte-Rose, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Kopf, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Sieffert, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Monnier, docteur en médecine.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Gériteau, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Lecerf, pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — M. Odin, pharmacien diplômé de première classe.

— Par décret, en date du 23 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bastien, Tardif, Villard, Hennocque, Maurandy, Pradet, Grégoire, Chevassus, Arnaud et Barthe.

— Par décision ministérielle en date du 21 juin 1886, sont désignés :

M. Vincens, médecin principal de deuxième classe, pour l'hôpital militaire de Toulouse.

MM. les médecins-majors de première classe Roy, pour l'hôpital militaire de Versailles; Florance, pour le 2e régiment étranger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Le Rouvillois, pour le 114e d'infanterie; Grenion-Menuau, pour le 2e cuirassiers; Grivet, pour le service de la place de Paris (bataillon du 70e d'infanterie); Brégi, pour le 23e dragons; Merz, pour le 1er régiment étranger; Langue, pour le 99e d'infanterie; Poigné, pour le service de la place de Paris (bataillon du 62e d'infanterie); Darde, pour le 77e d'infanterie; Larroque, pour le 60e d'infanterie; Morand, pour le service de la place de Paris (bataillon du 64e d'infanterie); Godet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Collignon, pour le service de la place de Paris (bataillon du 47e d'infanterie); Dupeyron, pour le 85e d'infanterie; Vedel, pour le 63e d'infanterie; Loup, pour le 97e d'infanterie et Robert, pour le 50e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Boinet, pour le 122e d'infanterie; Rouget, pour l'École de Saint-Cyr; Galzin, Misimann et Martin, pour les hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Dupret, pour le 22e d'artillerie; Haghe, pour l'hôpital militaire de Toulouse et Talayrach.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bernard, Soula et Baptiste, pour les hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Dommartin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine, et Lebon, pour le 138e d'infanterie.

M. Worms, pharmacien-major de deuxième classe, pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juin 1886, M. Vautrin, médecin-major de deuxième classe, a été nommé professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce.

M. Nimier, médecin-major de deuxième classe, a été nommé professeur agrégé d'anatomie et chef des travaux anatomiques à ladite école.

Ces médecins prendront possession de leurs emplois le 1er novembre 1886.

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er juin 1886, le service de la constatation des naissances et des décès, dans le XIVe arrondissement de Paris, est réparti en cinq circonscriptions, savoir :

I. Quartier du Montparnasse. — II. Quartier de la Santé. — III. Quartier du Petit-Montrouge. — IV. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue des Plantes et la rue de Vanves. — V. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue de Vanves et la voie du chemin de fer de l'Ouest.

— Le 26 juin 1886 a eu lieu, à l'hôpital de la Charité, la composition écrite du concours pour la nomination à deux places de médecins du Bureau central; la question donnée a été : Anatomie pathologique, signes et diagnostic de la pleurésie purulente.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Dans la séance de mercredi dernier, les sujets de thèse ci-dessous indiqués, ont été tirés au sort par les quinze candidats suivants :

Anatomie et physiologie. — M. Assaky : Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés. — M. Ferré : Membranes muqueuses. — M. Gilis : Prolifération de la cellule parkaryokinère. — M. Guinard : Comparaison des organes génitaux externes dans les deux sexes. — M. Jaboulay : Relations des nerfs optiques avec les centres nerveux. — M. Nicolas : Organes érectiles. — M. Poirier : Développement des membres. — M. Princeteau : Progrès de la tératologie depuis Geoffroy Saint-Hilaire. — M. Quenu : Arcs branchiaux chez l'homme. — M. René : Propriétés physiologiques du muscle cardiaque. — M. Rodet : Actions nerveuses d'arrêt ou d'inhibition. — M. Tapie : Travail et chaleur musculaires. — M. Variot : Éléments figurés du sang.

Histoire naturelle. — M. Barrois : Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux. — M. Nabias : Les galles et leurs habitants.

Le dépôt desdites thèses devra être fait au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précéderont la thèse.

— Les dernières questions données pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre, sont :

Anatomie et physiologie. — Samedi 26 juin, M. Poirier : Les réserves nutritives chez les animaux ; M. Assaky : La cellule. — Lundi 28 juin, M. Tapie : Circulation fœtale ; M. Gilis : Travail du cœur.

— *Concours d'agrégation* (*physique, chimie et pharmacologie*). — Voici les questions données depuis lundi dernier aux candidats pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre.

Chimie. — Mardi 22 juin, M. Guérin : Les sels, leurs propriétés générales ; M. Hugouneng : Les matières albuminoïdes. — Mercredi 23 juin, M. Thibault : Acide tartrique et tartrates ; M. Florence : Sulfures solubles, eaux minérales sulfureuses. — Jeudi 24 juin, M. Morelle : Les bases quinoléiques ; M. Lambling : Les bases pyridiques.

Le vendredi 25 juin, a eu lieu à onze heures du matin, au laboratoire de chimie de la Faculté de médecine, l'épreuve pratique de chimie pour tous les candidats inscrits pour la section de chimie et pharmacologie. Le samedi 26 juin, a eu lieu, également à onze heures du matin, au laboratoire des manipulations de physique, 2, rue Vauquelin, l'épreuve pratique de physique pour les candidats inscrits pour la section de physique.

Le dépôt des thèses aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, pour tous les candidats, le dimanche 11 juillet, de midi à trois heures. Les argumentations commenceront le jeudi 15 juillet 1886, à cinq heures du soir.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La première séance du concours du clinicat obstétrical pour l'épreuve de dix minutes (examen d'une femme enceinte), qui devait avoir lieu jeudi 24 juin, a été reportée à samedi dernier, 26 juin 1886, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Clinique d'accouchements. Les autres séances auront lieu les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Auvard étant nommé, à la suite du concours terminé mercredi soir, accoucheur des hôpitaux civils de Paris, se retire, *ipso facto*, du concours du clinicat obstétrical.

— L'épreuve écrite (question de physiologie) du concours pour la nomination à une place de prosecteur, a eu lieu jeudi 24 juin 1886, à dix heures du matin ; le sujet de la composition a été : « Les fonctions du foie ». La prochaine séance aura lieu jeudi prochain 1er juillet 1886, à dix heures du matin, pour l'épreuve de pathologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19727.

31

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

170

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie,* et non à la *Pharmacie Lebeault.*

46

POUDRE TONI-DIGESTIVE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

Contre : *Dyspepsies acides et flatulentes.*
Gastralgies, Gastrites.
Vomissements, Diarrhées chroniques.

Une cuillerée à café avant les repas.

Sur demande, envoi franco à MM. les Médecins.

Phie A. Dupuy, 225, rue Saint-Martin, Paris.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux.

Phie Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et tes ph.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

2

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

84

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

43

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les Diarrhées les plus violentes.

Un gramme de SALICYLATE DE BISMUTH délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie.*

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque Schlumberger et Cerckel, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. Chevrier, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

5

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie Grillon, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

13

PILULES DE PEPSINE

Hogg, pharmacien, 2, rue Castiglione, Paris.

La *forme pilulaire* est la meilleure pour prendre la *Pepsine.* Ces pilules sont très solubles, n'étant recouvertes que d'une *simple couche de sucre.*

1° **Pilules à la Pepsine pure acidifiée**, contenant 10 centigr. de Pepsine; 2° **Pilules à la Pepsine et au Fer** réduit par l'Hydrogène, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. de Fer; 3° **Pilules à la Pepsine et à l'Iodure de Fer**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. d'Iodure.

Se trouve dans les principales pharmacies.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

N° 76. — JEUDI 1er JUILLET 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 1er JUILLET 1886. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien à signaler dans la séance, si ce n'est l'élection de sir James Paget comme membre associé étranger, et celle de M. Mahé comme membre correspondant national.

Parmi les pièces de la correspondance, nous avons remarqué une note de M. le professeur Van Lair (de Liège), sur l'organisation du caoutchouc dans l'intérieur des tissus vivants. Un tube de caoutchouc placé entre les deux bouts d'un nerf sectionné, au lieu de provoquer autour de lui une inflammation éliminatrice, s'est vascularisé lui-même, tandis que les prolongements émis par le tronçon nerveux supérieur pénétraient dans sa cavité pour rejoindre le bout inférieur et régénérer ainsi le nerf.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

Un nouveau cas d'adénopathie intrathoracique ; de l'adénopathie bronchique en général (1).

III

Après avoir dans nos précédentes leçons étudié l'anatomie normale et l'anatomie pathologique de l'adénopathie bronchique ou intrathoracique, ainsi que sa symptomatologie et sa marche, il ne nous reste plus à faire aujourd'hui, pour terminer cette étude, que le diagnostic différentiel et le traitement.

Peut-on confondre la bronchite chronique avec cette maladie? Dans la première de ces affections, on n'observe pas de troubles fonctionnels semblables à ceux que l'on rencontre dans l'adénopathie; l'auscultation et la percussion ne fournissent pas non plus de signes identiques : point de submatité dans les points indiqués dans notre précédente leçon, point de respiration soufflante avec ses caractères particuliers. Le diagnostic différentiel n'offre donc généralement pas de grandes difficultés. En est-il de même de l'emphysème? Lorsque ce dernier s'accompagne de toux, d'accès d'asthme, de suffocation, de stase sanguine surtout et des phénomènes qui s'y rattachent, il est certain que l'on peut confondre les deux maladies. Mais lorsqu'il y a emphysème, les troubles nerveux et les troubles de sécrétion sont en rapport *plutôt* avec les accidents de bronchite qu'avec les signes de l'adénopathie; il y a là une affaire de *plutôt*, c'est-à-dire que l'emphysème prédomine et résulte de tout autre état que du fait de l'adénopathie.

La coqueluche est assez difficile à distinguer, à cause de la toux coqueluchoïde de l'adénopathie bronchique, des accès de dyspnée, etc. Les lésions de la coqueluche sont également identiques, surtout si celle-ci dure déjà depuis quinze jours ou trois semaines. Mais il faut ici l'étudier dans ses trois périodes : 1° la période convulsive, caractérisée par un mouvement fébrile, des symptômes de bronchite, une toux impérieuse, sèche, revenant à tout propos, non encore coqueluchoïde mais seulement quinteuse. Dans cette période le diagnostic différentiel est à peu près impossible; aussi est-il prudent d'observer une certaine réserve; dans la seconde période, la fièvre tombe, les quintes ont lieu bien plus la nuit que le jour; elles sont accompagnées d'une reprise bruyante et se terminent, après deux ou trois secousses, par des vomissements. Tels sont, en quelques mots, à peu près les seuls caractères de la coqueluche. Mais si la toux coqueluchoïde, dans l'adénopathie bronchique, présente bien des ressemblances, elle n'est que très exceptionnellement suivie d'une reprise. Quant aux vomissements, ils ne sont pas extrêmement rares non plus. Enfin la percussion et l'auscultation donnent des signes à peu près semblables dans les deux affections; d'autant mieux que la coqueluche ne va jamais, pour ainsi dire, sans adénopathie bronchique, et, de plus, la coqueluche a une marche ascendante pendant un certain temps, suivie plus ou moins tôt d'une période de déclin.

Les phthisiques sont sujets parfois à des vomissements plus ou moins répétés par suite de troubles dyspeptiques plus ou moins tenaces. Cependant ces vomissements ne peuvent pas être un élément de diagnostic, car on les rencontre aussi quelquefois avec l'adénopathie bronchique dans le cas d'irritation du pneumo-gastrique. Mais le phthisique est fébricitant; il dépérit plus ou moins lentement; il a des sueurs nocturnes, il perd peu à peu l'appétit, il ne dort pas

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 581.

la nuit ou dort mal; en un mot il présente tout un cortège de phénomènes que l'on n'observe pas dans l'adénopathie bronchique ou tout au moins que l'on observe, lorsqu'ils existent, à un degré bien moins marqué. En résumé, bien que le diagnostic différentiel de la phthisie pulmonaire et de l'adénopathie bronchique soit, dans certains cas, assez difficile, néanmoins il peut encore se faire.

Cependant lorsque les deux maladies coexistent sur le même individu, c'est alors que les difficultés augmentent, et le diagnostic différentiel se basera encore une fois sur les troubles locaux, sur l'état du sommet du poumon, sur les troubles généraux de la phthisie, sur ce fait aussi que, le soir, il survient fréquemment des accès d'asthme, surtout chez l'adulte, et, de plus, enfin, sur l'ensemble des troubles fonctionnels que je vous ai déjà énumérés et décrits, tels que la toux, les accès de dyspnée, les vomissements, etc., etc. De plus encore, la sonorité normale commence à se voiler le long de la colonne vertébrale, l'enfant ne dort plus, il s'alimente mal ou même ne s'alimente plus. Aussi, en pareilles circonstances, si on limite bien vers l'angle inférieur de l'omoplate un souffle sans craquements ni signe d'induration pulmonaire en voie de ramollissement, on peut diagnostiquer une phthisie pulmonaire compliquée d'adénopathie bronchique.

Tout à l'heure, nous venons de voir une petite fille présentant toutes les apparences de la phthisie pulmonaire, et cependant j'ai diagnostiqué devant vous une adénopathie bronchique seule. Le médecin qui la soigne ordinairement est inquiet à cause de certains bruits anomaux qu'il aurait entendus. Pour moi, je ne trouve pas chez cette enfant assez d'éléments pour pouvoir la déclarer phthisique, quoiqu'elle soit dans un état très misérable, qu'elle soit arrêtée dans le développement de tout son être, que l'hématose se fasse dans de mauvaises conditions.

Je vous ai parlé dans ma première leçon de la bouffissure de la face dans le cas d'adénopathie bronchique, mais il est d'autres maladies où l'on rencontre cette bouffissure, notamment dans l'albuminurie avec ou sans maladie de Bright, et due à l'action d'un refroidissement, ou bien encore à la suite de quelque érythème, de quelque urticaire, etc. Des vêtements comprimant beaucoup trop le corps, l'emprisonnant, comme dans un étau, peuvent déterminer une bouffissure simulant celle que l'on observe dans l'adénopathie bronchique, lorsque la veine cave supérieure est comprimée par des ganglions tuméfiés, hypertrophiés. Dans ce cas, analysez toujours les urines et recherchez bien toutes les causes qui auraient pu déterminer cette bouffissure.

Des maladies du cœur chez l'enfant ont quelquefois été prises pour des affections de poitrine. C'est ainsi qu'on nous amène souvent l'hiver, à la consultation, des enfants, parce qu'ils continuent à tousser depuis quelque temps à la suite d'une coqueluche. Vous examinez la poitrine et vous diagnostiquez des ganglions bronchiques hypertrophiés; mais, que vous écoutiez ensuite les battements du cœur, et vous trouverez des signes d'endopéricardite. Il y a bien en réalité des accidents bronchiques, un peu de bronchite, mais l'affection du cœur prédomine. Du reste, dans ce cas, il vous aura suffi d'ausculter avec soin l'organe cardiaque pour porter facilement votre diagnostic.

Pronostic. — Quant au pronostic, nous n'avons que quelques mots à en dire.

L'adénopathie bronchique dans laquelle il ne s'agit pas de ganglions tuberculeux ni de ganglions suppurés ou en voie de suppuration, mais l'adénopathie bronchique chronique caractérisée par la tuméfaction simple des ganglions, est parfaitement susceptible de guérison. Néanmoins elle est toujours une affection sérieuse, à cause des troubles fonctionnels, des troubles gastriques qu'elle peut déterminer. Mais elle est curable, je le répète, l'enfant fût-il sujet à des accès de suffocation, fût-il même misérable, cachectique, car l'enfant présente toujours une résistance, un ressort énorme.

Étiologie. — L'adénopathie bronchique est une affection de tous les âges chez les sujets lymphatiques; elle est surtout commune chez l'enfant. Sa cause réside, non seulement dans le tempérament mais dans les phénomènes accidentels qui peuvent survenir du côté des voies respiratoires, qu'ils revêtent la forme aiguë ou la forme chronique, telle par exemple qu'une maladie lente des côtes ou de la colonne vertébrale, qui amènerait une irritation des ganglions du médiastin.

Les causes les plus fréquentes sont surtout la coqueluche, la bronchite consécutive à la rougeole et la bronchite chronique.

Traitement. — Le traitement de l'adénopathie bronchique est préventif et curatif. Si l'on est bien pénétré de ce fait qu'une plaque d'eczéma sur la face peut amener l'engorgement de ganglions cervicaux, et de plus, si l'on veut bien se rappeler ce que je viens de dire relativement aux voies respiratoires, on comprendra que tout enfant convalescent de rougeole, par exemple, devra être gardé à la maison, surveillé avec soin lorsque la saison ne permettra pas de sortir, même si la fièvre est tombée. Sachez bien, du reste, que toute bronchite simple exige de l'enfant un séjour à la chambre, sans aucunement sortir et sous aucun prétexte, pendant une durée de quinze jours au minimum. Donc, comme traitement préventif : le lit et la chambre, parce qu'il se fera une tuméfaction des ganglions bronchiques, comme il s'en fait une à la région cervicale à la suite d'une pharyngite.

Passons maintenant au traitement curatif. Je suppose que la coqueluche de l'enfant est passée depuis plusieurs mois. L'enfant tousse de nouveau, sa toux a les caractères que nous avons indiqués; elle s'accompagne des phénomènes déjà cités et les parents croient qu'il s'agit d'une récidive de coqueluche, tandis qu'en réalité il s'agit d'adénopathie bronchique et d'un peu de bronchite chronique. Quel traitement alors instituer?

Tous les matins, pendant quinze jours, l'enfant fera sa cure des eaux du Mont-Dore, ainsi qu'une cure avec du lait d'ânesse, c'est-à-dire un verre à Bordeaux d'eau avec un nuage de lait chaud. La méthode est très bonne et a d'excellents effets du côté des voies respiratoires. Les eaux sulfureuses seront loin d'avoir la même efficacité. Si l'on est dans la saison favorable, un séjour au Mont-Dore modifiera avantageusement l'état des bronches. De plus on, agira localement par des révulsifs dans la région dorsale supérieure, par des applications de teinture d'iode, non froides, mais tiédies au bain-marie, ou bien le coton iodé. Cependant, chez les garçons, je préfère avoir recours au crayon Limousin, à l'huile de croton tiglium, dont on étendra gros comme le bout du petit doigt pour avoir une rougeur de la peau et entretenir sur elle une irritation constante. Cela opère une décongestion favorable de la région malade, le fait en est démontré expérimentalement. Enfin, dans le cas où il se

ferait quelque poussée congestive, je ferais appliquer un petit vésicatoire volant, qu'on laisserait en place seulement pendant trois heures et que l'on panse aussitôt avec un cataplasme de fécule.

Mais s'il est des enfants qui peuvent être atteints d'adénopathie bronchique sans complications respiratoires, il en est d'autres, au contraire, qui ont une toux coqueluchoïde, une dyspnée considérable résultant d'une atélectasie du poumon, d'un emphysème plus ou moins considérable, et chez lesquels il est nécessaire de combattre énergiquement les phénomènes nerveux. Dans ce cas on emploiera une mixture d'aconit et de belladone à parties égales, à la dose de 5 gouttes matin et soir pour un enfant de deux à trois ans, par exemple. De plus, si la tuméfaction, l'hypertrophie ganglionnaire est considérable, si, par exemple, l'état des ganglions cervicaux indique que l'on a affaire à un enfant strumeux, alors on prescrira la préparation suivante :

Teinture de ciguë	1	gramme.
Teinture de belladone . . .	5	—
Teinture d'aconit	5	—

Prendre 5 gouttes matin et soir.

S'il existe aussi des phénomènes cardiaques, on remplacera la ciguë par la teinture de scille et de digitale, que l'on administrera le soir seulement, en ayant soin d'en suspendre l'emploi au bout de quatre ou cinq jours, tandis que le matin, l'enfant prendra sa mixture de belladone et d'aconit.

De plus, on prescrira les toniques à l'intérieur, l'huile de foie de morue, en très petite quantité pour commencer, ainsi que les amers et l'alcool, à la dose de quelques gouttes avant le repas. Deux fois par semaine, on suspend la médication, — le jeudi et le dimanche par exemple, — pour donner un peu de magnésie. Pendant le repas, l'enfant prendra de l'iodure de fer à la dose d'une cuillerée à café de sirop dans un peu d'eau. C'est un excellent adjuvant de la cure du Mont-Dore. Enfin pendant tout le temps que cette cure est suspendue, on prescrira aussi la liqueur arsenicale suivante pendant quinze jours :

Arséniate de soude. .	5 centigrammes.
Eau distillée.	250 grammes.

C'est ainsi, par un traitement de longue durée, appliqué avec persistance, que l'on parviendra à modifier l'adénopathie bronchique ou intrathoracique. Mais, dans le cas où cette médication ne donnerait pas les résultats désirés, il sera utile d'avoir recours à l'iodure de potassium qui est, en général, très favorable dans l'emphysème, dans l'anémie, l'atonie du poumon. On le prescrira alors à la dose de 5 à 10 centigrammes, pendant quinze jours avant les repas, rejetant de côté tout le reste du traitement pour ne conserver que les révulsifs.

Tels sont les faits sur lesquels je voulais appeler dans ces leçons, d'une façon toute spéciale, l'attention de mes auditeurs.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Tumeur fibro-cystique développée dans l'épaisseur du ligament large; laparotomie; guérison.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, Adrienne C..., qui entra à l'hôpital Saint-Joseph le 27 novembre 1885, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre.

Dans son histoire pathologique, peu de choses à relever. La mère est morte d'une affection intestinale. La malade fut réglée à quatorze ans, très régulièrement, mais avec des douleurs assez intenses. Double hernie crurale à l'âge de seize ans.

En mai 1885, la malade ressentit de très vives douleurs dans le ventre. Elles siégeaient principalement vers le milieu de l'arcade crurale droite, revenaient à intervalles réguliers, le matin vers trois heures et au moment du coucher. Elles ne se montraient que pendant les dix ou douze jours qui suivaient les règles. La malade éprouvait encore d'autres symptômes généraux : bouffées de chaleur, sueurs ; à ces moments, les douleurs abdominales prenaient une acuité très grande. Il n'y a jamais eu de métrorrhagies.

La malade entra dans plusieurs hôpitaux ; on la traita pour une périmétrite, pour une ovarite, mais sa tumeur fut méconnue.

État local. — Le ventre n'est pas volumineux, mais souple et à parois facilement dépressibles. On ne sent que vaguement une tumeur dans les parties profondes du bassin.

Par le toucher vaginal, on trouve le col petit, conique. L'utérus est petit et parfaitement mobile, indolore. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une petite tumeur dure et un peu mobile, qui paraît séparée du corps de l'utérus par un sillon. On ne trouve rien à gauche.

Par le toucher rectal, on peut apprécier le volume du corps de l'utérus, qui est petit, et la présence de la tumeur, qui est nettement située à la face postérieure du ligament latéral droit.

La tumeur est accessible dans une surface de 4 à 5 centimètres; elle a une forme allongée transversalement; elle est dure, inégale, mobile, facilement isolable du corps de l'utérus. En déprimant fortement la paroi du ventre, on sent que la masse est peu volumineuse. Toute cette exploration n'est que fort peu douloureuse.

Opération. — 3 décembre 1885. La malade est chloroformée. Lavage de l'abdomen avec de l'eau, du savon et une solution de sublimé au millième. On ne fait pas usage du Spray.

Incision sur la ligne médiane, suffisante pour introduire la main, faite en passant entre les muscles droits, qui ne sont pas blessés. La main est introduite, et après avoir écarté quelques anses intestinales recouvertes par de l'épiploon, elle arrive sur la tumeur, qui est placée dans l'incurvation. On sent distinctement à droite la tumeur ronde, du volume du poing d'un enfant, et à gauche l'utérus qui est fortement rejeté sur le côté. La tumeur est donc enclavée, et par sa situation, elle est de celles qui, par leur développement, causent les accidents les plus graves.

La petite masse est soulevée, et après deux ou trois tentatives, elle est amenée avec peine au niveau de la plaie, parce que le pédicule formé par le ligament large est très court. Elle nous apparaît avec une teinte rose vif, assez vasculaire. Sa consistance est ferme, mais nettement fluctuante. C'était la partie qui était accessible par le toucher vaginal et rectal.

On peut alors s'assurer que la tumeur est placée dans l'épaisseur du ligament large droit, en avant et au-dessous de l'ovaire. Elle est séparée de l'utérus par une distance de plus de 2 centimètres. En arrière et en haut est un corps allongé que l'on reconnut plus tard être la trompe.

Au premier moment, je restais un peu indécis, car la tumeur n'avait aucun des caractères physiques des kystes de l'ovaire ou du ligament large, ni la dureté et la situation habituelle des myomes utérins purs. La masse était nettement située entre les parois du ligament large et ne paraissait pas se rattacher à l'utérus par un pédicule appréciable.

Je fis une ponction avec un bistouri dans la partie fluctuante, ce qui donna issue à du liquide de couleur chocolat. Ce sang altéré fut recueilli sur des éponges, et il n'en coula pas une goutte dans le péritoine.

Il me fut alors facile de reconnaître, à l'épaisseur des parois, que j'avais affaire à un myome utérin contenant un kyste, et c'était ce kyste dont le toucher m'avait révélé la présence.

Deux lignes de conduite se présentaient à moi : lier en formant un pédicule avec le ligament large, ou faire l'énucléation du fibrome. Cette dernière manière d'agir fut écartée pour les rai-

sons suivantes. Il aurait fallu inciser la séreuse et former une poche saignante difficile à fermer. Le péritoine qui l'aurait formée avait été fortement contusionné pendant les efforts faits pour soulever la tumeur, profondément située dans le bassin; ce qui eût été une mauvaise condition pour la guérison. Enfin le tiraillement était tel que les manœuvres nécessaires offraient la plus grande difficulté. Je me décidai donc pour la ligature qui était bien plus facile et plus sûre.

La masse fut saisie avec une large pince plate et soulevée. Elle apparut pourvue d'un large pédicule, mince, mais dans lequel l'examen le plus minutieux ne permit pas de constater nettement la présence d'un lien fibreux la reliant à l'utérus. Je voulais faire une ligature en chaîne. Un premier fil de soie fut facilement placé à la partie externe et serré. En serrant le second fil, il cassa, fut remplacé, cassa une deuxième fois. Craignant un nouvel accident de ce genre, je mis le fil double. La tumeur fut ensuite détachée avec des ciseaux.

C'est alors que je m'aperçus qu'une partie de la trompe, qui, allongée, contournait la tumeur, avait été comprise dans la ligature et sectionnée. Cet accident ne parut pas avoir de suites fâcheuses.

Le ventre fut ensuite refermé avec des points de suture à la soie phéniquée fine, comprenant le péritoine et toutes les parois abdominales. Par-dessus j'appliquai de la tarlatane iodoformée et de la gaze au sublimé.

La tumeur, immédiatement incisée, nous permet de constater que nous avions bien affaire à un gros corps fibreux, dans lequel s'était formé un gros kyste sanguin. C'est exactement ce que Cruveilhier avait décrit sous le nom de « corps fibreux à géode ».

Le soir, température 37°,5, quelques vomissements de chloroforme. La malade est calme et ne souffre pas.

4 décembre. Pendant la nuit, les règles sont revenues, mais elles n'ont duré que quelques heures. Les vomissements ont continué et la malade s'est plainte de quelques douleurs dans sa plaie. Champagne glacé. Opium.

Température : matin, 36°,8; soir, 37°,3.

5 décembre. Pendant la journée, la malade a eu de très vives coliques qui se sont calmées à la suite d'expulsion de gaz. Température 37 degrés.

6 décembre. Les règles sont revenues, mais sans la moindre souffrance. Elles ont duré deux jours.

Les jours suivants, tout s'est passé normalement. La malade fut pansée le dixième jour, les fils furent retirés et la malade se leva le douzième jour.

3 février 1886. La malade revient me voir. Elle a eu ses règles sans douleur. Elle n'a plus les anciens symptômes et elle a engraissé. La cicatrice est d'un excellent aspect.

La tumeur a été examinée au microscope et elle a présenté tous les caractères des myomes classiques.

NOTE SUR UN CAS DE PNEUMONIE A FOYERS SUCCESSIFS.

Par M. le docteur Alex. Renault,
Médecin du Bureau central.

Il m'a été donné d'observer récemment un fait clinique relatif à une forme de pneumonie, étudiée surtout jusqu'ici par les médecins allemands et que je n'ai pas trouvée décrite dans les auteurs français; je veux parler de la pneumonie à foyers successifs.

Grisolle, dans son remarquable traité, n'en parle pas.

C'est dans l'article Pneumonie, dû à la plume de M. le professeur Lépine (de Lyon), dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, que nous rencontrons la première mention de cette variété clinique. Les faits qu'il cite remontent à 1870-71 et appartiennent à Waldenburg et Weigand.

Depuis cette époque, Fischl, Kelemen, Hamburger dans la thèse inaugurale qu'il a soutenue à Strasbourg en 1879, Kuessner, Brieger ont relaté des observations semblables.

La nôtre date du mois de mars dernier; la voici dans ses traits principaux.

M. le docteur X... est pris, le 11 mars, de frissons, de fièvre et d'une courbature généralisée.

Il fait appeler un de ses confrères qui, après examen, déclare les viscères intacts.

Son état ne s'améliorant pas et une douleur diffuse étant survenue dans le côté gauche du thorax, je suis mandé près de lui le 19 mars.

Je trouve un malade dont le teint est plombé et qui accuse un grand malaise. La fièvre cependant est moyenne; le pouls bat 112 et la température à la main peut osciller entre 38° et 38°,5.

Les crachats sont épais, visqueux, adhérents. Quelques-uns ont la teinte franchement rouillée.

A l'auscultation, je perçois de gros râles crépitants inspiratoires dans la partie moyenne du poumon droit, au-dessous de l'angle de l'omoplate. Il y a une zone de submatité correspondante.

Me basant sur la durée de la maladie et sur les caractères des bruits thoraciques semblables aux râles de retour, je diagnostique, en dépit de l'état général, une pneumonie en voie de résolution et j'annonce à mon confrère une prochaine convalescence.

J'étais dans l'erreur. Les jours suivants, l'état reste stationnaire, et le 25 mars je découvre un second foyer pneumonique, signalé par des râles crépitants et du souffle, au-dessous et à quelque distance du premier.

Le 28 mars, un troisième foyer faisait son apparition, mais cette fois dans le poumon gauche, vers la partie moyenne. On entendait à ce niveau des râles fins, exclusivement inspiratoires, sans souffle.

Le 30, la scène morbide change de face brusquement. Il y a eu pendant la nuit une transpiration abondante. Le pouls est tombé à 68 et la température à 35°,8. Les crachats ont perdu leur viscosité. De gros râles crépitants inspiratoires persistent dans les trois foyers pneumoniques.

Le 1er avril, les signes physiques ont même presque disparu ; on n'entend plus que quelques râles inspiratoires dans le foyer pneumonique primitif et à l'occasion des efforts de toux seulement.

Le malade est définitivement entré en convalescence.

La question intéressante ici est de savoir si je me suis trouvé en présence d'une forme de pneumonie véritablement rare ou si je n'ai pas eu affaire simplement à une pneumonie catarrhale vulgaire, dont le processus clinique est aujourd'hui bien connu.

Je ne le pense pas, et il me semble possible d'en établir la preuve, en me basant sur la marche de la maladie et l'étude minutieuse des symptômes.

Inutile de m'attacher à discuter le diagnostic différentiel avec la congestion pulmonaire simple. La longue durée des accidents, les caractères absolument nets de l'expectoration excluent tout rapprochement avec l'hyperémie du poumon.

Il en est tout autrement de la broncho-pneumonie ou pneumonie catarrhale.

Je reconnais que chez mon malade, le début de l'affection a été plutôt celui de la pneumonie catarrhale. En effet, pas de frisson unique et initial, mais des frissonnements répétés; pas de point de côté, nettement circonscrit, mais une douleur diffuse dans toute la partie droite de la poitrine; pas de vomissements. Pour expliquer ce mode d'invasion, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles se trouvait le sujet au début de la maladie et de la constitution médicale actuelle. M. X... était surmené depuis quelque temps et peu apte à réagir. En outre, durant l'hiver dernier, les

pneumonies ont pris de préférence le type infectieux. Or on sait que, dans ces cas, l'invasion est insidieuse, souvent prolongée; la fièvre, atypique. En un mot, on ne constate pas les signes d'une réaction franchement inflammatoire. Ici donc, le mode de début n'exclut pas l'idée de la pneumonie lobaire, fibrineuse.

Si maintenant nous passons à l'étude des symptômes et de la marche, nous trouvons des arguments puissants en faveur de l'hypothèse que nous soutenons.

Dans la pneumonie catarrhale, les crachats sont ceux de la bronchite; on ne constate jamais de mucosités à la fois visqueuses, adhérentes et rouillées.

Je n'insisterai pas sur les signes physiques; ils peuvent être les mêmes dans les deux cas. Mais je ferai remarquer que dans mon observation, en dehors des foyers pneumoniques, les poumons étaient intacts. Nulle part trace de bronchite. J'insiste sur cette particularité, qui a une importance considérable en l'espèce.

Comment interpréter aussi la brusquerie de la défervescence, si ce n'est dans le sens de la pneumonie lobaire fibrineuse? En une nuit, le pouls tombe à 68 et la température à 35°,8. Est-ce ainsi que procède la pneumonie catarrhale? La défervescence est progressive; pour me servir d'une expression consacrée, elle s'effectue par lysis. Les signes physiques persistent souvent quelques semaines, pour le moins plusieurs jours. En un mot, ainsi que l'ont si bien dit Rilliet et Barthez, on assiste à la prolongation de la lutte entre la santé et la maladie. En deux jours, chez notre malade, les gros râles que l'on percevait encore dans les trois foyers pneumoniques s'éteignent, et l'on n'entend plus qu'à l'occasion des efforts de toux quelques ronchus discrets et nettement circonscrits au foyer pneumonique primitif.

Reste à savoir si le titre de mon observation est absolument justifié et si le fait que j'ai observé ne rentre pas dans le cadre de ces pneumonies à forme extensive, dites serpigineuses, que Grisolle avait déjà signalées. La raison qui me permet d'éliminer cette hypothèse est l'intégrité du parenchyme pulmonaire entre les foyers inflammatoires, nettement séparés les uns des autres.

Je me crois donc en droit de conclure à un fait de pneumonie à foyers successifs, forme qui correspond à ce que la plupart des auteurs allemands ont appelé pneumonie migratrice.

HERNIE CRURALE ENTÉRO-ÉPIPLOÏQUE ÉTRANGLÉE

KÉLOTOMIE; ÉPIPLOON TRÈS VOLUMINEUX; ADHÉRENCES ANCIENNES; RÉDUCTION. — GUÉRISON.

Par le docteur C. Bancel, de Toul (Meurthe-et-Moselle).

Observation. — Femme de soixante-dix ans, portant depuis l'âge de quinze ans une hernie crurale, côté droit, du volume d'une noix, et n'ayant jamais nécessité l'emploi d'un bandage.

Il y a trois mois, première intervention à la suite d'un léger engouement; réduction par le taxis consécutif à l'emploi de la glace.

Depuis est survenue une entéro-épiplocèle volumineuse, irréductible, sensible au toucher.

Pas de selles; la malade a des vomissements fécaloïdes.

Quarante-huit heures après nous pratiquons la kélotomie, en nous conformant aux préceptes de la méthode antiseptique, et nous nous trouvons en présence d'une énorme masse épiploïque à la partie interne de laquelle l'intestin est étranglé.

Nous débridons, et l'intestin bien nettoyé, nous le réduisons.

Les adhérences anciennes de la masse épiploïque, datant de fort loin, puisque la malade portait sa hernie depuis l'âge de quinze ans, sont un obstacle à la réduction, le volume de l'épiploon est tel qu'il paraît impossible de le rentrer.

Nous détachons d'abord les adhérences qui unissent l'épiploon au sac; après avoir soigneusement épongé, malgré son volume et son aspect violacé, nous pratiquons sur lui, avec beaucoup de difficulté, un véritable taxis en le rentrant complètement dans la cavité abdominale.

Pansement antiseptique; réunion de la plaie par première intention. Les vomissements cessent, les selles se rétablissent et la malade guérit rapidement.

Cette observation était écrite avant la leçon faite par notre excellent maître de l'hôpital de la Pitié, sur la conduite à tenir par le chirurgien dans l'opération de la hernie étranglée.

Nous la publions comme corollaire des savants principes qu'il nous pose, et comme étude des trois points suivants :

1° Doit-on lier, réséquer ou réduire l'épiploon lorsqu'il est volumineux.

2° Quelle part peut être attribuée à l'intestin et à l'épiploon dans les accidents consécutifs à la kélotomie.

3° Que doit-on faire pour les adhérences anciennes de l'épiploon ?

Pour nous le succès de l'opération, sans parler de l'habileté du chirurgien et de l'influence des milieux, est surtout sous la dépendance de l'état de l'intestin.

Si, comme il est dit, l'épiploon volumineux laisse peu de chance pour le taxis, après la kélotomie, *son volume ne serait pas pour nous un obstacle à la réduction.*

Nous préférons cette dernière méthode à la ligature et à la résection, et nous sommes persuadé que si des accidents sont survenus après les opérations, l'intestin y a joué le principal rôle.

Il est évident que nous ne voulons pas parler des cas où l'épiploon est gangrené, mais de son volume qui ne serait pas toujours un obstacle à sa réduction, ni une contre-indication.

Dans notre observation, l'intestin était absolument sain, mais l'épiploon énorme, violacé; le taxis a été fait sur sa masse, et nous n'avons pas eu d'accidents.

L'épiploon, étant moins susceptible que l'intestin, est plus tolérant.

Dans la plupart des opérations que nous avons pu ou vu faire, l'état de l'intestin a donné la note du danger. L'épiploon s'enflamme peu, souvent et dans certaines hernies il peut subir bien des traumatismes, sans trop s'irriter; il n'en est pas de même lorsqu'il est lié ou reséqué, car alors il peut être une cause d'accidents de purulence que l'on doit chercher à éviter lorsque l'épiploon n'est que volumineux et pas encore gangrené.

On devra toujours faire de l'antiseptie sévère, enlever toute trace de liquide contenu dans le sac, faire, comme il est dit, la toilette du sac de l'intestin et de l'épiploon avec le plus grand soin, et les succès opératoires s'augmenteront.

Lorsqu'il y a gangrène, la sage méthode de M. le professeur Verneuil devra être en tout fidèlement suivie.

Enfin, pour en arriver à la troisième question, nous pensons qu'en agissant avec précaution, on pourra toujours disséquer et détacher les adhérences anciennes de l'épiploon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Duguet, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Peyraud (de Vichy), qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Une note manuscrite de M. le professeur Van Lair (de Liège) sur *l'organisation du caoutchouc dans l'intérieur des tissus vivants;*

4° Un travail intitulé : *Marseillan en* 1885, étude statistique et médicale, par le docteur Ernest Durand;

5° Une note sur *la fièvre typhoïde de Charly*, par le docteur Tenioni (de Nérondes).

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger.

La commission propose : en première ligne, M. James Paget; en deuxième, *ex æquo*, MM. Charles West et Van Beneden.

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33,

M. Paget obtient	57	suffrages.
M. Van Beneden	5	—
Bulletins nuls	2	—

En conséquence, M. Paget est proclamé associé étranger.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant national, première division.

La liste de la commission porte : en première ligne, M. Mahé (de Constantinople); en deuxième, M. Grasset (de Montpellier); en troisième, *ex æquo*, M. Carlet (de Grenoble), Mandon (de Limoges), Picot (de Bordeaux), Tillot (de Luxeuil).

Le nombre des votants étant de 55, majorité 28,

M. Mahé obtient	42	suffrages.
M. Grasset	7	—
M. Carlet	5	—

En conséquence, M. Mahé est proclamé correspondant national.

RAPPORT

M. Planchon lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

LECTURE

Fibrome kystique de l'utérus, très volumineux, du poids de 28 kilogrammes, hystérectomie avec pédicule extra-péritonéal, guérison. — **M. Terrillon**, en communiquant cette observation, fait remarquer que son intérêt porte sur deux points principaux; d'abord le volume des tumeurs, dont l'une était constituée par un fibrome solide pesant 7 kilogrammes, et dont l'autre, contenant des kystes atteignant le poids de 16 kilogrammes, était constituée par une enveloppe de tissu utérin épaisse comme le doigt. La masse kystique paraissait presque indépendante de l'enveloppe musculaire. Les liquides contenus dans les kystes ne renfermaient pas de paralbumine.

Les cavités étaient tapissées par des cellules aplaties. On trouvait dans les parois de ces kystes des éléments musculaires qui rappelaient leur origine utérine.

« Enfin, ajoute M. Terrillon, je signalerai en terminant la guérison définitive, qui survint sans accident après l'élimination d'un gros pédicule formé aux dépens de l'utérus hypertrophié et sectionné au-dessus des culs-de-sac vaginaux ».

RAPPORTS

M. Bouchardat, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans observation.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juin 1886, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Granjon-Rozet et Pascal, médecins de deuxième classe de la marine, démissionnaires.

— Par décret en date du 28 juin 1886, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Villette, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— *Concours d'agrégation (anatomie, physiologie et histoire naturelle).* — Les dernières questions données pour la question orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre sont :

Anatomie et physiologie. — Mardi 29 juin, M. Princeteau : La choroïde et l'iris; M. Variot : Couches optiques et corps striés. — Mercredi 30 juin, M. Guinard : La circulation cérébrale; M. Ferré : Les cordons de la moelle épinière dans la moelle et dans l'encéphale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat médical s'est ouvert ce matin à neuf heures pour la nomination à deux places de chefs titulaires et deux places de chefs adjoint.

Le jury se compose de MM. les professeurs Potain, Damaschino, Hayem, Jaccoud et Peter. Les candidats, au nombre de cinq, sont MM. les docteurs Bourcy, Duflocq, Gallois, Attinger et Supelier.

Le concours du clinicat des maladies des enfants s'ouvrira demain jeudi, 1er juillet 1886, à 9 heures, à l'hôpital Necker pour la nomination à une place de chef titulaire et une place de chef adjoint. Le jury se compose de MM. Grancher, Damaschino, Hayem, Jaccoud, Peter et Potain. Les candidats, au nombre de trois, sont MM. les docteurs Deschamps, Legendre et Queyrat.

Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques s'ouvrira samedi prochain, 3 juillet 1886, à l'hôpital de la Charité, à neuf heures du matin, pour les nominations à une place de chef titulaire et une place de chef adjoint.

Le jury se composera de MM. Fournier, Potain, Damaschino, Hayem, Jaccoud et Peter. Les candidats, au nombre de deux, sont MM. les docteurs Feulard et Morelle.

— Deux concours de clinicat se sont terminés hier soir mardi :

1° Le clinicat ophthalmologique, à la suite duquel sont nommés chef de clinique titulaire, M. Valude; chef de clinique adjoint, M. Kalt;

2° Le clinicat chirurgical, dont les résultats sont : chefs de clinique titulaires, MM. Barette, Castex et Guinard; chef de clinique adjoint, M. Hache.

— Hier, à deux heures, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la distribution solennelle des récompenses aux élèves internes en pharmacie. Ont été proclamés lauréats :

Première division (internes de troisième et quatrième année). — Médaille d'or, M. Héret. — Médaille d'argent : M. Winter. — Mentions honorables : MM. Gosselin et Gérard.

Deuxième division (internes de première et deuxième année). — Médaille d'argent : M. Cousin. — Accessit : M. André. — Mentions honorables : MM. Chevrier et Choary.

— M. le docteur Ad. Nicolas, médecin consultant à la Bourboule, nous prie de faire savoir qu'il a cessé de faire partie de la rédaction de « La Liberté ».

— M. Brun, trésorier de l'Association des médecins de France, vient d'encaisser 13 420 francs de dons et legs, dont suit le détail :

MM. les docteurs Hérard, 100 francs; Morel d'Arleux, 1 520 francs; Passant, 100 francs; Foville, 100 francs; Leroy-Dupré, 200 francs; Burdel (de Vierzon), 100 francs; Péan, 200 francs; Trumet de Fontarce, 300 francs; Ricord, 500 francs; Gosselin, 300 francs; Campbell (legs), 10 000 francs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lamotte, de Witry-les-Reims.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra — comme nous l'avons déjà dit — sa séance annuelle le 12 août, à Nancy. Pour se reposer de leurs travaux, les membres du congrès pourront non seulement visiter les environs de Nancy, ainsi que les montagnes des Vosges, mais encore pénétrer dans les usines les plus intéressantes du pays.

Le comité des excursions s'est arrêté aux trois suivantes : 15 août, visite de Toul; de là, en bateau à vapeur, à Pont-Saint-Vincent, et en chemin de fer, à Tantonville, une journée. — 17 août, excursion au Donon, aller par Raon-l'Etape et la vallée de Celles, retour par Moussey, Senones et Etival, une journée. — 20, 21 et 22 août, excursion finale de trois jours : Saint-Dié, Gérardmer, la Schlucht, la Bresse, Remiremont, Bussang et Ballon-d'Alsace.

Les autres excursions : à Vittel, Contréxeville, Pont-à-Mousson, Pompey, etc., se feront en une demi-journée, l'après-midi, le matin étant consacré aux séances de sections.

— M. le docteur Berher est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Épinal.

— Un concours pour la nomination à six places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille, s'ouvrira le 2 août 1886, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 26 juillet inclusivement.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera sa prochaine excursion géologique publique le dimanche 4 juillet 1886, à Mantes, Fontenay-Saint-Père et Mantes-la-Ville.

Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à six heures et demie du matin, le train pour Mantes. On sera de retour à Paris à sept heures et demie du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19753.

41

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

39

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiques cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

72

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

39

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1º En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2º En **Pilules**, à 10 centigr.; 3º En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respiratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phcn, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

21

SOURCE YVONNE

DE CHATEL-GUYON

Approuvée par l'Académie de médecine.

La plus gazeuse et la plus minéralisée.

Foie. — Estomac. — Intestins. — Rate. Pancréas.

Dépôt dans les bonnes Phies. — *Exiger le nom.*

6

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris.

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0,60**; *et par la poste*, **0,70**.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

46

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Préparés par E. MOUSNIER, *pharmacien à Saujon.*

Médication à base d'arséniate d'antimoine (0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Régulateur de la circulation, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Catarrhe, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : Phie GIGON, 25, rue Coquillière, Paris, et toutes pharmacies.

Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boite sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : **3 francs.**

Phie, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes phies.

73

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

N° 77. — SAMEDI 3 JUILLET 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 3 JUILLET 1886. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sclérose en plaques portant sur les cordons latéraux de la moelle épinière; inefficacité absolue du cautère actuel.

Si les cautérisations profondes le long de la colonne vertébrale se sont montrées essentiellement utiles dans l'ataxie locomotrice (1), elles sont restées au contraire absolument inefficaces dans une autre affection de la moelle qui, tout en ayant avec celle-là des symptômes communs, s'en distingue par des différences caractéristiques.

Chez un homme de soixante et un ans, concierge, entré le 1er juin salle Saint-Ferdinand, n° 19, et malade depuis quatre ans, la marche est devenue à peu près impossible par suite d'une faiblesse croissante et de douleurs semblables à des coups de couteau avec soubresauts musculaires qui se font sentir tout le long des jambes et s'accroissent par les mouvements. A côté de ces douleurs qui ressemblent si fort aux douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice, il existe en outre, comme chez la plupart des ataxiques, une douleur constrictive en ceinture, siégeant à la base du thorax et irradiant des lombes autour de l'abdomen.

La céphalée est continue. La mémoire est très affaiblie. De temps en temps, il se produit de la trémulence des globes oculaires.

Tout ceci nous rapproche un peu du tableau classique de l'ataxie.

Mais quand on fait marcher ce malade, ce qu'il ne parvient d'ailleurs à faire qu'avec la plus grande difficulté, on voit qu'il pose son pied sur le sol en appuyant d'abord la pointe, qu'il n'y a pas de projections de côté ou d'autre, que c'est la faiblesse qui domine, faiblesse telle qu'étendu sur son lit il peut à peine soulever ses membres inférieurs de quelques pouces au-dessus du drap.

Quand on interroge les réflexes on les trouve très exagérés. La percussion sur le tendon rotulien provoque aussitôt une extension subite de la jambe. Le refoulement brusque du pied amène cette série de mouvements convulsifs de tout le membre inférieur qui a été nommée l'*épilepsie spinale*.

Ce sont là des signes d'une sclérose, probablement d'une sclérose en plaques, portant particulièrement sur les cordons latéraux de la moelle épinière.

On ne trouve d'ailleurs chez ce malade aucun trouble proprement dit de la sensibilité de la peau. Il n'y a nulle part d'anesthésie ni par rapport au simple contact, ni par rapport aux excitations douloureuses, ni par rapport aux impressions de chaud ou de froid; tout au plus pourrait-on peut-être noter une certaine exagération des réflexes ayant la surface de la peau pour point de départ.

Il s'agit donc encore d'une lésion médullaire, mais ce n'est pas cette fois celle de l'ataxie. Bien que les douleurs fulgurantes ainsi que les douleurs en ceinture semblent prouver une participation des cordons postérieurs à cette affection, il paraît certain que ce ne sont point eux qui sont ici surtout le siège de la sclérose.

On pouvait se demander comment dans ces circonstances agirait la cautérisation profonde dans le voisinage de la moelle. M. Rigal a procédé comme il le faisait chez les ataxiques, mais le résultat est resté absolument nul.

Endocardite latente; embolies, attaques apoplectiformes et hémiplégies chez les enfants.

C'est en 1869 que M. Bouchut publia et commenta dans la *Gazette des hôpitaux* (pp. 233 et suiv., 241 et suiv.) une première observation d'hémiplégie subite causée par embolie cérébrale chez une enfant atteinte d'une maladie du cœur. Le diagnostic différentiel avait été fait durant la vie, le lendemain de l'accident, et il fut pleinement confirmé par l'autopsie, trois jours plus tard.

Il s'agissait d'une petite fille de huit ans et demi, prise d'abord de chorée, puis, alors qu'elle allait beaucoup mieux à ce point de vue, frappée tout à coup d'une paralysie complète du mouvement et du sentiment du côté gauche, sans perte de connaissance, mais avec aphasie et déviation conjuguée des yeux.

A l'auscultation, on avait remarqué précédemment un faible bruit de souffle à la pointe. En écoutant le cœur de nouveau, on nota un bruit de souffle un peu rude, couvrant le premier temps et le claquement vasculaire du deuxième temps, bruit dont le maximum d'intensité était à la base.

A l'ophthalmoscope, on constata dans l'œil droit une dif-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 589.

fusion de la papille, qui était blanche, œdémateuse, et dont les contours étaient à peine visibles.

D'après cela, M. Bouchut supposa qu'il avait dû se faire dans le système artériel cérébral, probablement dans l'artère sylvienne du côté droit, une oblitération causée par le détachement de quelque parcelle des produits fibrineux dus à une endocardite.

En effet, l'artère sylvienne droite était complètement oblitérée et tout le territoire cérébral nourri par cette artère en voie de ramollissement. La lésion cardiaque fut trouvée sur la valvule mitrale, qui présentait : d'un côté une énorme végétation fibrineuse, dure mais friable, adhérente par sa base, frangée à son bord libre, et du côté opposé, en face, une autre végétation beaucoup plus petite.

Vers la bifurcation de l'aorte abdominale, la lumière de cette artère était en partie occupée par une concrétion fibrineuse, qui ne laissait plus pour le sang qu'un passage étroit. Le membre inférieur était, çà et là, parsemé de petites ecchymoses.

Ce fait démontrait avec évidence que des embolies cérébrales pouvaient se produire chez les enfants comme chez l'adulte, et cela sous l'influence d'une maladie du cœur qui aurait pu passer inaperçue, tant les symptômes en étaient peu marqués jusque-là, si une maladie précédente, une chorée aiguë, n'avait pas attiré l'attention sur ce point.

Or voici qu'en effet, dans deux observations très récentes, l'affection cardiaque était restée absolument latente avant le jour où survint l'attaque d'apoplexie, par embolie d'une artère cérébrale, chez des enfants considérés comme se portant bien.

Une de ces observations, dont le commencement avait été publié dans la thèse de M. Lefebvre sur l'*insuffisance aortique chez les enfants*, vient de se compléter par l'autopsie dans le service de M. le professeur Grancher, qui en a parlé dans deux leçons cliniques.

Le petit garçon en question avait six ans seulement lorsque, le 29 janvier de cette année, après déjeuner, au moment où il se préparait à aller à l'école, il tomba tout à coup sans connaissance. Suivant ses parents, il serait resté ainsi vingt-quatre heures, inconscient de ce qui se passait autour de lui ; puis, peu à peu, il serait revenu à lui et l'on se serait alors aperçu qu'il avait perdu l'usage de la parole et que le mouvement avait disparu dans tout le côté droit du corps.

Le 1er février, on l'apporta en cet état dans le service de M. Grancher, salle Saint-Thomas, à l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres.

Comme commémoratifs, les parents indiquèrent qu'il avait eu la gourme dans sa première enfance, la rougeole vers l'âge de deux ans et une fracture de la jambe l'année précédente. Depuis l'époque de cette fracture, qui n'avait plus laissé de traces, il était devenu triste et il avait maigri.

On ne le regardait d'ailleurs pas comme étant autrement malade, puisqu'on l'envoyait à l'école, et on n'avait jamais soupçonné qu'il eût aucune lésion cardiaque.

L'hémiplégie droite était complète, mais moins prononcée à la face. On ne nota pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes étaient conservés. Il y avait incontinence d'urine et constipation opiniâtre.

L'enfant paraissait bien comprendre ce qu'on lui disait, mais il ne pouvait pas trouver de mots pour répondre.

L'aphasie, absolue d'abord, ne diminua que peu à peu pendant le séjour à l'hôpital. Dans les dernières semaines de la vie, la mémoire et l'usage de quelques-uns des mots les plus usuels étaient graduellement revenus. Mais les membres du côté droit restaient toujours paralysés et ils s'étaient contracturés.

A l'auscultation, on entendait dans toute la région précordiale un double souffle, systolique et diastolique, dont le maximum était à la base, au niveau du troisième espace intercostal, à droite du sternum.

L'impulsion cardiaque et l'impulsion artérielle étaient singulièrement exagérées. On put prendre des tracés sphygmographiques, même sur des artères qui d'ordinaire n'en comportent pas, sur la tibiale antérieure et sur la pédieuse du côté gauche. Comme ceux du cœur, ces tracés artériels étaient tout à fait caractéristiques de l'insuffisance aortique.

Relativement à cette vibration exagérée de toutes les artères, il n'y avait que la jambe droite et le pied droit qui fissent exception. C'est à peine si les artères y battaient plus fort qu'à l'état normal.

M. Grancher en avait conclu qu'il existait sans doute un obstacle à la circulation dans le tronc tibio-péronier, obstacle causé par quelque embolie incomplète. L'hémiplégie droite devait être due à une embolie de l'artère sylvienne du côté gauche, et ces embolies se rattachaient à l'état du cœur.

La semaine dernière, l'enfant fut pris de nouveaux accidents. A la paralysie avec contracture du côté droit parut se joindre une paralysie flasque du côté gauche.

La mort survint dans le coma.

A l'autopsie, on nota d'abord sur l'hémisphère gauche du cerveau, au-dessus de l'artère sylvienne, vers la base des circonvolutions frontales et pariétales qui bordent le sillon de Rolando, trois foyers de ramollissement juxtaposés et déjà anciens, d'une couleur grisâtre, dont la présence expliquait à la fois l'aphasie et l'hémiplégie droite.

Du côté opposé, sur l'hémisphère droit, un autre foyer de ramollissement, d'une couleur rougeâtre, se trouvait également situé dans le voisinage de l'artère sylvienne.

C'étaient les résultats de l'oblitération embolique de cette artère, tant du côté droit que du côté gauche ; et l'examen du cœur montra comment s'étaient produites ces embolies. A l'orifice aortique, en effet, une des trois valvules sigmoïdes présentait une ulcération très étendue, qui l'avait perforée vers sa base. Le bord en était épaissi et devenu irrégulier. A ce même orifice existait, en outre, une production fibrineuse saillante, molle, friable, dont des débris avaient pu être détachés et transportés dans le torrent circulatoire. La valvule mitrale elle-même était le siège de concrétions fibrineuses et présentait déjà sur un point une perforation commençante.

L'endocardite dont il s'agit pourrait donc être justement nommée ulcéreuse ; mais ce fut en vain que l'on y chercha à l'examen microscopique les éléments morphologiques de l'endocardite ulcéreuse par cause infectieuse. Cette maladie paraissait être autogénique, indépendante de toute prolifération d'un germe venu du dehors.

A quelle cause était-il possible de la rattacher ?

A la rougeole de la première enfance ? Cela paraissait peu probable, d'autant moins qu'on tend maintenant à nier absolument le rôle étiologique soit de la rougeole, soit même de la scarlatine dans la production des affections du cœur.

Telle est notamment l'opinion soutenue par M. le professeur Potain.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, cette affection du cœur était déjà loin d'être récente lorsque se produisit l'embolie qui frappa tout à coup d'une véritable attaque d'apoplexie cet enfant, au moment où il se disposait à aller tranquillement à l'école.

Une autre observation tout à fait analogue avait été recueillie l'année dernière dans le service de M. Huchard. M. Lefebvre en a parlé dans sa thèse d'après des notes assez sommaires communiquées par M. Legendre, et M. le professeur Grancher a rapproché ce fait du précédent en se servant des renseignements beaucoup plus étendus fournis par M. Marciguès.

Il s'agit également d'une hémiplégie brusque du côté droit, débutant par une véritable attaque d'apoplexie, chez un enfant de dix ans qui, lui, avait été regardé comme en état de santé parfaite.

Il était en train de jouer gaiement, quand il tomba subitement sans connaissance.

Comme chez le précédent, chez lui l'hémiplégie était accompagnée d'aphasie.

Les signes d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale parurent évidents quand on l'ausculta.

La paralysie diminua graduellement pour faire place à une hémi-athétose, marquée surtout à l'avant-bras, tandis que le bras était atteint d'un certain degré de contracture.

Sorti durant quelques semaines de l'hôpital, cet enfant y rentra dans un état d'asystolie avec symptômes typhoïdes et foyers de bronchopneumonie. Il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on constata exactement les mêmes lésions cardiaques que chez le malade de M. Grancher : une vaste perforation siégeant à la base d'une des sigmoïdes aortiques, un véritable chou-fleur de végétations sur le bord libre de ces valvules, une ulcération superficielle, irrégulière comme contours, sur la face ventriculaire de la valvule mitrale.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la cause de l'endocardite restait inconnue, si l'on rejette l'influence possible d'une rougeole antérieure.

Hémiplégie par embolie à la suite d'une cardiopathie rhumatismale chez une adulte.

Dans le service de M. Gombaud, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Monique n° 16, se trouve actuellement une jeune malade dont le cas diffère des précédents en ce qu'elle n'est plus une enfant, et en ce que chez elle l'affection du cœur, cause de l'embolie, peut facilement être rattachée à une diathèse rhumatismale ; mais il y ressemble singulièrement pour tout le reste.

En effet cette jeune fille, de vingt-trois ans, bien qu'ayant été déjà traitée à trois reprises, dans les années dernières, pour des douleurs rhumatismales occupant particulièrement les pieds et les jambes, était cependant assez bien portante pour continuer à être occupée comme domestique dans une maison où elle avait beaucoup à faire, et pour n'être point trop fatiguée de cette vie active.

Née à Paris, elle avait toujours joui, à ce qu'elle affirme, d'une excellente santé jusqu'au moment où elle fut réglée, c'est-à-dire jusque vers l'âge de dix-huit ans. C'est à cet âge qu'elle se plaça.

Il y a quatre ans elle ressentit pour la première fois des douleurs qui la firent entrer à l'hôpital, où elle séjourna environ deux mois.

Elle y revint pour la même cause, il y a deux ans, puis l'année dernière, dans deux services différents, et elle se rappelle qu'on lui administra du salicylate de soude.

Depuis qu'elle est réglée, il lui est arrivé de temps à autre de se trouver mal, mais sans crises de nerfs, sans pleurs, sans rires forcés.

Cette année, le 30 mai dernier, elle avait été amenée par ses maîtres au bois de Boulogne et elle y jouait avec les enfants.

Elle était en train de sauter à la corde lorsque tout à coup elle tomba comme morte.

Elle fut rapportée chez ses maîtres sans connaissance, et quand elle revint à elle longtemps après, elle se trouvait absolument paralysée du côté droit et ne pouvait parler.

On la transporta à l'hôpital le 31 mai.

Là M. Gombaud constata que le cœur présentait à la pointe, au premier temps, un fort bruit de souffle, à la base un dédoublement du second bruit, et que d'ailleurs très fréquemment on entendait ce qu'on a nommé les faux pas du cœur, ces contractions irrégulières, incomplètes et se succédant coup sur coup sans produire chaque fois une pulsation perceptible dans les artères.

Le diagnostic probable était donc : cardiopathie rhumatismale ayant amené une embolie dans le système artériel cérébral, probablement dans l'artère sylvienne du côté gauche ou dans quelqu'une de ses branches.

L'hémiplégie droite, portant à la fois sur le mouvement et sur la sensibilité, persista sans grande modification pendant les deux premières semaines. Mais l'aphasie disparut très vite, si tant est qu'il y ait jamais eu une aphasie réelle et complète.

Lorsque nous vîmes cette malade pour la première fois la semaine dernière, nous constatâmes à droite un retard de quelques secondes pour les divers genres de sensibilité sur les membres et le tronc comme sur la face. Mais depuis lors, il s'est fait, à ce point de vue, un changement notable. Aujourd'hui le contact, la douleur, la température, sont perçus à l'instant même partout ailleurs que sur la moitié droite de la face, où le retard varie de deux à trois secondes.

La paralysie du mouvement diminue aussi ; déjà la malade peut soulever la jambe gauche, complètement immobile il y a huit jours. Elle commence même à exécuter quelques très faibles mouvements de flexion des mains. Sa figure semble plus régulière, étant moins déformée par la paralysie des muscles du côté droit.

Les battements du cœur sont toujours tumultueux, mais le dédoublement du second temps est moins net et au premier temps le bruit de souffle perçu vers la pointe est plus doux.

Tout fait espérer qu'à la différence des précédents, cette malade guérira.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Sciatique guérie par le zinc et le platine.

Par le docteur MORICOURT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

V..., ébéniste, quarante ans, marié une première fois en 1870, devenu veuf, puis remarié il y a quinze mois. Sa mère, âgée de soixante-neuf ans, est faible des jambes. Père âgé de soixante-quinze ans, rhumatisant. Un frère graveleux. Bonne santé anté-

rieure sauf une blennorrhagie il y a vingt ans. Il fume la cigarette et consomme pour quatre sous de tabac par jour. Son métier lui offre de fréquentes occasions de boire, qu'il ne fuit pas.

Il n'est pas dyspeptique; mais depuis un an il a de la constipation et ne va à la garde-robe que tous les deux jours.

Cauchemar la nuit. Les extrémités inférieures sont habituellement froides, et il est à remarquer que les deux crises de sciatique qu'il a éprouvées ont eu lieu à la fin d'octobre, au moment où, le froid survenant, la transpiration des pieds tendait à disparaître. Il est plus frileux le jour que la nuit. Il a été atteint une première fois, il y a sept ans, pendant trois mois, d'une sciatique qui a cédé après deux vésicatoires et une éruption consécutive de plus de cinquante boutons douloureux.

Il y a six mois (octobre 1882), après avoir couché pendant trois mois dans un cabinet humide, situé au *rez-de-chaussée d'une maison neuve*, il est repris d'une seconde attaque de sciatique. N'ayant éprouvé, cette fois, aucun soulagement de cinq vésicatoires, de bains de vapeurs et de frictions térébenthinées, il se décide à recourir à la métallothérapie et vient nous consulter *le* 23 *mars* 1883.

Ses douleurs siègent à gauche et s'étendent parfois jusqu'au côté droit. Intermittentes d'abord, depuis trois mois elles sont devenues permanentes avec redoublements. Elles commencent vers onze heures, avant son déjeuner, et durent jusqu'à deux heures. Elles reprennent souvent avant son dîner et le réveillent quelquefois la nuit.

Il souffre moins au lit, surtout lorsqu'il se couche sur le côté gauche. Le fait de tourner la tête pour regarder en arrière, réveille la douleur dans le membre inférieur. Il en est de même s'il marche, s'il se baisse ou s'il soulève quelque chose de lourd; aussi ne peut-il presque plus exercer sa profession qui consiste à fabriquer des pieds de billards.

Il existe de l'analgésie à la partie interne de la jambe gauche (côté malade), tandis que sur la jambe droite, la sensibilité est uniformément répartie.

V..., qui est un peu gaucher et porte habituellement les fardeaux sur l'épaule gauche, donne, au dynamomètre, 48 kilogrammes de pression à droite et 45 kilogrammes à gauche. Il sent les deux pointes de l'esthésiomètre à 3 centimètres d'écartement sur la face externe de l'avant-bras des deux côtés; mais il existe sur ces parties une analgésie très prononcée.

Examen métalloscopique. — Il est laborieux, V..., étant polymétallique. Cependant deux métaux semblent avoir plus d'action que les autres, le zinc et le platine. Une injection hypodermique d'une solution de chlorure de platine à 1/100e avait développé la sensibilité d'une manière très marquée. Une injection de un quart de seringue de Pravaz, d'une solution de bichlorure d'étain à 1/200e, à la cuisse gauche, avait également développé la sensibilité, mais à un degré moindre que le platine; à l'avant-bras, elle avait déterminé seulement un sentiment de chaleur. Les armatures de zinc avaient agi à la fois sur la force musculaire, sur la sensibilité de contact et sur la sensibilité de douleur; elles avaient produit le transfert de la sciatique, et le malade avait mieux dormi à la suite de leur application.

En conséquence, le 30 mars, nous lui prescrivons : 1° 3 pilules de bromure de zinc de 1 milligramme chaque jour; 2° des applications d'armatures de zinc sur les quatre membres pendant la nuit; et deux fois par semaine un bain avec 300 grammes de sous-carbonate de soude.

16 *avril* 1883. — Depuis trois ou quatre jours il éprouve de l'amélioration le soir, mais les douleurs sont les mêmes le matin. Il souffre moins dans les jambes et le bas de la cuisse lorsqu'il est couché, et marche un peu mieux. C'est dans le haut de la cuisse que ça le gêne le plus.

Prescription : 4 pilules de bromure de zinc et frictions avec de l'eau sédative étendue d'eau.

30 *avril.* — Les piqûres d'étain qui sont restées sensibles pendant quatre à cinq jours ont produit des nodosités qui commencent à disparaître. Le malade a continué ses applications de zinc; mais il a fini ses pilules depuis huit jours. Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties à 1 centimètre d'écartement. En somme, l'amélioration n'a pas progressé et il existe de l'analgésie prononcée des deux côtés.

Jugeant que la dose de zinc a été trop minime, et voulant tenir compte de la sensibilité platine, nous modifions le traitement de la manière suivante :

Prendre alternativement, matin et soir, avant chaque repas : un jour, 5 gouttes d'une solution de chlorure de platine à 1/100e, et le lendemain, 5 gouttes d'une solution de sulfate de zinc à 1/100e. Tous les huit jours, augmenter d'une goutte de chaque solution. Continuer les applications externes de zinc et faire des frictions avec de l'eau additionnée de 1/6e d'ammoniaque.

1er *septembre* 1883. — Le malade vient nous annoncer sa guérison qui a eu lieu trois semaines après avoir suivi ce traitement. Il a pris par jour jusqu'à 11 gouttes de la solution de chlorure de platine et 20 gouttes de la solution de sulfate de zinc. S'il oubliait ses gouttes un jour, le lendemain il en prenait le double. Il mettait 500 grammes de sous-carbonate de soude dans ses bains.

Il a cessé tout traitement depuis le mois de juillet et peut faire maintenant son travail à l'atelier, comme ses camarades. Il ne s'est abstenu ni de boire, ni de fumer. Il consomme seulement pour deux sous de tabac au lieu de quatre. Pendant qu'il faisait son traitement, il allait à la selle régulièrement; maintenant la constipation tend à revenir.

La sensibilité de contact est normale (4 cent. des deux côtés); la sensibilité de piqûre est bonne, quoique un peu moindre à gauche.

Pr. droit : 50 kilogrammes. — Pr. gauche : 53 kilogrammes au lieu de 48 à droite et 45 à gauche avant le traitement. Notons, en passant, que le malade est gaucher pour porter les fardeaux.

Nous lui conseillons de reprendre son traitement, afin d'éviter les rechutes qui se sont produites déjà dans le mois d'octobre.

1er *janvier* 1884. — Il nous apprend qu'ayant été repris de sa sciatique, il a eu de nouveau recours à son traitement, et qu'il a été guéri en quinze jours.

Remarquons dans cette observation la difficulté de l'examen métalloscopique, en raison du polymétallisme; l'insuffisance des petites doses et la tolérance pour les doses élevées de sels de zinc et de platine qui ont amené la guérison; et enfin l'emploi, dans la recherche du métal, d'une solution de chlorure d'étain à 1/200e en injection hypodermique ayant déterminé, au niveau des piqûres, de la sensibilité pendant cinq jours et des nodosités qui ont mis plusieurs semaines à disparaître.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1886. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'hydrocèle. — M. DESPRÉS, à l'occasion de la communication de M. Reclus, sur le traitement de certaines variétés d'hydrocèle par l'incision des bourses et l'excision partielle de la vaginale, adresse une note dans laquelle il déclare n'avoir jamais eu d'accidents ni de récidives avec le traitement classique tel que l'appliquait Velpeau, la ponction et l'injection d'iode pure. En conséquence, il ne comprend pas qu'on propose une opération sanglante qui peut n'être pas sans danger, quand on possède un procédé aussi sûr, aussi inoffensif et aussi efficace.

M. RECLUS rappelle n'avoir parlé que de certaines variétés d'hydrocèles dans lesquelles l'incision des bourses et l'excision d'une partie de la tunique vaginale paraît indiquée. Il n'a jamais eu la prétention de vouloir, dans les cas simples, remplacer le traitement classique par cette opération.

M. MARC SÉE, pour les injections dans le traitement de l'hydrocèle, se sert d'une solution de chloral à 10 p. 100. Il injecte

environ 60 grammes de cette solution. Elle produit une certaine chaleur, mais qui disparaît rapidement. Le liquide se reproduit au bout d'un certain temps et finit par être complètement résorbé. M. Sée a obtenu un assez grand nombre de guérisons définitives par ce procédé.

Uréthrotomie interne. — M. GUYON, à l'exemple de la plupart de ses collègues qui ont pris part à la discussion, se déclare partisan de l'uréthrotomie interne; mais, pour lui, cette méthode, malgré sa valeur si grande, n'est que l'un des agents de la dilatation qui s'impose dans tous les cas soit comme unique traitement, soit pour compléter, maintenir ou reconquérir les résultats obtenus par l'uréthrotomie. Il pense que l'uréthrotomie interne doit être réservée aux cas complexes ou graves. Plus j'observe, dit-il, plus je suis disposé à trouver dans les complication non plus des contre-indications, comme on l'a souvent enseigné, mais des indications formelles et pressantes. Tels sont, par exemple, ces cas où des accès de fièvre répétés surviennent sous l'influence de la dilatation ou alors même que l'on n'a pas encore institué le traitement, et qui sont les indices très certains de lésions rénales menaçantes. Sous l'influence de l'uréthrotomie interne la fièvre cesse le plus souvent d'emblée.

Dans les cas où les lésions rénales sont anciennes et avancées dans leur évolution, sans état aigu, alors que la polyurie trouble, que la présence d'une énorme quantité de pus dans les urines, que les troubles digestifs, que l'état général témoignent d'une grave altération des reins, alors que des essais de dilatation ont profondément perturbé les malades, l'uréthrotomie interne a souvent permis à M. Guyon de modifier la situation de la façon la plus heureuse, et de procurer aux malades une survie de quelques mois ou même de quelques années.

Même dans les cas beaucoup moins favorables de néphrite aiguë avec petits foyers miliaires, la rétention d'urine complète ou l'imparfaite évacuation de la vessie peuvent encore conduire à l'uréthrotomie.

Mais l'uréthrotomie est surtout une opération excellente dans les cas simples, c'est-à-dire lorsque la section du rétrécissement est indiquée par sa résistance et non plus commandée par les accidents. Dans ces cas, la bénignité de l'opération est assurée par les conditions suivantes : réaliser d'abord l'antiseptie comme condition adjuvante favorable, inciser tous les points rétrécis, les inciser peu profondément, faire l'incision sur la paroi supérieure, placer une sonde à demeure et la laisser ouverte, la choisir de moyen et même d'assez petit calibre, suivant les cas, exiger toutes les précautions d'hygiène, de repos, de bonne température, etc.

L'uréthrotomie d'avant en arrière, telle que la conseille Maisonneuve, réalise, suivant M. Guyon, toutes les conditions désirables pour la section complète de tous les points rétrécis ; ce n'est que dans les cas où les rétrécissements offrent une résistance particulière, comme dans les traumatismes, par exemple, que M. Guyon complète les résultats en incisant d'arrière en avant avec l'uréthrotome de Civiale.

Les lames dont il fait presque exclusivement usage répondent aux n°s 21 et 23 de la filière Charrière. Plus petites elles seraient insuffisantes, plus larges elles pourraient inciser trop profondément. Il ne faut pas réitérer le passage de la lame qui ne doit couper qu'à l'aller et au retour; encore moins convient-il de « jouer du violon » dans l'urèthre, comme prétendait le faire un chirurgien doué d'une fantaisie artistique par trop grande.

Le passage de la sonde à demeure doit être tout particulièrement surveillé et peut être fertile en accidents graves.

M. Guyon a l'invariable habitude de passer la sonde sur conducteur et de toujours diminuer le volume de la sonde à la moindre résistance qu'il éprouve. Il attend presque toujours que la première quinzaine soit écoulée, quelquefois plusieurs semaines, si des circonstances particulières ou des accidents l'exigent. La sonde à demeure est d'ailleurs exempte d'inconvénients si elle n'est pas trop volumineuse, si son séjour dans l'urèthre ne dépasse pas vingt-quatre à quarante-huit heures et si elle est placée de manière que l'urine puisse s'écouler incessamment goutte à goutte, c'est-à-dire si elle est laissée ouverte.

M. Guyon donne ensuite la statistique de ses opérations, se bornant pour plus de précision à celles sur lesquelles il a conservé des notes exactes.

De 1867 à 1886, il a réuni le chiffre de 459 uréthrotomies, dont 446 pour des rétrécissements d'origine blennorrhagique et 13 pour des rétrécissements d'origine traumatique.

Dans l'immense majorité des cas, l'intervention a été d'une bénignité remarquable. Les malades se sont levés presque tous dès la première huitaine. L'écoulement sanguin a été presque toujours insignifiant; jamais il n'a donné des inquiétudes sérieuses. Une fois un malade a eu un abcès prostatique qui, d'ailleurs, ne l'a pas empêché de guérir rapidement. La fièvre, le plus souvent très modérée, n'a été observée qu'une fois sur trois.

Quant aux résultats éloignés, et particulièrement en ce qui concerne les récidives, M. Guyon ne nie pas qu'elles puissent se produire, il ajoute qu'elles sont même fatales si la dilatation progressive ne vient pas compléter la guérison. Aucune méthode ne met à l'abri de ces retours offensifs du rétrécissement abandonné à lui-même.

Sur les 459 opérés de la statistique de M. Guyon, 20 sont morts; mais l'honorable chirurgien établit péremptoirement que dans les trois quarts de ces cas l'issue funeste est imputable à des conditions absolument indépendantes de l'opération elle-même. Dans cinq cas seulement l'opération peut être incriminée, ce qui met la mortalité par le fait de l'intervention opératoire au chiffre de 1 1/2 p. 100.

Dans toutes les opérations très nombreuses qu'il a pratiquées en ville, M. Guyon n'a observé qu'un seul cas de mort, arrivé chez un enfant de cinq ou six ans, atteint de lésions préexistantes de la vessie et des reins, lésions très probablement organiques. M. Guyon fait observer que le chiffre de 1 1/2 p. 100 de mortalité à la suite de l'uréthrotomie interne est très supérieur à la réalité, car il ne fait pas figurer dans cette évaluation le chiffre total des uréthrotomies qu'il a pratiquées, tant en ville qu'à l'hôpital. En tenant compte de la totalité des cas, il pourrait dire qu'il a perdu, par le fait de l'opération, 6 malades sur 1000, et faire tomber ainsi la mortalité à 1/2 p. 100 seulement.

La mortalité imputable à l'opération est donc en réalité très faible; elle n'en impose pas moins à l'opérateur des devoirs très définis. Elle doit l'obliger à choisir avec le plus grand soin les cas auxquels l'opération est applicable, à se soumettre à toutes les précautions opératoires qu'exigent et les lésions si habituelles des reins et leur susceptibilité si grande chez les malades depuis longtemps rétrécis; elle lui commande enfin les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

En limitant ainsi à des catégories de cas l'application de l'uréthrotomie, en ne méconnaissant pas les dangers toujours réels des opérations pratiquées dans l'urèthre, quelles que soient ces opérations, M. Guyon se croit en droit d'affirmer avec ses collègues les précieux avantages de l'uréthrotomie interne. Aussi n'hésite-t-il pas à déclarer qu'elle a réalisé un très grand progrès chirurgical en mettant les chirurgiens à même de combattre, par une opération facile, simple, accessible à tous ceux qui voudront la pratiquer avec conscience et avec soin, des incidents ou des accidents qui ont souvent pour effet de compromettre la santé ou la vie des malades.

La discussion sur l'uréthrotomie interne est close.

Rectotomie. — M. RECLUS, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Périer, communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui avait été opéré par son interne, d'une fistule anale en apparence insignifiante. Après cette opération, ce malade rendant du pus par le rectum, M. Reclus l'examina attentivement et reconnut l'existence de tous les signes de la pédérastie chez ce garçon; il y avait un énorme clapier. M. Reclus incisa le rectum sur une grande étendue et les suites de cette opération furent des plus satisfaisantes.

Traitement des fractures du radius et du péroné par le massage. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** pensant que l'immobilisation des fractures n'est pas sans inconvénient, surtout chez les personnes âgées, et ayant remarqué, d'autre part, ainsi qu'il résulte d'un grand nombre d'observations, que certaines fractures guérissent très bien sans immobilisation, avait depuis longtemps abandonné les appareils. Les mouvements, en effet, ne s'opposent nullement à la réparation.

Aujourd'hui, M. Lucas-Championnière va plus loin et traite toutes les fractures du radius et du péroné par le massage. Celui-ci fait aussitôt cesser la douleur, assure la conservation parfaite des mouvements et ne s'oppose nullement à la réparation osseuse.

Il cite un grand nombre d'observations à l'appui de cette manière de voir. Voici le résumé de quelques-unes de ces observations :

1° Homme de cinquante-neuf ans, fracture du péroné, massage dès le lendemain; après quatre séances de massage et treize jours après l'accident, ce malade peut marcher; — 2° Homme de trente-cinq ans, fracture du péroné, massage, quitte l'hôpital onze jours après son entrée; — 3° Fracture de la malléole externe, sortie de l'hôpital huit jours après l'accident; — 4° Fracture de la malléole externe avec déchirure du ligament interne, massage, guérison quinze jours après, etc.

M. Lucas-Championnière croit pouvoir conclure de ces observations que l'immobilisation dans le traitement des fractures est souvent trop prolongée; que le massage assure la parfaite conservation des mouvements, sans entraver en rien la consolidation osseuse; qu'il supprime instantanément les douleurs et qu'il permet au membre fracturé de conserver l'intégrité de ses fonctions.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 29 juin 1886, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Fabre, médecin en chef de la marine, et Doué, pharmacien en chef de la marine;

Au grade de chevalier. — MM. Duchateau, médecin professeur de la marine; Chalmé, pharmacien professeur de la marine; Rebusat, Audibert, Maurin, Caradec et Boyer, médecins de première classe de la marine; M. Pain, médecin-major de la garde civique de Cayenne.

— Par décret, en date du 29 juin 1886, M. le docteur Ballay est nommé lieutenant-gouverneur du Gabon.

— M. Gestin, directeur du service de santé de la marine à Toulon, passe président du conseil supérieur de la marine à Paris. — M. Dugué de Bernonville, passe directeur de Paris à Cherbourg. — M. Bérenger-Féraud, passe directeur de Cherbourg à Toulon.

— *Concours d'agrégation (anatomie, physiologie et histoire naturelle).* — Les dernières questions orales données pour la leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre, ont été :

Anatomie et physiologie. — Jeudi 1er juillet, M. Nicolas : Terminaisons nerveuses, motrices et sensitives.

Histoire naturelle. — Vendredi 2 juillet, M. Barrois : De la valeur relative des caractères de la nutrition et de la reproduction pour la classification naturelle des êtres ; M. Nabias : Les mouvements spontanés et les mouvements provoqués chez les végétaux.

— Par arrêté préfectoral en date du 17 juin 1886, M. le docteur Outin, médecin-inspecteur des écoles de la deuxième circonscription du XXe arrondissement de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la première circonscription, en remplacement de M. le docteur Eymery, démissionnaire. — M. le docteur Dupré est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la deuxième circonscription du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Outin, transféré dans la première circonscription. — M. le docteur Sénac est nommé médecin-inspecteur des écoles de la cinquième circonscription du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Miguet fils, appelé à d'autres fonctions.

— Une exposition des collections de la mission scientifique Savorgnan de Brazza dans l'Ouest africain a été organisée dans les bâtiments de l'Orangerie du Muséum par les soins des professeurs et de tout le personnel scientifique de cet établissement. Cette exposition a été ouverte officiellement le 30 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, par M. Goblet, ministre de l'instruction publique, assisté de M. Xavier Charmes, directeur du secrétariat du ministère, et de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, en présence de M. Frémy, professeur-directeur et de la plupart des autres professeurs. La notice sur ces collections a été rédigée avec le plus grand soin par notre savant ami et collaborateur Émile Rivière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prat, décédé à Paris, le 27 juin 1886, dans sa soixante-cinquième année.

— La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mercredi 3 novembre 1886, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux. Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du lundi 19 juillet au samedi 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août 1886, dernier délai.

— Un concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1 000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1886 au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Gayet et Desplats, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice, du 28 juin au 31 juillet 1886.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un concours pour la nomination à un emploi de chef des travaux anatomiques, s'ouvrira le lundi 2 août 1886. L'inscription des candidats sera reçue jusqu'au vendredi 2 juillet prochain inclusivement, au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenoël, professeur d'accouchements et de maladies des femmes, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie (chaire transformée).

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur V. Quioc est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Cotton, préparateur adjoint de chimie générale, est chargé des fonctions de préparateur de chimie générale, pendant la durée du congé accordé à M. Martin, préparateur de chimie.

— Une médaille d'argent de première classe a été accordée à M. Rauzier, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier, pour son dévouement et ses services pendant l'épidémie cholérique de Pignans, en 1885 ; a déjà obtenu une médaille d'honneur pour sa belle conduite lors du choléra de 1884.

— Une médaille d'argent de deuxième classe a été accordée à M. Colignon, médecin de l'Hôtel-Dieu de Monaco, et à MM. les docteurs Gueirard et Reynaud, à Monaco, pour les secours portés, le 10 mars 1886, aux victimes de la collision de deux trains, survenue au lieu dit « les Moulins » entre les gares de Monte-Carlo et de Roquebrune.

Traité théorique et pratique d'obstétrique et chirurgicale, par les docteurs Robert Barues et Faucourt Barues. Traduit et annoté par le docteur A.-E. Cordes. 1 vol. in-8° avec 180 figures. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19764.

74

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

170

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

77

SIROP DE SULFATE DE SPARTÉINE

Préparé par A. HOUDÉ,
Lauréat de l'Acad. de méd. (*Prix Orfila*).

Le **Sirop de Sulfate de Spartéine** possède la propriété de relever le cœur et le pouls, de régulariser et renforcer le rythme cardiaque et d'accélérer les battements; il est donc indiqué dans les cas de **myocardites, arrhythmies et besoins circulatoires.**

DOSAGE. — 20 gr. renferment 2 centigr. de sel.

MODE D'EMPLOI. — *2 à 5 cuill. à bouche par jour; soit de 4 à 10 centigr. de Sulfate de Spartéine.*

DÉPÔT. — Phie A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris, et Pharmacies.

15

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'aprés l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédalif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

52

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences .— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

12

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote; 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreusses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : *5* francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR
CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

2, rue des Lombards et toutes pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine.**

25

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

99

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes*, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café Elixir de Boldo-Verne. — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, **tient** à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

72

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du DrFuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 78. — MARDI 6 JUILLET 1886. 59e ANNÉE. MARDI 6 JUILLET 1886. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du pincement préventif et du pincement définitif des vaisseaux dans les opérations chirurgicales.

Lorsque, il y a douze ans, deux de mes internes les plus distingués, MM. Deny et Exchaquet, publièrent sous forme de monographie, reproduite dans le tome IIe de nos *Cliniques chirurgicales*, l'exposé de notre méthode de pincement des vaisseaux, ils montrèrent tout le parti que nous en avions tiré depuis une dizaine d'années pour obtenir non seulement l'hémostasie temporaire mais encore l'hémostasie préventive et l'hémostasie définitive.

A cette époque, c'est à peine s'ils avaient trouvé dans la science quelques observations où le pincement des vaisseaux avait été fait par nécessité, soit à titre temporaire, soit à titre définitif. Les nombreuses observations qu'ils recueillirent à cette époque dans notre pratique suffisaient pour attester tout le parti que les chirurgiens pourraient tirer de cette méthode d'hémostasie le jour où ils voudraient l'appliquer. Depuis lors nous n'avons cessé, dans nos leçons cliniques, dont quelques-unes ont été publiées, d'insister sur les ressources qu'elle peut donner, et nous ne craignons pas de dire que, grâce aux faits que nous avons exposés sous les yeux d'un nombre considérable de médecins français et étrangers, le pincement est devenu une méthode courante. Nous ne parlerons aujourd'hui que des services que celle-ci a rendus pour le pincement préventif et pour le pincement définitif au cours et à la suite des opérations.

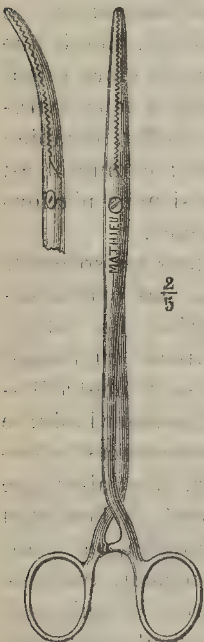
Comme l'ont fait observer Deny et Exchaquet, pour pratiquer ce double mode de pincement, il faut se servir d'instruments dont la longueur, la forme, la courbure, la disposition des mors soient appropriées à la région ou à l'organe sur lesquels on opère. Il en résulte que nous avons été obligés de faire construire par nos plus habiles fabricants d'instruments de chirurgie, Mathieu et Mariaud en particulier, un nombre presque infini de modèles de pinces dont les plus usuels sont figurés, sous notre nom, dans leurs catalogues. C'est ainsi, par exemple, que pour le pincement préventif des régions membraneuses qui peuvent être aisément saisies sur les deux faces, telles que les paupières, les ailes et la cloison du nez, les joues, les lèvres, le palais, la langue, le pharynx, l'œsophage, le rectum, la vulve, le vagin, l'utérus, l'urèthre, les ligaments larges, l'intestin, l'estomac, la rate, en général toutes les tumeurs pédiculées ou susceptibles d'être pédiculisées doivent être saisies avec des pinces droites ou courbes sur le plat ou sur le champ. Le volume de ces pinces, la longueur et la forme de leurs mors doivent être naturellement proportionnés à l'épaisseur et à la longueur des parties à pincer. On comprend par exemple qu'elles seront plus courtes lorsqu'il s'agira de saisir les paupières, les lèvres, la cloison du nez, les grandes et les petites lèvres, la luette, l'œsophage, le pharynx, que lorsqu'il s'agira de saisir les cloisons recto ou vésico-vaginales, l'utérus, les ligaments larges, l'intestin, l'estomac ; que sur ces derniers organes les mors des pinces devront être garantis par une enveloppe molle d'amadou ou de caoutchouc pour ne pas produire de blessures, tandis que si les organes sont plus épais il faudra que les mors soient rayés, au besoin armés de dents et piquants à leur extrémité comme pour la langue. On sait, en effet, combien cet organe est vasculaire et peu résistant ; comme il est épais, les pinces glisseraient à sa surface si nous n'avions pas pris soin de les construire en conséquence.

Les avantages du pincement préventif, dans ces sortes de cas, ont été singulièrement appréciés par les opérateurs français et étrangers depuis quelques années. Ils ont vu qu'en empêchant le sang d'arriver aux tissus qu'il s'agit d'inciser ou d'exciser, ils parvenaient non seulement à économiser ce précieux liquide, mais encore à abréger la durée des opérations et pouvaient en maintes circonstances les terminer à sec, ce qui est non moins précieux. C'est ainsi que pour une opération qui nécessite l'avivement ou l'excision des lèvres, des joues, des paupières, de l'intestin, de l'estomac, des kystes traités par suppuration, on peut, avant de retirer les pinces, fermer la plaie par suture et obtenir ainsi un affrontement direct et régulier qui devient à son tour hémostatique. Il en est de même pour la langue : lorsque l'on se contente d'enlever une portion dégénérée de cet organe, il suffit de placer convenablement les pinces suivant les règles que nous avons tracées ; on peut ainsi non seulement enlever la portion malade sans crainte d'hémorrhagie, mais encore suturer les bords opposés de la plaie, de façon à permettre ensuite de retirer les pinces ; car la suture, si les anses sont bien disposées, est à son tour suffi-

sante pour assurer l'hémostase; comme nous l'avons montré par un très grand nombre de faits.

S'agit-il de réséquer une portion plus ou moins étendue du vagin, d'enlever l'utérus, d'exciser une tumeur plus ou moins pédiculée, développée à l'intérieur ou à l'extérieur de cet organe, de saisir l'épiploon adhérent, le pédicule d'un kyste de l'ovaire, du ligament large ou d'un autre organe pelvi-abdominal, il faut se servir de pinces à branches plus longues, plus fortes, à crémaillère longue, puissante, à mors également longs, droits ou courbes sur le plat, souvent courbes sur le côté. Ces pinces doivent être naturellement placées immédiatement au-dessous ou en dehors des tissus que l'on veut enlever; il est vraiment remarquable comme nous l'avons autrefois indiqué, de voir avec quelle rapidité on peut, de la sorte, exciser la totalité du vagin ou du rectum, le col ou le corps de l'utérus, les kystes de l'ovaire ou des ligaments larges et des autres viscères, sans crainte que le pédicule n'échappe ni ne saigne.

Les pinces, appliquées sur les ligaments larges par la plaie péritonéale postérieure, outre qu'elles sont excellentes pour l'hémostasie préventive, constituent un point d'appui pour attirer le corps de l'utérus au dehors en le faisant pivoter sur lui-même. A ce moment il faut les remplacer par d'autres pinces semblables, à mors longs et courbes, qui servent soit à faire le pincement définitif, soit à mettre des ligatures perdues. Nous ne laissons ces pinces en place que si l'intestin ne tend pas à faire hernie par la plaie péritonéale ou si la surface d'implantation de la tumeur utérine est large, profonde, difficile à lier; dans le cas contraire, nous préférons lier séparément en deux moitiés chaque ligament et fermer avec soin la plaie péritonéale avec des anses métalliques qui comprennent à la fois les tuniques et les ligaments divisés. Grâce à ces précautions, nous n'avons jamais eu d'hémorrhagies primitives ou secondaires dans les nombreuses hystérectomies vaginales que nous avons pratiquées.



Entre l'hémostasie préventive et l'hémostasie définitive, il y a, comme on le voit, de nombreux rapprochements. En effet, lorsque la région le permet, il suffit de laisser pendant quelques minutes, quelques heures, comme nous l'avons dit autrefois, les pinces en place pour qu'il n'y ait plus à redouter d'hémorrhagies ultérieures. C'est ce qui se voit lorsqu'on agit sur le rectum, le vagin, l'utérus; nous avons pu maintes fois de la sorte enlever tout ou partie de ces canaux sans avoir besoin de changer les pinces de place; toutefois lorsqu'il s'agit d'enlever l'utérus, en partie ou en totalité, il est bon de se servir des pinces courbes sur-le-champ, que nous avons fait construire, il y a quelques années, par M. Mathieu à cet effet; ces pinces, dont nous reproduisons la figure ci-dessus, doivent avoir la branche postérieure un peu plus longue afin qu'elles conservent leur parallélisme une fois qu'elles ont fortement pincé le ligament large. S'il s'agit de tumeurs superficielles ou d'organes minces, comme le cordon ou le hile du rein par exemple, on peut se servir des pinces hémostatiques droites ou courbes du petit modèle.

Si, au contraire, le pédicule de la tumeur offre un volume important, ou si l'organe à enlever est épais, comme la langue, ces pinces seraient insuffisantes; aussi lorsqu'on veut enlever cet organe en totalité, il faut avoir soin, pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie, de se servir de celles qui sont garnies de dents, afin qu'elles ne s'échappent pas.

L'utilité de cette méthode, qui avait été si froidement accueillie il y a une vingtaine d'années, a été si bien démontrée depuis nos publications que, chaque jour, les chirurgiens nous font connaître les bons résultats qu'ils en obtiennent, et nous sommes heureux de voir qu'ils parviennent à compter des succès de plus en plus nombreux, en se servant de nos instruments et en vulgarisant notre méthode.

SUR LE ROLE DE LA DISSOCIATION EN BIOLOGIE

Par M. le docteur BIASSE.

A certains moments de son existence, un organisme ne dépense pas tous les matériaux qu'il emprunte au milieu extérieur, il emmagasine alors l'excédent dans certains de ses tissus; il s'est ainsi constitué une réserve : ainsi le glycogène dans le foie, la graisse dans le tissu conjonctif (chez les animaux hibernants principalement), les matières grasses dans les graines oléagineuses, l'amidon dans les graines amylacées et dans certains tubercules, etc.

A d'autres moments, soit que les matériaux empruntés au milieu extérieur soient insuffisants, soit, ce qui revient au même, que la dépense s'exagère, les réserves fournissent l'appoint nécessaire pour équilibrer la recette et la dépense.

Chez les végétaux, les notions de sève ascendante et sève descendante, en quelque sens qu'on les envisage, ne peuvent nous permettre de résoudre la question. Il faudrait pour cela que les réserves fussent soumises à une loi fixe qui règle l'emmagasinement pendant une période et la dépense pendant une autre.

C'est bien ainsi que les choses ont l'air de se passer; mais, en réalité, cela se passe autrement. Dans l'avoine, par exemple, on constate, depuis le pied jusqu'à la base de la panicule, une proportion croissante de matières hydrocarbonées. Vient-on, comme l'a fait M. Dehérain, à enlever le sommet de la tige, on ne tarde pas à constater une marche inverse des éléments hydrocarbonés; la vieille tige se vide aux dépens d'une tige nouvelle à laquelle elle donne naissance.

Il en est de même pour la betterave. Dans la première année, la betterave emmagasine du sucre; dans la seconde, elle dépense ce sucre pour former des fleurs et des graines. Cependant ceci n'est pas une règle absolue; pendant la première année, si l'on vient à couper les feuilles en tout ou en partie, la formation des réserves s'arrête, celles qui ont été accumulées jusqu'alors repassent à l'état soluble et cheminent jusqu'au bourgeon qui emploie ces matériaux pour former une nouvelle feuille.

Comment la racine a-t-elle conscience de cette mutilation et comment le phénomène d'accumulation, dont elle était le siège, fait-il immédiatement place au phénomène inverse?

C'est ici que les notions de dissociation me paraissent fournir un enseignement utile.

Quand on fait agir la diastase de malt sur l'amidon cru, cet amidon est transformé en glucose, mais l'action s'arrête dès qu'une proportion assez minime de glucose a pris naissance, pour recommencer si ce glucose trouve une issue qui lui permette de sortir du cercle de la réaction, ce que j'ai réalisé en enlevant par dialyse le glucose au fur et à mesure de sa formation. Ceci ressemble en tous points aux phénomènes de dissociation. Dans certaines conditions que je n'ai pu encore définir, le glucose doit donc se transformer en amidon.

Ces expériences ont été faites *in vitro*, mais des expériences physiologiques faites récemment par M. Cuboin nous prouvent

qu'il existe une analogie parfaite entre mes conclusions et les résultats du savant professeur.

L'amidon de feuille disparaît totalement quand on met ces organes à l'obscurité. Or il n'en est plus de même si on a rompu la continuité entre les feuilles et le reste de la plante, en faisant une incision annulaire intéressant le liber mou. Dans ces conditions, M. Cuboin remarque que l'amidon ne se dissout plus, bien qu'il se trouve toujours en présence du ferment diastasique dont j'ai constaté la présence dans toutes les feuilles qui contiennent de l'amidon. Le glucose formé, ne pouvant plus par dialyse se disséminer dans la plante entière, sa présence a mis obstacle à la dissolution totale de l'amidon.

Nous concevrons ainsi ce qui se passe dans un pied de pomme de terre par exemple. Dans le tubercule, l'amidon se transforme en sucre jusqu'à ce que la plante entière en renferme une certaine quantité, puis la dissolution de l'amidon s'arrête, quand la tension de transformation est atteinte. Admettons qu'un bourgeon vienne à pousser, le sucre qui se trouve en ce point se transforme en cellulose; l'équilibre tend à se rétablir par de nouveaux apports de sucre en ce point, l'appauvrissement se communique de proche en proche jusqu'au tubercule, où l'amidon se transforme jusqu'à ce que la tension de transformation soit de nouveau établie.

Inversement si la quantité de sucre vient à surpasser le dernier travail en un point, cette augmentation se répartit dans toute la plante, le tubercule transforme en amidon le sucre contenu dans ses cellules jusqu'à ce que la quantité qu'elles renferment soit redevenue égale à la tension de transformation. Les conditions de ce phénomène inverse n'ont pas encore pu être fixées. Mais j'en ai observé un du même ordre dans le cas de la betterave.

On voit alors le sucre s'emmagasiner dans la racine, ou abandonner la racine pour se disséminer dans la plante entière suivant que la quantité de sucre qui existe normalement dans les feuilles devient supérieure ou inférieure à une limite que j'ai assimilée à une tension de dissociation. En résumé, l'accumulation et l'utilisation des réserves me paraissent régies par les lois de la dissociation ou de la transformation, et par conséquent ne dépendre que d'un phénomène physique causé par l'excès ou le défaut d'une substance en un point.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 juin 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Bactériologie du chalazion. — M. PONCET, en réponse à la communication de M. Vanaux sur l'absence de parasites dans le chalazion, montre des préparations se rapportant à des kératites à hypopion produites par l'inoculation du liquide de culture de la matière du chalazion. Les microbes s'y trouvent en gros amas, reconnus par M. Vanaux lui-même.

Il montre aussi l'épithélium pavimenteux de la substance sébacée, traité par l'éther et la méthode de Gramme. Les éléments sont criblés d'un piqueté bleu foncé, et quand ces granulations se détachent de l'épithélium et qu'ils sont isolés, leur nature parasitaire, les microcoques sont faciles à reconnaître.

M. Poncet a étudié surtout la substance sébacée qui se trouve dans le chalazion, les loupes et tous les kystes sébacés; c'est elle qui contient principalement le microcoque sur l'épithélium. Dans les éléments embryonnaires, les leucocytes, il sera toujours difficile de faire la part des microbes et de la division du noyau.

Mais soutenir aujourd'hui qu'une affection qui évolue à la suppuration n'est pas parasitaire, peut être considéré comme une hérésie physiologique, car qui dit pus dit parasite.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, au nom de la Société, adresse à M. Brown-Séquard ses félicitations à l'occasion de son élection à l'Institut.

M. BROWN-SÉQUARD remercie la Société.

Action physiologique de la piliganine. — M. LABORDE présente une note de M. Bardet sur l'action physiologique de la piliganine, un des alcaloïdes du piligan. C'est un poison convulsivant qui jouit d'un pouvoir éméto-cathartique puissant.

M. BROWN-SÉQUARD dit que cela est très intéressant, car on sait que les poisons convulsivants n'ont aucune action sur le tube digestif. C'est donc une exception.

M. GRIMAUX fait observer qu'il faut distinguer : c'est avec la piliganine (alcaloïde) qu'on a obtenu les effets convulsivants; mais comme les effets gastro-intestinaux ont été obtenus avec l'infusion du piligan, rien ne prouve que dans cette infusion soit contenu l'alcaloïde, et que les accidents ne soient pas dus à l'action de toute autre chose, d'un autre alcaloïde, par exemple, renfermé dans la même plante.

Ectopie cardiaque. — M. LABORDE présente le cadavre d'un cobaye qui était atteint d'une ectopie cardiaque. Il a pu, sur cet animal, faire des recherches intéressantes. Pour aujourd'hui, il se borne à montrer des tracés indiquant une similitude complète.
entre la révolution cardiaque du cobaye, du cheval et de l'homme.

C'est une réponse à ceux qui refusent toujours de conclure de l'animal à l'homme, en matière de physiologie.

La séance est levée.

Séance du 3 juillet 1886. — Présidence de M. Pouchet.

COMMUNICATIONS

Hématologie. — M. MALASSEZ présente une série d'appareils; c'est d'abord un colorimètre destiné à examiner de très petites quantités de sang. Cet appareil contient une échelle colorimétrique permettant de constater immédiatement la quantité d'hémoglobine contenue dans le liquide examiné.

Il présente ensuite deux cuves disposées pour des examens spectroscopiques. L'une de ces cuves permet d'apprécier l'épaisseur du liquide. Il met enfin sous les yeux de la Société deux échelles destinées à placer des pièces microscopiques ou des plaques à cultures.

Tératologie. — M. POUCHET présente une note de M. Chabry (de Concarneau) relative à des monstres ne représentant qu'une moitié latérale de l'embryon. Jusqu'ici, on ne connaissait que des monstres représentant la moitié supérieure ou la moitié inférieure du corps. M. Chabry est arrivé à produire à volonté des monstres hémilatéraux. C'est sur des ascidies qu'il a fait ces intéressantes expériences qui consistent à tuer la moitié droite ou la moitié gauche du vitellus à une certaine période connue sous le nom de stade 2. C'est la première fois qu'un pareil résultat est obtenu en tératologie.

Suggestion. — M. RICHET communique un cas de guérison d'un rétrécissement spasmodique de l'urèthre par suggestion hypnotique, par M. Ramey, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Saint-Martin. Ce malade avait subi sans succès l'uréthrotomie interne. Il s'agissait d'un hystérique hypnotisable.

Tænia nana. — M. BLANCHARD fait une communication sur un parasite de l'homme qui est très rare. Il s'agit d'un tænia nana. Il rapporte l'observation d'une fillette de sept ans qui, en cinq fois, a rendu 250 de ces tænias.

Sur le rôle de la dissociation en biologie. — M. BIASSE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 622.)

Chalazion expérimental. — M. BOUCHERON parle de la récolte et de la culture des microbes du chalazion. Il indique que c'est dans les chalazions tout récents que se trouve le microcoque à son maximum d'activité. Dans les chalazions anciens, le microbe est atténué. Il arrive même un moment où le microcoque meurt comme dans les cultures artificielles.

Pour étudier ces microcoques d'activité diverse, il faut en remonter l'activité ou virulence par des cultures successives suivant la méthode de Pasteur. Avec les cultures rendues ainsi très actives, on reproduit des chalazions parfaitement caractérisés. Avec les microbes atténués, les expériences sont de moins en moins nettes.

Injectés dans la circulation générale, les microcoques actifs tuent l'animal en un certain temps avec des néphrites corticales ou médullaires. Enfin ils se cultivent dans les articulations, les séreuses, le péricarde, la plèvre. C'est là le substratum anatomique de la donnée clinique qui fait de ce microcoque et de l'acné meïbomien une affection arthritique.

Le traitement peut alors être basé sur ces données pathogéniques.

La Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXV

Jules Linder. — Conseiller de préfecture à Auch. Entomologiste passionné; nous étions en relations scientifiques depuis neuf ans, lorsqu'il vint me voir le 16 juillet 1859 : vingt-sept ans, taille avantageuse, jolie figure, tournure élégante, toilette soignée, esprit agréable, musicien, voix délicieuse. Le lendemain, il partit pour Bayonne afin de visiter la grotte d'Isturitz à la recherche de coléoptères aveugles. Il revint en octobre et eut un grand succès de salon à Fleurus, résidence de mon ami le baron Le Roy, sénateur, préfet de la Seine-Inférieure.

M. Lenormand, de Vire (Calvados). — En juin 1861, ce généreux correspondant m'adressa une riche collection de thalassiophytes (algues marines et conferves) : cette belle série, qui comprend plus de 600 espèces toutes dénommées, mérite son classement définitif dans mon herbier.

MM. Lacordaire (de Liège) et de Bonvouloir (de Paris). — Me firent visite le 26 août 1861, du matin au soir. M. Lacordaire, frère du célèbre dominicain, est professeur et directeur de l'Université de Liège, entomologiste de haute valeur, très versé dans les diverses sciences, aimable narrateur : soixante ans, taille ordinaire, tête chauve, teint brun, physionomie expressive. Il vit avec intérêt des chinoiseries rapportées par mon fils; je lui ai donné plusieurs coléoptères soit de la Chine, soit de la Nouvelle-Calédonie. Il se rend à Sorrèze auprès de son frère très malade, et de là au port de Toulon où l'un de ses fils va s'embarquer pour la Cochinchine.

M. le comte de Bonvouloir, jeune coléoptériste parisien, taille avantageuse, cheveux noirs, nez saillant, manières distinguées, grande fortune : venu de Bagnères-de-Bigorre, où il réside avec sa mère.

M. l'abbé Dupuy. — Professeur d'histoire naturelle au petit Séminaire d'Auch. Vient passer la journée du 22 octobre 1861 : cinquante-sept ans, taille moyenne, tendance à l'obésité, strabisme, fort instruit en histoire naturelle, conchyliologiste renommé, a enrichi ma bibliothèque de son bel ouvrage sur les *Coquilles terrestres et fluviatiles de la France*. En 1843, nous fîmes ensemble la course du lac Bleu, près Bagnères-de-Bigorre.

Victor Reboud (de Grenoble). — Médecin militaire, botaniste passionné. Depuis 1855, j'ai entretenu des relations scientifiques avec cet ancien camarade de mon fils : il a résidé longtemps dans des postes de l'Algérie très rapprochés du Sahara, particulièrement à Djelfa : il m'a fait plusieurs envois de plantes et d'araignées, sa correspondance est toujours très instructive.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 553.

MES EXCURSIONS SCIENTIFIQUES AUX PYRÉNÉES [1816-1863] (1).

1861. — *Canigou.*

Du 22 juin au 15 juillet, j'exécute le projet dès longtemps conçu d'aller à Perpignan, chez mon ami le général Alfred Durieu, commandant la division militaire, et de faire l'ascension du Canigou. Pour rassurer ma famille contre les témérités de mes quatre-vingt-un hivers révolus, je devais partir de Saint-Sever avec mon jeune ami Linder, le brillant conseiller de préfecture qui venait de passer d'Auch à Arras. Il m'informa qu'il ne pouvait pas venir de quelques jours. L'ami plus mûr, L.-J.-L., toujours dévoué, instruit de mon embarras, vint s'offrir pour être mon compagnon, mon intendant, jusqu'à Narbonne.

Nous séjournâmes deux jours dans l'antique chef-lieu de la Narbonnaise où je fis la connaissance de M. Mangeret, directeur du télégraphe et botaniste, aussi instruit qu'aimable. Nous fîmes une longue excursion à l'île de Sainte-Lucie, renommée par ses *Statice*. Je fis une ample moisson de plantes bien dénommées par mon obligeant cicerone. Le jour suivant, L.-J.-L. reprit la voie ferrée vers Bordeaux. M. Mangeret mit le comble à ses bontés en m'accompagnant jusqu'à Perpignan. A la gare, la calèche du général m'attendait et me conduisit à l'hôtel de la division.

Le surlendemain de mon arrivée, je fis avec le général et sa femme une excursion en voiture à Collioure et Port-Vendres; nous déjeunâmes à Elne, l'antique Illiberis, fondée, dit-on, par les Phéniciens, sous les murs de laquelle Annibal fit camper son armée forte de 80000 hommes d'infanterie et de 12000 cavaliers, l'an de Rome 556. Cette vénérable cité prit plus tard le nom d'Helena, mère de Constantin, d'où son nom actuel. Nous visitâmes l'admirable cloître (XIIe au XVe siècle).

A Port-Vendres, je fis la connaissance personnelle du docteur Penchinat, avec lequel j'avais eu des relations épistolaires; nous herborisâmes ensemble aux environs. Mes souvenirs se reportèrent au temps déjà lointain (1850) où mon fils Gustave et Laboulbène se rendirent à Port-Vendres pour y faire, dans l'intérêt de mon scalpel, la chasse au *scorpio occitanus*, dont ils me rapportèrent cinquante individus vivants. Je les disséquai successivement et ils devinrent la base de mon *Anatomie des scorpions* honorée d'un prix Montyon et imprimée aux frais de l'Académie des sciences. Durant mon séjour à Perpignan, je visitai ses monuments, la cathédrale Saint-Jean, le petit château de construction mauresque appelé Castillet, la citadelle assez vaste pour contenir 2000 hommes. Du haut du donjon que nos rois et les rois d'Espagne ont tour à tour élevé, on jouit d'une admirable perspective sur le damier de culture que forment les riches plaines du Roussillon. La *pépinière* publique qui s'étend le long des rives de la Têt; le *Musée d'histoire naturelle* qui avait été organisé par mon ancien correspondant, le docteur Companyo. Aux environs de la ville, je parcourus le beau domaine de M. Durand, agriculteur intelligent, qui a su tripler le produit de ses terres en créant un bon système d'irrigations. Le préfet du département, M. J.-S., donna un splendide festin à mon occasion, il convia toutes les notabilités de la région : j'y rencontrai le professeur Fabre, de l'École de médecine de Montpellier, que j'avais reçu à Saint-Sever dans sa tournée des jurys médicaux.

Je pris mes dispositions pour l'exécution de mon projet d'ascension au Canigou; pendant que le général et sa femme se rendaient aux thermes de Molitg (eaux sulfureuses), je partis de Perpignan par la diligence qui, tous les jours, fait le service du Vernet. Je quittai la voiture à Prades où je passai la nuit. Deux souvenirs motivaient ma halte : Prades est la patrie d'une famille Castelnau qui avait résidé près de trente ans à Saint-Sever et dont le chef était directeur de l'enregistrement et des domaines. Le fils aîné, Henri Castelnau, est un de nos officiers supérieurs les plus distingués, aide de camp de l'empereur. Je savais que la tante du colonel habitait Prades, je l'avais vue à Saint-Sever,

(1) Voir — pour les années 1816-1844 — *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 373.

j'allai lui faire ma visite et nous pûmes converser du passé et des trépassés; j'avais jadis entretenu des relations et des échanges botaniques avec M. Coder, pharmacien, dont le nom est souvent cité dans la Flore de Lapeyrouse; je cherchai et je trouvai sa maison. Mais hélas! le botaniste était mort depuis deux ans, et le fils ne s'adonnait qu'à la drogue.

Dès l'aube matinale, j'allai *solus mecum* parcourir une colline calcaire peuplée d'oliviers et de vignobles; j'y cueillis de nombreux et beaux échantillons d'*Helychrysum angustifolium*, plante de souvenir pour moi : elle me rappelait qu'en 1810, pendant mon séjour à Mora de Ebro, je la rencontrai pour la première fois dans une localité de la basse Catalogne analogue à celle de Prades. Je rentrai de cette herborisation matinale assez à temps pour arranger mes modestes conquêtes et m'insérer dans la diligence qui me conduisit au Vernet, village d'un millier d'habitants, situé à 620 mètres au-dessus du niveau de la mer. Je pris une chambre au rez-de-chaussée du grand établissement des thermes. Les eaux sulfureuses du Vernet (boissons, bains, douches, etc.), ont acquis une plus grande célébrité depuis que le professeur Lallemand (de Montpellier) y avait traité avec éclat une altesse musulmane, Ibrahim-Pacha. Je fis la connaissance du médecin-inspecteur, le docteur Piglowski.

Le surlendemain de mon installation, je vis enfin arriver l'infidèle Linder, auquel j'octroyai le pardon. Il ne tarda pas à faire la connaissance d'un jeune Parisien, M. Saget, chanteur aimable, qu'il me présenta. Nous organisâmes pour le jour suivant notre escalade du Canigou.

Le récit de cette ascension a été inséré, à mon insu, dans le *Journal des Pyrénées Orientales* du 10 juillet, et je soupçonne l'amabilissime préfet d'en être l'auteur. Le *Moniteur* du 15 juillet a reproduit l'article qui me fut envoyé par un ami : cela me dispense de faire ici ma relation quoique le susdit récit soit très incomplet excepté pour les éloges qui me sont prodigués.

Du Vernet, je partis pour Molitg avec MM. Linder et Saget afin de passer la journée avec le général et le préfet. Le baryton et le ténor cédèrent à nos instances pour chanter au Vauxhall et nous enchantèrent. Le village de Molitg, situé à 630 mètres, est de triste apparence; la route en spirale qui le précède ne manque pas de pittoresque; les sources thermales sulfureuses jaillissent d'une masse granitique, près de l'embouchure du torrent de Riel dans la Castellane.

Le lendemain, nous allâmes à Montlouis, distant de 50 kilomètres : on fit halte, dans l'intérêt de l'entomologie, au fort de Villefranche. Linder s'enfonça dans les souterrains pour la recherche des coléoptères aveugles; il rapporta un bon nombre d'*adelops meridionalis* dont j'eus ma part.

La marche vers Montlouis continua *lento gradu* par une belle voie tracée par les ouvriers du génie et de l'artillerie sur les flancs montueux; ses sinuosités et la perspective des villages disséminés rendent cette route très pittoresque.

La ville forte de Montlouis est située sur un rocher escarpé, à 1 513 mètres de hauteur; sa population n'est que de 746 âmes pour toute la commune; mais sa position au pied du col de la Perche, qui commande l'entrée de l'Espagne, et l'étendue de ses fortifications en font une place de guerre importante; c'est une des œuvres de Vauban. Montlouis est la ville de garnison la plus élevée et la plus froide de France; Briançon est à une altitude moindre de 200 mètres.

Nous descendîmes au plus confortable des deux hôtels de Montlouis, et, après avoir commandé le repas pour le soir, nous allâmes explorer les vastes pelouses alpines qui s'étendent à l'ouest de la place; dans ma récolte botanique, je ne comptai qu'une seule conquête, l'*Orthotrichum cupulatum*, modeste mousse que je cueillis pour la première fois de ma vie et qui sera dans mon herbier le souvenir de Montlouis.

Le lendemain, après une herborisation peu fructueuse et un solide déjeuner, nous reprîmes en voiture la route du Vernet; décidé à entreprendre le retour à Perpignan par la voie aventureuse des montagnes, j'expédiai du Vernet par la diligence le gros de mon bagage.

A l'aube du jour, le 12 juillet, nous étions à cheval, le colonel du génie Boissonnet, Linder et moi, avec deux guides dont l'un, Michel Nou, notabilité des guides de la contrée, qui m'avait accompagné au Canigou, fut exclusivement attaché à mon service personnel et ne me perdait jamais de vue.

Au sortir du Vernet, on remonte la rive droite du torrent, on passe à Castell, non loin des ruines de l'abbaye de Saint-Martin de Canigou, on s'élève jusqu'au *Col du cheval mort* d'où l'on aperçoit le *Pic des sept hommes*, l'un des premiers contreforts du Canigou; on laisse le col à droite, pour prendre le chemin qui mène au *Pla de Guillem*. Nous fîmes la halte du déjeuner sur la vaste pelouse qui a des habitants, malgré ses 1850 mètres de hauteur, et d'où l'on jouit d'un admirable panorama sur les hautes montagnes qui forment la ligne de partage entre la vallée de la Têt et celle du Tech et sur la province espagnole de l'Ampourdan.

Nous bouleversâmes pendant une heure rocailles et blocs de marbre blanc pour chercher un rare *charançonite* que nous ne trouvâmes point. Nous reprîmes l'ascension équestre jusqu'à la crête séparative des deux versants du Vernet et de la Preste, ou des bassins de la Têt et du Tech.

Arrivé sur cette crête et regardant à mes pieds, ou plutôt aux pieds de mon cheval, je vis que j'étais sur le limbe d'un abîme sans fond, et d'un escarpement long et abrupt, sans le moindre vestige de végétation; étant chef de file, je ne sourcillai point, et, après un court colloque avec Michel, je mis toute ma confiance dans la sûreté garantie de ma monture et je criai : « En avant. » Le colonel et Linder, qui avaient prudemment mis pied à terre, voyant la tête blanche de la caravane affronter la descente à cheval, remontèrent sur leurs bucéphales et suivirent pensifs mon exemple; nous admirâmes la circonspection, la souplesse des reins et l'étonnante solidité de ces braves animaux qui nous transportèrent sains et saufs au bas du terrible escarpement; d'en bas nous l'envisageâmes avec quelque orgueil. Nous arrivâmes bientôt aux thermes de la Preste. Je ne connais rien de plus sauvage, de plus sinistre que le lieu où cet établissement est perdu pour ainsi dire au milieu de sombres rochers; je visitai les quatre baignoires et la buvette d'eau sulfureuse qui constituent ces bains, fréquentés surtout par les malades de la Catalogne. Pendant mon exploration médicale, Linder avait remonté le Tech avec un guide pour visiter, la torche à la main, la belle grotte *den Britchot*, où il prétend avoir trouvé trois individus seulement d'un *Adelops* nouveau. Nous continuâmes la descente du cours du Tech pour aboutir, par un chemin rapide et pierreux, à Prats de Mollo, village fortifié, bâti en amphithéâtre à 800 mètres au-dessus de la rive gauche du Tech : aux approches de ce village, nous retrouvons la culture et les habitations qui manquent totalement dans les déserts montueux que nous venions de traverser. Au lieu de passer une nuit de repos bien gagné à Prats de Mollo, je me laissai persuader par mon jeune compagnon Linder qu'il était préférable de continuer vers Perpignan par Amélie-les-Bains; il avait cherché et trouvé un véhicule avec une seule rossinante; je fis mes adieux au bon colonel et aux guides et, de six heures du soir à l'aube, par une nuit des plus ténébreuses, la maudite carriole nous transporta contus et moulus à la dernière station thermale d'Amélie-les-Bains.

J'eus à peine le temps de déjeuner sommairement et de visiter à la course le somptueux établissement militaire qui vient d'être achevé. Nous complétâmes le nombre des voyageurs de la diligence qui nous emporta bon train vers le chef-lieu des Pyrénées-Orientales. Je trouvais enfin, sous le toit hospitalier du général, la restauration physique due à mes fatigues diurnes et nocturnes. Le 13, je partis pour Narbonne où mon volage compagnon me délaissa; il continua vers le nord, où quelque aimant l'attirait.

L'obligeant M. Maugeret était parti pour une nouvelle destination; sans me laisser abattre par cet incident, je déjeune confortablement, je mets en ordre mes trouvailles botaniques et je pars pour la gare. Aidé par un prêtre fort serviable qui, comme moi, prenait l'express de Bordeaux, je m'installai dans un confortable

wagon; mais je n'arrivai qu'à minuit à l'hôtel Marin, près du théâtre. Le 15 juillet, par le premier train du matin, je partis pour Mont-de-Marsan, et, dans l'après-midi, j'étais de retour *ad penates*.

1863.

8 août. — « Ma dernière ascension au Pic du Midi de Bagnères et mon ultime adieu aux Pyrénées. » (Voir ma relation imprimée dans les *Actes de la Société linnéenne de Bordeaux*, t. XXIV.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

136. M. Morisse. De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfo-carbonée. — 137. M. Roland. Traitement de l'urémie. — 138. M. Ayala. Des portes d'entrée de l'ostéomyélite. — 139. M. Dufour. De l'étiologie et de la nature du tétanos. — 140. M. Dumas. Transformation de la personnalité; erreurs de personnes chez les aliénés. — 141. M. Larroque. Rémissions dans le cours de la paralysie générale. Monographie. — 142. M. Lainé (Jacques). Contribution à l'étude des causes aggravantes de la syphilis. Des principaux facteurs de gravité. — 143. M. Lacroix. Contribution à l'étude du vomissement chez les tuberculeux. — 144. M. Gorron. Sulfate de quinine et fièvre bilieuse hématurique à la Guadeloupe. — 145. M. Suquet. Iodol. Son emploi externe, spécialement en oculistique. — 146. M. Calmette. Étude critique sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filaire du sang humain. — 147. M. Le Dantec. Recherches sur la fièvre jaune (critique des théories microbiennes émises en Amérique au sujet de cette maladie). — 148. M. Mouktar. Du diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début. — 149. M. Pflimlin. Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — 150. M. Pichon. Contribution à l'étude des abcès froids périodiques du thorax. — 151. M. Chabot. De l'étoxycaféine dans le traitement de la migraine. — 152. M. Devicq. De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique la liste suivante des communications qui doivent être faites pendant la durée du Congrès de Nancy :

M. Astier de Vellatu. De la protection de l'enfance.

M. Audouard. Composition du beurre de vache aux diverses époques de la lactation.

M. Bertèche (Georges). Des substances organiques contenues dans les eaux et les boues thermo-minérales sulfureuses de Saint-Amand (Nord).

M. Bleicher. Le quaternaire de Lorraine au point de vue malacologique.

M. Cadoret (Eugène). Sur les falsifications des corps gras (huiles, graisses, beurres, etc.).

M. Defresne (Th.). Sur le rôle de la pancréatine dans l'économie, après son arrivée dans la circulation par la voie stomacale.

M. Deshayes. De la récidive dans la fièvre typhoïde.

M. Fauvelle. Des différences intellectuelles dans un groupe ethnique donné. — Des causes prochaines de la mort de l'individu dans les maladies.

M. Gauthier (V.). Recherches sur l'appareil apical de quelques espèces appartenant au genre *Hemiaster*.

M. Henrot (H.). De l'anémie pernicieuse progressive. — De la liberté individuelle dans ses rapports avec les maladies contagieuses.

M. Layet. De l'organisation de l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés, au point de vue de ses rapports intimes et nécessaires avec le fonctionnement des institutions sanitaires et de l'obligation d'établir un concours fructueux entre Paris et la province pour l'application pratique des principes de la salubrité et de la prophylaxie nationale. — Le service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux ; son organisation, son fonctionnement depuis 1881, et les résultats importants obtenus jusqu'ici, au double point de vue de la science épidémiologique et de ses applications. — Origines multiples du vaccin animal ; rapport de son évolution avec le moment où l'immunité paraît acquise chez les organismes vaccinés ; de la durée de cette immunité et des variations individuelles qu'elle présente ; des manifestations indicatrices de son extinction prochaine et complète. — De quelques maladies d'origine professionnelle.

M. Mer. De quelques particularités relatives à la végétation de l'*Epicea*.

M. Mortillet (G. de). Anthropologie criminelle : la peine de mort et les autres peines au point de vue sociologique.

M. Ollier. La chirurgie conservatrice du pied.

M. Poncet (A.). De la rhinoplastie sur appareil prothétique.

M. Rivière (Émile). Gisement quaternaire de Neuilly.

M. Souché (B.). Le crâne de Salles (Deux-Sèvres).

M. Testut. Nouvelles recherches anatomiques sur les microcéphales ou *hommes-singes*, de Vogt.

M. Viennois. L'ostéotomie du nez comme opération préliminaire, pour l'extraction des tumeurs profondes des fosses nasales et du pharynx.

— *École de médecine de Caen.* — M. Delouey, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Denis Dumont, décédé.

M. Simon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie et de médecine opératoire, en remplacement de M. Delouey, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Aujourd'hui lundi, 5 juillet 1886, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. L. Godeffroy a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : « Recherches relatives à l'action du chlore sur un mélange d'alcool et de bichromate de potassium. »

— *Faculté des sciences de Dijon.* — Un congé de trois mois est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Perravex, préparateur de zoologie.

— Nous apprenons avec regret la mort, au Tonkin, de M. le docteur Romanowski, médecin de la marine, âgé de trente et un ans, qui venait d'être nommé vice-résident d'une des provinces voisines d'Hanoï, ainsi que de Mme le docteur Ribart, qui faisait partie de la mission Paul Bert, et décédée à Quang-Yen.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La syphilis héréditaire tardive. Leçons professées par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° avec 31 figures par A. Forgeron. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Des coliques hépathiques et de leur traitement par les eaux de Vichy, par le docteur Willemin, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Quatrième édition. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19780.

39

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0 255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

15

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre*. Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris, et dans les pharmacies.

77

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boite de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phie ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

42

BAIN DE PENNÈS, HYGIÉNIQUE

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT

au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

31

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

51

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

19

AIX-LA-CHAPELLE

(Province Rhénane)

Déjà, dès la plus haute antiquité, l'efficacité des eaux sulfurées-sodiques d'Aix-la-Chapelle était connue. On fait usage de ces eaux, tant en hiver qu'en été, notamment pour la guérison du rhumatisme chronique, de la goutte, des scrofules, pour le ramollissement des exsudations, qui sont la suite des scrofules, des blessures ou des fractures; pour la guérison des maladies chroniques de la peau (l'acné, la furunculosis, le psoriasis, l'eczéma chronique, les herpès invétérés, les vieux ulcères) et de toutes les formes de la syphilis constitutionnelle. On en fait usage pour la guérison de l'empoisonnement chronique du mercure et du plomb, pour les catarrhes chroniques des membranes muqueuses de la respiration et de la digestion, pour les paralysies d'origine cérébrale et spinale.

Bains de bassin, douches thermales à la température prescrite par les médecins, bains de vapeur, massage, gymnastique.

La tenue des établissements des bains et des bains même sont à la hauteur de la science moderne.

La vie à Aix-la-Chapelle est agréable et à bon marché. Si on prolonge le séjour, on peut y obtenir une pension à très bas prix.

Les lettres s'adressent à

l'Administration des bains d'Aix-la-Chapelle.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

21

SOURCE YVONNE

DE CHATEL-GUYON

Approuvée par l'Académie de médecine.

La plus gazeuse et la plus minéralisée.

Foie. — Estomac. — Intestins. — Rate. Pancréas.

Dépôt dans les bonnes Phies. — *Exiger le nom.*

39

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

De deux à trois capsules suffisent à procurer un sommeil bienfaisant et réparateur. Les **insomnies** rebelles essentielles et symptomatiues cèdent à leur emploi. Plus de cet EMPOISONNEMENT lent et fatal qu'amènent insensiblement les piqûres de morphine.

INJECTION SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les injections sous-cutanées de tribromure d'**Allyle** ont pour caractéristique de supprimer **instantanément**, par une simple demi-seringue poussée sous la peau, toute attaque d'hystérie majeure quelque soit sa violence.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

72

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La voilà donc de nouveau soumise au jugement de l'Académie, cette question du vinage qui motiva déjà dans cette même enceinte tant de longs et de beaux discours.

Cette fois, les conditions paraissent être changées. Bouley n'est plus là pour prétendre que les vins, étant des boissons alcooliques, doivent exclusivement à leur titre alcoolimétrique, tout leur mérite et toutes leurs vertus. Les partisans de la chimie à outrance et de la fabrication purement artificielle se sont faits rares. Leurs adversaires, mieux conservés, sont frais et dispos.

M. Bergeron, qui trouva pour la défense de nos vieux crus, de nos célèbres vins de France, des accents si vrais, si poétiques, je dirais presque si pathétiques, figure encore au premier rang dans la nouvelle commission ; et les conclusions de M. Rochard sont aussi formelles que l'étaient les siennes quand il était lui-même rapporteur.

D'ailleurs c'est le cas, ou jamais, de chanter les louanges des vins naturels quand il n'en reste presque plus. Ils pouvaient parler pour eux-mêmes avant que la plupart des plants qui avaient fait leur réputation eussent été détruits par les ravages du phylloxéra. Aujourd'hui ils ne sont plus en nombre, et si l'on permet à la fraude de les suppléer, on peut s'attendre à voir bientôt la France aussi dénuée de vignes que le fut la Gaule à l'époque où un empereur romain les y fit toutes arracher pour favoriser celles de l'Italie par la suppression de cette concurrence.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Trois opérations de hernie étranglée.

(Observation recueillie par M. Gravery, interne du service.)

Depuis le commencement de l'année 1886, il y a eu dans le service de M. Després, à l'hôpital de la Charité, trois hernies étranglées qui ont été opérées et qui ont guéri toutes les trois. Comme on peut le voir dans les observations qui suivent, les trois cas que nous rapportons se font remarquer par des particularités intéressantes, tant au point de vue de la variété qu'au point de vue du traitement.

Le premier cas est une hernie inguinale qui fut compliquée, à la suite de l'opération, d'une hernie du testicule.

Le second cas est intéressant par ce fait qu'il s'agissait d'une hernie du gros intestin. Enfin, dans le troisième, nous avons affaire à une entérocèle contenue dans un sac épiploïque fortement contusionné par le taxis. Ce qui pouvait faire craindre pour l'issue de l'opération, c'est que le porteur de la hernie était âgé de quatre-vingt-un ans.

Voici les observations.

OBSERVATION I. — *Hernie inguinale droite (entérocèle) étranglée par le collet du sac dans le canal. Étranglement par inflammation.*— Le nommé Bout... Alexandre, garçon de bureau, âgé de soixante-cinq ans, était porteur d'une hernie inguinale droite, disait-il, depuis sept ans. Cette hernie rentrait bien habituellement, et le malade la maintenait réduite au moyen d'un bandage pendant qu'il travaillait. Mais ayant eu une éruption furonculeuse dans la région inguinale droite, éruption favorisée sans doute par la pression et les frottements de son bandage, le malade retira celui-ci et travailla sans bandage.

Naturellement la hernie descendit dans les bourses, et, dans la nuit du 31 décembre 1885 au 1er janvier, elle devint irréductible sans effort.

Un médecin ne put la réduire après avoir pratiqué le taxis forcé pendant un quart d'heure. Il survint au bout de trois heures des vomissements de couleur verdâtre.

Le malade entra à l'hôpital la nuit même, et le lendemain matin M. Després pratiqua la kélotomie sans chloroforme. Lavages de l'intestin à l'eau chaude, débridement en haut et en dehors. Vésicatoire sur l'abdomen. Opium à l'intérieur.

La plaie opératoire ne fut pas réunie ; elle fut pansée avec des cataplasmes à cause des furoncles dont les bourbillons n'étaient point sortis.

Le testicule quelques jours après vint faire hernie à travers la plaie ; il bourgeonna. Il se forma en somme un fongus du testicule. Quelques abcès se formèrent ensuite sur le scrotum du côté droit et au niveau de la cloison des bourses. Le cours des matières s'était rétabli le cinquième jour, et dans les vingt-quatre premières heures des gaz avaient été rendus.

Quand nous arrivons dans le service (le 1er février), un mois après l'opération, nous voyons encore une surface bourgeonnante, qui n'est autre que celle du testicule. M. Després réprime les bourgeons charnus avec le crayon de nitrate d'argent et applique le pansement simple : linge troué enduit de cérat et charpie sèche.

Deux ou trois petits abcès surviennent encore qui nécessitent l'application de cataplasmes. Enfin malgré le retard causé par

ces abcès, la plaie se ferme, le fongus disparaît et se cicatrise, et le malade sort complètement guéri le 26 mars.

Ici la propagation de l'inflammation du tégument autour des furoncles a été la cause de l'irréductibilité et de l'étranglement. Il y avait en même temps un peu de vaginalite, de là la suppuration, de là le fongus testiculaire. Les faits de propagation de l'inflammation cutanée aux séreuses ne sont pas très rares, il est vrai, mais le fait est exceptionnel et il mérite d'être signalé. M. Després en a rapporté un exemple dans sa *Chirurgie journalière*.

Obs. II. — *Hernie inguinale congénitale droite (gros intestin) étranglée par le collet du sac. Étranglement par effort.* — Le nommé P... (Henri), garçon épicier, âgé de vingt-quatre ans, portait depuis sa plus tendre enfance une petite hernie, ayant à peu près le volume d'un œuf de poule. Interrogé avec insistance sur la date du début de cette hernie, il dit qu'il l'a toujours eue, à sa connaissance.

La hernie sortait pendant la journée et rentrait pendant la nuit sous l'influence du décubitus dorsal et du repos. La tumeur n'a jamais été le siège de douleurs. Jamais le malade n'a eu de constipation prolongée ni de diarrhée. La hernie n'était pas maintenue ; le malade n'a jamais porté de bandage.

Le 14 janvier à une heure de l'après-midi, cet homme traînait une voiture, lorsqu'il fit un faux pas. Craignant de tomber, il se rejette violemment en arrière. Au même moment il sent que sa hernie est sortie plus volumineuse que d'habitude et il éprouve de vives douleurs dans la région inguinale droite. La marche lui est impossible, et, ne pouvant plus marcher, il va se mettre au lit.

Dans la soirée, vers cinq heures, il vomit à cinq ou six reprises différentes. Les matières rejetées furent successivement des matières alimentaires, puis des liquides verdâtres, d'apparence bilieuse et de saveur amère. Il n'eut à aucun moment de vomissements fécaloïdes.

Vers la même heure, il eut une garde-robe composée d'abord de matières dures, puis liquides.

La douleur, qui n'avait guère cessé depuis le matin, devint plus vive et le malade fit chercher un médecin. Une tentative de taxis assez forte est faite pendant dix minutes environ. Elle n'aboutit à aucun résultat. Le médecin ordonne au malade des boissons glacées et lui conseille d'aller à l'hôpital.

Pendant la nuit, le malade vomit tout ce qu'il prend ; il n'a plus de selles, ni d'émission de gaz. Aucun vomissement franchement fécaloïde. Douleur toujours aussi vive.

État actuel. — Le malade, le lendemain matin 15 janvier, *vient à pied* à la consultation de l'hôpital.

Au niveau de l'aine droite et au-dessus du ligament de Poupart, on trouve une tumeur ayant le volume d'un œuf de dinde et très dure. La percussion donne une sonorité assez vague, et cependant bien appréciable. La tumeur peut être suivie jusqu'au niveau de l'anneau inguinal interne, et on sent qu'elle pénètre dans le ventre.

Le pédicule de cette tumeur est très volumineux, et quand on le serre entre deux doigts, on détermine une douleur assez vive.

Le grand axe de la tumeur est oblique en bas et en dedans. La peau qui la recouvre est rouge, mais ne présente pas de traces d'ecchymoses.

Au-dessous de la tumeur on a quelque peine à isoler le testicule, qui semble confondu avec elle.

Le ventre est peu ballonné et non douloureux à la pression.

L'état général est assez satisfaisant. Les traits ne sont nullement altérés ; le pouls est normal ; on ne note pas de refroidissement des extrémités.

La soif est modérée. Depuis le matin le malade n'a rien pris et a cessé de vomir. Il n'a rendu ni gaz, ni matières fécales. M. Després diagnostique une entérocèle étranglée.

Opération. — M. Després fait une incision parallèle au pli de l'aine et de façon que le milieu de cette incision réponde au pédicule de la hernie.

Il arrive ainsi sur les éléments du cordon dissociés. Il les écarte avec une sonde cannelée et met à découvert un sac graisseux. Ce sac est incisé et il en sort un peu de liquide limpide.

L'intestin est sorti du sac et l'on constate nettement les bandelettes musculaires qui caractérisent le gros intestin. Sur une des portions dilatées de cet intestin, on trouve une partie de la paroi, de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, qui présente une coloration verte, parsemée de petits points blancs, signe de sphacèle interstitiel. Le péritoine à ce niveau présente cependant son aspect normal. Il est intact.

Au niveau du point étranglé, on ne trouve pas de sillon profond. Le mésocolon et les appendices épiploïques sont très congestionnés.

Le doigt, suivant l'intestin, va à la recherche de l'étranglement, et on reconnaît qu'il siège au niveau de l'anneau inguinal interne.

Avec le bistouri de Cooper, M. Després fait deux petits débridements directement en dehors. Le doigt entre alors dans le canal inguinal et ne rencontre pas de nouvel étranglement. On fait des tentatives modérées de réduction, mais l'intestin, distendu par des gaz ne rentre pas.

M. Després fait alors deux nouveaux débridements directement en dehors. Deux doigts entrent aisément dans l'anneau ainsi élargi. Les gaz rentrent peu à peu et l'on peut alors réduire l'intestin après l'avoir lavé à l'eau chaude.

On ne fait aucune suture ; la plaie est recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat et recouvert de charpie trempée dans l'alcool camphré.

Le malade prend jusqu'au lendemain trois pilules d'opium de 5 centigrammes chacune. On met sur le ventre un vésicatoire de la largeur de la paume de la main, suivant l'habitude de M. Després.

Le malade ne prend que de l'eau sucrée pendant vingt-quatre heures.

16 *janvier.* — État satisfaisant ; même traitement.

17 *janvier.* — Le malade a rendu par l'anus quelques gaz.

18 *janvier.* — En soulevant les bourses, on fait écouler par la plaie un peu de sérosité qui semble venir de la tunique vaginale. La bourse droite est tuméfiée, douloureuse à la pression, et le scrotum de ce côté est rouge. Il y a la vaginalite classique des hernies congénitales étranglées.

19 *janvier.* — On permet au malade de prendre un peu de tapioca.

20 *janvier.* — Le malade a eu une selle dans la journée du 19. En soulevant les bourses, on fait écouler par la plaie un peu de pus. A la partie inférieure du scrotum du côté droit, on sent une fluctuation vague et qui semble masquée par le testicule placé au devant de la collection purulente.

24 *janvier.* — État satisfaisant. On remplace le pansement par un cataplasme. Le malade commence à manger.

28 *janvier.* — En pressant sur le canal inguinal, on fait sortir, par l'angle supérieur de la plaie, une petite quantité de gaz ; mais cet orifice ne donne pas issue à des matières fécales. Il n'en existe pas moins cependant une petite fistule qui fait communiquer l'intestin avec l'extérieur (1). On ouvre un abcès du scrotum et on le draine.

1er *février* 1886. — Quand nous entrons dans le service, la fistule n'existait plus. Le malade avait eu sur le scrotum, du côté droit, et successivement, quatre petits abcès qui avaient nécessité le drainage.

Le dernier abcès fut ouvert le 2 février et le drain fut définitivement supprimé le 5. A partir de ce moment, il n'existe plus qu'une petite plaie bourgeonnante que l'on panse chaque jour.

7 *février.* — Le malade commence à se lever et le 20 la cicatrisation est complète.

(1) Toute cette partie de l'observation a été recueillie par notre collègue Derville, qui était à cette époque l'interne du service.

5 *mars*. — Le malade sort complètement guéri, muni d'un bandage.

Ici la partie intéressante de l'observation est la petite fistule stercorale tardive, qui a bien guéri seule et qui était la conséquence de l'altération de l'intestin au niveau de la partie constatée malade.

Obs. III. — *Hernie crurale droite étranglée (entéro-épiplocèle), contenue dans un sac épiploïque, chez un vieillard de quatre-vingt-un ans. Opération. Guérison.* — Le nommé Cop... Alexis-Denis, charretier, âgé de quatre-vingt-un ans, se présente à la consultation le 7 avril 1886. C'est un homme grand et vigoureux malgré son âge avancé. Il a le teint coloré, et on ne peut penser en le voyant qu'il est porteur d'une hernie étranglée. Il est de plus venu à pied à l'hôpital. Voici d'ailleurs son histoire.

Le samedi 3 avril, en faisant des efforts pour aller à la selle, le malade sentit une douleur au niveau de l'aine droite ; en même temps il s'était développé une petite tumeur dans cette région : c'était une hernie.

Un médecin fut appelé le lendemain et pratiqua le *taxis* forcé sans aucun résultat. Il prescrivit trois lavements au séné et au sulfate de soude.

Dans la journée, le malade a vomi à plusieurs reprises, et n'a pu rendre ses lavements.

Le 5 avril, *seconde tentative de taxis* sans résultat.

Le 6 avril, *troisième tentative de taxis* qui n'amène pas plus de résultat que les deux premières.

Le malade continuait à vomir ; même, nous dit-il, il a vomi des matières très fétides, certainement des matières fécaloïdes.

Le mercredi 7 avril, il vient à la consultation et ne semble guère malade.

M. Després constate, dans l'aine droite, une tumeur petite, empâtée, peu douloureuse, mate à la percussion. La peau qui la recouvre est légèrement rouge. A cause de ces caractères et de son siège au niveau du ligament de Fallope, on aurait pu très facilement se tromper et prendre cette tumeur pour un vulgaire bubon. Mais en raison de la durée du mal et des vomissements, il fallait se rattacher au diagnostic de hernie crurale (entéro-épiplocèle) étranglée.

M. Després opéra, séance tenante, sur le lit qui se trouve dans la salle de consultation et sans donner de chloroforme.

Une incision est faite suivant le grand axe de la tumeur et parallèlement au pli de l'aine. On tombe, après avoir incisé le sac, sur une surface jaunâtre qui n'est autre que l'épiploon.

M. Després, se servant de la sonde cannelée, dilacère l'épiploon et arrive alors dans une seconde cavité dont les parois sont formées par l'épiploon. Il tombe alors sur une petite masse noirâtre du volume d'une grosse cerise, constituée par une petite anse de l'intestin grêle. Mais celle-ci est recouverte par un caillot sanguin. conséquence des violentes tentatives de taxis auxquelles la hernie avait été soumise. Il faut enlever ce caillot pour apercevoir l'intestin, qui se présente avec sa coloration violette spéciale.

Il y avait donc dans ce cas deux sacs : l'un péritonéal, comme on le rencontre habituellement dans les hernies, l'autre épiploïque. C'est la présence de ce sac épiploïque qui donnait lieu à la matité et qui avait sans doute modéré l'intensité de l'étranglement et résisté aux efforts de taxis.

En glissant le doigt sur l'intestin vers le pédicule, on sent très bien que le ligament de Poupart passe au-dessus de la tumeur. M. Després débride en dedans, transversalement.

Il attire un peu l'anse herniée qui est devenue libre, et comme elle ne présente pas de point sphacélé, il la réduit après l'avoir lavée avec de l'eau tiède.

Ensuite l'épiploon est ligaturé et réséqué.

On ne fait aucune suture et on panse avec un linge fenêtré enduit de cérat et recouvert de charpie trempée dans l'alcool camphré.

Vésicatoire sur le bas-ventre.

Trois pilules d'opium de 5 centigrammes.

8 *avril*. — État satisfaisant. Le malade ne veut boire que de l'eau. Température : 38°,6. Il rend des gaz par l'anus. La plaie tendait à se refermer. M. Després désunit avec le doigt la réunion qui s'était faite.

9 *avril*. — Même état. Le malade a une débâcle. Il n'a pas eu de vomissements depuis l'opération.

Le pansement est renouvelé tous les jours. Au bout de huit jours on applique le pansement simple, et, comme la plaie a de la tendance à se fermer trop tôt, M. Després décolle les lèvres de la plaie et introduit au fond de celle-ci un plumasseau de charpie.

Le malade n'a présenté aucun accident ; il n'a pas eu d'abcès. Il a commencé à se lever le 27 avril, et le 10 mai la cicatrisation était achevée.

Il sort le 31 mai, complètement guéri, et muni d'un bon bandage.

Cette dernière observation est un exemple de plus à l'appui de cette doctrine, que l'épiploon dans une hernie protège l'intestin non seulement contre les effets de l'étranglement, mais encore contre les taxis immodérés. Voilà un malade qui avait un caillot hémorrhagique dans le sac, c'est-à-dire une forte contusion ; l'intestin ne présentait aucune altération.

Dans ces trois observations, le pansement appliqué est l'ancien pansement et il a parfaitement réussi ; nous n'insisterons pas. Mais ce qu'il faut signaler ici, c'est l'application du vésicatoire préventif sur l'abdomen ; il a été mis en usage dans les trois cas, et il faut lui attribuer une part du succès. Il contribue avec l'opium a obtenir la constipation nécessaire dans les premiers jours. C'est un point sur lequel a insisté M. Després dans la dernière édition de la *Pathologie chirurgicale* de Nélaton.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Pajot.

Des présentations occipito-iliaques ; mécanisme de l'accouchement.

Les positions occipito-iliaques gauches antérieures sont de beaucoup les plus fréquentes, et, sans vous donner les chiffres de ma statistique personnelle, je vous citerai ceux de Dubois (absolument du reste conformes aux miens), qui n'a pas relevé moins de 1913 positions ; — il est fâcheux qu'il ne soit pas allé jusqu'à 2000 ; un chiffre rond comme celui-là est toujours bien plus facile à retenir. Sur ces 1913 positions, il y en a 1355 qui sont des positions occipito-iliaques antérieures gauches, et seulement 491 occipito-iliaques postérieures droites, plus 55 droites antérieures et 12 gauches postérieures.

Dans les premières, c'est-à-dire dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, l'accouchement est presque toujours spontané ; c'est la règle. Et si l'on compte quelques accidents, si même ceux-ci sont plus nombreux que dans les autres positions, ils ne le sont pas relativement à ceux que l'on observe dans les autres positions ; ils sont seulement plus nombreux parce que le nombre de ces positions est plus considérable. En réalité, ils sont proportionnellement moins fréquents, au contraire. En tous cas, du reste, les accidents morbides ne relèvent pas de cette position.

Il n'en est pas de même de ces positions occipito-iliaques postérieures où la femme, par le fait seul de cette position, peut ne pas accoucher facilement, où cette position entraîne par elle-même certaines difficultés d'accouchement.

Les phénomènes mécaniques de l'accouchement ont été

très arbitrairement divisés en un certain nombre de temps : cinq pour Baudelocque, six et même sept pour d'autres accoucheurs. Des divisions aussi nombreuses des mouvements mécaniques me paraissent tout à fait surannées. Il n'y a ni six ni sept temps dans l'accouchement; il n'y en a que trois principaux et pas davantage, le fœtus ne présentant, sous le point de vue de l'accouchement, que deux parties principales : la tête et le tronc, parties auxquelles s'ajoutent accessoirement les membres.

Quand j'ai dit qu'il n'y avait qu'un seul mécanisme pour tous les accouchements, ce qui est absolument vrai, de toutes parts on a jeté les hauts cris; et cependant Dubois s'était, déjà avant moi, exprimé, en partie du moins, de la même façon.

Le premier temps est caractérisé par l'engagement, la progression, la descente des parties fœtales qui se dirigent de plus en plus vers le vagin et la vulve, poussées qu'elles sont par les contractions utérines.

Ce premier temps, ainsi d'ailleurs que les deux autres, est le même pour tous les accouchements.

Le deuxième temps est le temps dit de rotation ou, comme je l'ai appelé, le temps d'accommodation, c'est-à-dire que le fœtus, engagé d'une certaine façon, accomplit un mouvement de rotation, de telle sorte que le grand sens des parties fœtales se trouve dans le grand sens du passage à parcourir. Cette rotation n'est nullement un mouvement instinctif du fœtus, comme on l'a cru pendant longtemps, et comme Dubois lui-même le croyait. Le fœtus y est absolument étranger; je n'en veux d'autre preuve que ce même mouvement de rotation se produisant encore alors que l'enfant est mort. La cause de cette rotation est une accommodation mécanique des formes fœtales aux capacités du bassin; c'est le contenu venant s'accommoder à la forme du contenant.

Enfin, le troisième temps, c'est l'expulsion. Tout le reste constitue les mouvements accessoires.

Nous avons divisé tout à l'heure le fœtus en deux parties : la tête et le tronc. Or, la première partie du fœtus étant expulsée, la seconde, à son tour, procède par le même mécanisme aux temps d'engagement et progression, de rotation et d'expulsion, et cela quelle que soit la partie fœtale qui se présente la première, tête ou tronc.

Ajoutons comme mouvements accessoires, si c'est une présentation du sommet, la flexion de la tête, et si c'est une présentation de la face, la déflexion de la tête.

Retenez donc bien avec soin pour la pratique des accouchements, que le mécanisme comporte trois temps, plus les mouvements accessoires pour l'amoindrissement des parties.

En résumé, le fœtus étant divisé en deux parties, les trois temps s'exécutent sur la seconde comme sur la première; de telle sorte que toute application de forceps doit être basée sur ce mécanisme qui est le même pour tous les accouchements.

Mais, me direz-vous, comment peut-on voir tout cela? Pour la seconde partie, ce n'est pas bien difficile, puisque vous apercevez déjà le fœtus en partie à l'extérieur, mais pour la première partie, comment faire? C'est au moyen de légers artifices.

Je suppose qu'il s'agisse d'une présentation du sommet, par exemple; pour savoir si le premier temps est fait, vous sentez par le toucher le crâne et sa fontanelle antérieure si la flexion n'est pas faite; si celle-ci est accomplie, au contraire, vous sentirez la fontanelle postérieure. Le moyen est simple, comme vous voyez.

Pour la descente et l'engagement, les choses sont moins faciles, car là il y a des causes d'erreurs assez grossières. En effet, il est des cas où l'engagement n'étant pas encore commencé, la partie la plus culminante de la tête touche presque le plancher du bassin. Ce sont les cas où le bassin est un peu rétréci, où la tête est volumineuse en même temps qu'elle est flexible; c'est ce que l'on a appelé la *tête en dos de truie*. C'est ainsi que les os du crâne chevauchant et une bosse sanguine se produisant, on peut avoir l'illusion de l'engagement de la tête. L'erreur est d'autant plus facile qu'après avoir senti, deux heures auparavant, la tête dans l'excavation, cette apparition de la bosse sanguine, prise pour la tête elle-même, vous porte à croire que la progression, la descente, s'est faite régulièrement. Alors, satisfait de la marche du travail, vous vous dites : « Tout va bien, la femme va accoucher promptement », et quarante-huit heures plus tard, peut-être, les choses sont encore en l'état.

Quant à la rotation, comment la constater, puisqu'elle se fait dans le bassin? Le siège des bruits du cœur de l'enfant pourrait, à la rigueur, vous servir de guide; mais un moyen plus sûr et plus facile est le suivant : si après avoir constaté la situation de la fontanelle postérieure à droite et en arrière, vous la sentez, à un moment donné, à droite et en avant, il n'y a aucun doute alors qu'un mouvement de rotation s'est produit.

Quant au pronostic des positions occipito-iliaques droites postérieures, la règle est que l'accouchement se fera seul, je puis dire au moins 95 fois sur 100. Les cas où l'accouchement ne sera plus spontané sont ceux par exemple où les contractions utérines seront faibles, où elles seront insuffisantes pour faire tourner la tête. La résistance étant alors supérieure à la force, les contractions s'affaibliront encore, elles s'espaceront, diminueront. Dès lors vous pourrez affirmer que la rotation ne se fera pas, ni l'accouchement non plus. C'est alors que l'on a prétendu que les doigts pourraient aller aider à cette rotation. Je dis, par expérience, que cela n'est pas possible, ou du moins que cela n'est possible que dans les cas où la tête aurait tourné toute seule. C'est pourquoi, dans ces cas-là, il vous faudra appliquer le forceps; j'en suis partisan certainement, mais avec cette restriction de ne jamais employer la violence dans son application.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

De quelques cas d'angine couenneuse.

Je voudrais vous entretenir aujourd'hui d'un point très important à propos de faits qui viennent de se passer sous nos yeux et qui n'ont pas laissé de nous préoccuper vivement.

Il est, vous le savez, des angines couenneuses, dont le diagnostic ne présente aucune difficulté, dont la fausse membrane est des plus caractéristiques, dont les caractères, enfin, sont des plus prononcés et qui se distinguent très bien des produits pultacés, non organisés. Mais, par contre, à côté de ces cas faciles à reconnaître, et pour lesquels aucune erreur n'est possible, il en est d'autres que nous rencontrons en grand nombre aussi, soit en ville, soit

à l'hôpital, dans lesquels il n'est pas possible de se prononcer avec quelque certitude.

Je vous citerai d'abord le fait suivant que j'emprunte à mes observations de la ville. Il y a un an environ, j'étais appelé pour un petit enfant qui souffrait un peu seulement de la gorge. Les premiers jours le mal passa inaperçu, puis on vit un produit blanchâtre au fond de la gorge, produit que l'on considéra tout d'abord comme très probablement de matière pultacée ; enfin trois jours plus tard il ne s'agissait plus d'une simple angine pultacée mais d'une angine infectieuse, et, la diphtérie prenant une grande et rapide extension, l'enfant succombait. Or, quel avait été le début de la maladie ? Un simple petit refroidissement.

Voici maintenant un autre fait : il y a dix jours j'ai perdu, après une trachéotomie cependant bien faite, un enfant atteint du croup. Cet enfant avait été brusquement saisi par le froid, le dimanche d'auparavant ; un médecin très expérimenté et très attentif avait été mandé, il avait constaté la présence, sur les amygdales, de produits pultacés et avait prescrit des badigeonnages. Le lundi soir, appelé en consultation, j'avais vu sourdre sur les amygdales des produits bien isolés, blanchâtres, comme chez les malades atteints d'amygdalite chronique. L'enfant était très gai, il n'avait pas de fièvre, pas de ganglions engorgés. Le lendemain l'état local restait le même ; il n'y avait toujours pas le moindre mouvement fébrile. Le mercredi matin j'avais été empêché de voir mon petit malade, et lorsque, à quatre heures du soir, j'arrivai auprès de lui, il existait au fond de la gorge une couenne énorme. Le malade avait quelques frissons et un peu de fièvre, mais toujours pas d'engorgement ganglionnaire. Dès lors j'employai immédiatement tout ce qui est prescrit en pareil cas. Mais la fièvre augmentait, la diphtérie prenait une intensité plus grande, s'étendant dans les voies aériennes, en haut comme en bas, et le samedi, en présence d'un croup suffocant, d'une asphyxie lente, la trachéotomie était pratiquée par mon collègue de cet hôpital, M. de Saint-Germain, qui fit l'opération en cinq secondes, en un temps et d'un seul coup, sans qu'il survînt aucun accident. Néanmoins le lundi matin l'enfant était mort.

Voilà donc deux faits de malades de la ville, tous deux bien observés par des médecins instruits, dont le début fut insidieux et qui se terminèrent tous deux par la mort ; l'un par asphyxie, l'autre par infection.

D'autre part, il y a dix jours, entrait au nº 40 de notre salle des filles, une enfant présentant toutes les allures d'une affection typhique. Déjà son frère était dans notre service depuis quelques jours pour une fièvre typhoïde. J'examinai par habitude la gorge quoiqu'elle ne s'en plaignît pas, et j'apercevais des plaques blanches épaisses, non isolées. Le lendemain, un lundi, l'enfant était mieux ; deux jours plus tard la fièvre et les phénomènes typhiques avaient disparu, la fièvre avait cessé, mais l'angine persistait, et le jeudi la plaque blanche qui s'était développée sur la luette et la coiffait ne laissait plus aucun doute sur la nature de la maladie : il s'agissait d'une angine couenneuse.

Voyons donc en quelques mots quels sont les divers produits blanchâtres que l'on peut rencontrer sur la gorge et comment on peut les reconnaître.

Ce sont :

1º Les produits diphtéritiques, c'est-à-dire des fausses membranes déprimant la muqueuse, sertie par elles, lui adhérant profondément par des prolongements fibrineux, et dont la texture se trouve confirmée par le microscope. Ils s'accompagnent souvent de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et d'une faible élévation de température.

2º Les produits pultacés, c'est-à-dire des éléments épithéliaux associés à des mucosités.

3º Les produits herpétiques ; des vésicules herpétiques, vésicules rosées, groupées ensemble, formant un produit blanchâtre, saillant, inégal, se dissolvant dans l'eau et accompagnées dans le voisinage de vésicules transparentes (amygdalite suite de refroidissement).

4º Les produits résultant de la cautérisation par le nitrate d'argent d'une granulation, d'une ulcération syphilitique ou autre.

5º Les taches lactées que l'on aperçoit sur les amygdales des tout petits enfants, et qui ne sont autre chose que des produits caséeux de l'alimentation.

6º Le muguet confluent ou l'angine diphtéroïde de Lasègue chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, de bronchite grave, de scarlatine, et que l'on aperçoit au fond de la gorge, sur les deux amygdales, sur la muqueuse de l'isthme du gosier. Ici les dépôts se produisent en vingt-quatre heures comme dans certains cas de diphtérite vraie. Seuls la marche et les badigeonnages éclairent le diagnostic en montrant l'absence de cohésion de ces produits.

En résumé, lorsque je suis appelé auprès d'un petit malade chez lequel le diagnostic de l'angine n'est pas possible, je dis qu'il paraît s'agir d'une angine pultacée, qu'il ne m'est pas possible de me prononcer en toute certitude, mais que néanmoins les mêmes précautions, les mêmes soins, doivent être donnés, que si l'on avait affaire à une angine grave, et que l'enfant doit notamment être gardé au lit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1º Une lettre de remerciements de sir James Paget, récemment élu associé étranger de l'Académie ;

2º Une lettre de M. Senelle, notaire à Prez-sur-Marne, relative à un legs fait à l'Académie de médecine par feu le docteur Bourceret, qui laisse par testament la somme nécessaire pour la fondation à perpétuité d'un prix de 5000 francs à décerner chaque année à l'auteur du meilleur ouvrage sur la circulation du sang.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à la nomination des commissions de prix pour l'année 1886. Sont élus :

Prix de l'Académie. — MM. Trélat, Legouest et Léon Le Fort.
Prix Amussat. — MM. le baron Larrey, Verneuil et Lannelongue.
Prix Barbier. — MM. Goubaux, Marc Sée et Villemin.
Prix Buignet. — MM. Gavarret, Bouchardat et Gariel.
Prix Capuron. — MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier.
Prix Civrieux. — MM. Ball, Bucquoy et Siredey.
Prix Desportes. — MM. Féréol, Hayem et C. Paul.
Prix Godard. — MM. Charcot, Bourdon et Peter.
Prix Herpin. — MM. Ricord, Cornil et Trasbot.
Prix Huguier. — MM. Gosselin, Cusco et Tarnier.
Prix Laval. — MM. Vulpian, Germain Sée et Panas.
Prix Louis. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Lagneau.
Prix Monbinne. — MM. Bergeron, Gallard et Besnier.

Prix Portal. — MM. Laboulbène, Hérard et Vallin.
Prix Saint-Paul. — MM. Empis, Labbé et Léon Colin.
Prix Stanski. — MM. Luys, Polaillon et Leblanc.
Prix Vernois. — MM. Roussel, Brouardel et Proust.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LÉON LE FORT met sous les yeux de ses collègues un exemple d'une maladie assez rare et difficile à diagnostiquer, le *dragonneau* ou *filaire de Médine*. Le sujet de cette observation est un ancien soldat de marine.

RAPPORTS

M. JULES ROCHARD lit le rapport de la commission de l'alcool. En voici les conclusions :

1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère l'alcoolisation du vin comme nuisible; mais, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, elle ne croit pas devoir s'opposer à la pratique du sucrage des mouts, à la condition de se servir de sucre cristallisé;

2° Elle émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures pratiques les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool;

3° Elle propose d'abaisser de 15 à 12 p. 100 la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxes;

4° Considérant que les eaux-de-vie et les liqueurs sont d'autant plus dangereuses qu'elles contiennent une plus grande proportion d'alcool supérieur, elle pense que les eaux-de-vie de consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs ne doivent jamais contenir au maximum plus de 1 p. 100 de ces alcools;

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Après quelques observations de MM. Bergeron, Hardy, Dujardin-Beaumetz, Roussel, Larrey et Chatin, l'Académie décide que la discussion du rapport de M. Rochard aura lieu mardi prochain.

M. PLANCHON lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales.

PRÉSENTATION

M. BOUCHARD, en son nom et au nom de M. Charrin, présente deux lapins chez lesquels il a provoqué la production de la cataracte par l'usage interne de la naphtaline. Cinq animaux ont été ainsi atteints de cataracte après quelques jours d'administration quotidienne de la naphtaline à des doses représentant de 1gr,20 à 1gr,60 par kilogramme d'animal. Ce sont des doses quinze fois supérieures aux plus hautes qu'on ait jamais administrées chez l'homme.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 juin 1886, M. le docteur Chalamet, vice-président du Conseil général de la Drôme, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 5 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. le médecin de première classe Geoffroy, Masse et Glavier.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Ballot, Dhoste, Pellissier, Le Janne, Mercié, Cousyn et Pouvreau.

Au grade de pharmacien en chef. — M. le pharmacien principal Degorce.

Au grade de pharmacien principal. — M. le pharmacien de première classe Louvet.

— La première session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique en 1886 s'ouvrira le 22 juillet. La durée de cette session sera de huit jours.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Les épreuves pratiques se sont terminées hier mardi; elles ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie et physiologie. — Samedi 3 juillet. — Histologie : Imprégnation au nitrate d'argent de l'endothélium du péritoine. — Tubes nerveux à myéline.

Lundi 5. — Épreuve pratique de physiologie. — Section du sympathique cervical chez le lapin ; excitation du bout périphérique.

Mardi 6. — Dissection : Nerf médium et nerf cubital dans toute l'étendue de leur trajet.

Histoire naturelle. — Samedi 3. — Dissection du système nerveux chez l'écrevisse.

Mardi 6. — Histologie de la tige de la clématite.

Le dépôt des thèses devra être effectué le jeudi 22 juillet 1886, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté de médecine. La première soutenance aura lieu le lundi 26 du même mois, à neuf heures du matin.

— Voici le sujet des opérations données à faire aux candidats du concours pour la nomination à une place de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris pour l'épreuve de médecine opératoire :

1° Ligature de l'artère carotide primitive; — 2° Amputation de la cuisse au tiers inférieur; — 3° Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras; — 4° Désarticulation de Chopart.

L'épreuve orale a commencé hier, la première question donnée a été : Des hémorrhoïdes (anatomie pathologique et traitement).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les épreuves éliminatoires de deux concours de clinicat sont terminées, et ont été déclarés admissibles les candidats dont les noms suivent :

1° *Clinicat médical.* — MM. les docteurs Œttinger, Duflocq, Sapelier et Bourcy. La première épreuve définitive aura lieu demain jeudi 8 juillet, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité;

2° *Clinicat obstétrical.* — MM. les docteurs Boissard, Bonnaire, Loviot et Ollivier. La première épreuve définitive aura lieu à l'hôpital de la Clinique d'accouchements également demain jeudi 8 juillet 1886, à neuf heures du matin.

— Le concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés a commencé hier mardi, à midi. Le jury définitif était composé de MM. Bouchereau, Dagonet, Vallon, A. Voisin, Lancereaux, Empis, Straus.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Vendredi prochain, 9 juillet 1886, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. Lemoine soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur l'origine et le développement des racines latérales chez les dicatylédones. »

— Nous apprenons avec regret la mort M. le docteur Henry Cotin, ancien rédacteur de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de Paris, décédé le 7 juillet 1886, à Alfortville, à l'âge de soixante-douze ans; et de M. le docteur Rigaux père, décédé à Dun-sur-Meuse.

— M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, nous écrit :

« Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée : « Dr Huchard », recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite chronique et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre. Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris : « Henri Huchard. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19787.

10

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si emarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.

Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

56

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2° En **Pilules**, à 10 centigr.; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. Boury, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

33

QUASSINE ADRIAN

Dragées de quassine **amorphe** à 25 milligr.

Granules de quassine **cristallisée** à 2 milligr.

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

De Vr DESCHIENS.

Principe ferrugineux naturel
ne causant ni constipation ni maux d'estomac.

Dragées. — Sirop. — Vin.

CAPSULES BRUEL

Éther amylvalérianique.

Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines.

Spécifique des maladies nerveuses.

POUDRES ALIMENTAIRES ADRIAN

Les poudres de viande Adrian ne renferment jamais de viande de cheval.

Gros : Société française, 11, r. de la Perle, Paris.
Échantillons franco aux médecins.

39

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

31

ALCALOÏDES DU QUINQUINA

Ancne Mon J. Thomas et Cie.

A. TAILLANDIER

USINE A ARGENTEUIL.

Médaille d'Argent : Bordeaux 1865, Havre 1868, Paris 1878.

Médaille d'Or : Amsterdam 1883.

Le **Sulfate de Quinine chimiquement pur de Taillandier** est exempt de *Sulfate de cinchonidine;* il a une composition toujours constante, soit :

Quinine	74.31
Acide sulfurique monohydraté	11.24
Eau de cristallisation	14.45

C'est le **Sulfate de Quinine officinal** répondant aux divers essais du Codex de 1884.

Sa cristallisation aiguillée et plus grosse le distingue des autres sulfates de Quinine. En le prescrivant, MM. les Docteurs seront sûrs d'avoir un produit pur et toujours constant.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

25

BŒUF DEFRESNE

POUDRE de VIANDE PANCRÉATINÉE

DEFRESNE

Fournisseur de la marine et des hôpitaux de Paris.

La moitié du **Bœuf-Defresne** est transformée en *Peptone*. Dans la seconde moitié, les fibres striées sont éclatées et désagrégées, elles ont perdu de leur cohésion, elles sont pénétrées d'emblée par les sucs digestifs.

Toujours assimilé, le **Bœuf-Defresne** peut être administré à dose massive, 300 à 500 gr. dans les 24 heures, sans crainte de vomissements ni de diarrhée, la dose ordinaire est de 2 à 4 cuillerées par jour. — Très succulente, la **Poudre de viande pancréatinée** rend non seulement savoureux les potages et purées de pommes de terre et de lentilles, mais elle concourt à leur digestion et à celle des aliments gras.

Prix : **4** francs la boîte de 250 grammes.

Envoi d'échantillons franco.

DEFRESNE, auteur de la **PANCRÉATINE** et de la **PEPTONE**, rue de la Verrerie, 56.

Détail : 2, rue des Lombards; — Bousquin-Dubois, 26, galerie Vivienne, et principales phies.

4

POUDRE ROCHER

Contre la *constipation* et nombreuses maladies qui en dérivent : migraine, congestion, hémorrhoïdes, etc. Goût agréable. N'irrite pas comme *pilules purgatives*, toujours *drastiques*, *fruits laxatifs*, *huile de ricin* répugnante et n'affaiblit pas l'organisme comme purgatifs salins, *sels*, *eaux purgatives*, etc. Provoque, *sans colique ni diarrhée*, une selle naturelle.

Fl. : 2f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

136

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (ferro-arsenicale), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

97

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris

19

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris

Détail : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

13

PILULES DE PEPSINE

Hogg, pharmacien, 2, rue Castiglione, Paris.

La *forme pilulaire* est la meilleure pour prendre la *Pepsine*. Ces pilules sont très solubles, n'étant recouvertes que d'une *simple couche de sucre*.

1° **Pilules à la Pepsine pure acidifiée**, contenant 10 centigr. de Pepsine; 2° **Pilules à la Pepsine et au Fer** réduit par l'**Hydrogène**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. de Fer; 3° **Pilules à la Pepsine et à l'Iodure de Fer**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. d'Iodure.

Se trouve dans les principales pharmacies.

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

49

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses*, *lavages*, etc.

Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.

Dépôt : 105 rue de Rennes, Paris, et les Phies.

31

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

66

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault*.

72

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

51

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

111

CROISIC (LOIRE-INFÉRIEURE)

ÉTABLISSEMENT DE BAINS DE MER.

HYDROTHÉRAPIE MARINE.

Traitement spécial et énergique des **affections des os** et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales de la moelle épinière et de la danse de Saint-Guy. Guérison de la scrofule à tous les degrés par les eaux-mères.

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. *Rigollot*

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

37

BAS VARICES DALPIAZ PARIS, 275, R. ST-HONORÉ.

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires.

39

PRODUITS OLOQUINIQUES

OLOQUINA PATON

Cette préparation, déjà ancienne, est conseillée par beaucoup de médecins dans tous les cas où le quinquina est indiqué. Elle se recommande par son dosage toujours identique et par le choix rigoureux des écorces de quinquina qui entrent dans sa préparation.

La petite cuiller qui accompagne chaque flacon représente la quantité nécessaire pour un verre à bordeaux de vin de quinquina.

Prix du flacon : **1 fr. 50.**

ÉLIXIR OLOQUINIQUE DUGUET

A la fibrine musculaire et au JUS de VIANDE DE BŒUF

Chaque verre renferme : Extrait de quinquina, 10 centigrammes.

Fibrine musculaire dissoute et jus de viande retiré par expression de : Viande de bœuf, 75 gr.

D'un goût très agréable, d'une conservation indéfinie, il est tout à fait inutile de détailler les cas, les maladies, etc., dans lesquels son emploi peut être prescrit. La nature de la préparation l'indique suffisamment par elle-même. D'ailleurs, en pareille circonstance, le médecin est seul juge.

Prix du flacon : **3 fr. 50.**

NOTA. — MM. les médecins qui désireraient expérimenter ces produits sont priés de s'adresser à M. DUGUET, qui se fera un devoir de leur être toujours agréable. Deux échantillons de chaque produit seront mis immédiatement à leur disposition.

LABORATOIRE A LONGJUMEAU (S.-et-O.).

Vente en gros : DUGUET, pharmacien de 1re classe, 12, rue de Sévigné, Paris.

Détail dans toutes les pharmacies.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, ettoutes phies.

241

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

57

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent.; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment*. Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(*Vingt-cinq centigrammes de sel pur.*)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un **emploi** plus **commode** et agréable. — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(*Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.*)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. (*Se défier des contrefaçons.*). Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

91

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

69

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

78

ERGOTININE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Réveil de la motricité par le massage.

L'année dernière, dans une série de Revues cliniques (1) et dans un mémoire lu par nous devant l'Académie des sciences (2), nous avons longuement étudié ces fausses anesthésies derrière lesquelles se cache une sensibilité réelle, demandant pour se révéler des excitations qui se prolongent.

Chez les ataxiques, les hystériques, les hémiplégiques par cause cérébrale, etc., on rencontre souvent cette fausse anesthésie sur des régions plus ou moins étendues, parfois sur tout un membre, toute une moitié du corps.

Si on se contente d'explorer la sensibilité par une excitation passagère, quelque vive qu'elle soit du reste, aucune impression, dont le malade ait conscience, ne se fait sentir.

Mais si l'on répète avec persistance cette excitation durant un temps qui varie suivant les malades, on voit la sensibilité apparaître, d'abord obtuse, puis de plus en plus vive et de plus en plus nette, sur le point où on la réveille par ces appels réitérés.

Or ce réveil qu'on a produit n'est pas toujours momentané. Non seulement l'effet obtenu peut persister, mais il peut même s'accentuer encore les jours suivants.

On dirait, par exemple chez les hémiplégiques devenus tels par apoplexie cérébrale, qu'après l'accident interrompant les communications du centre cérébral conscient avec telle ou telle partie des centres nerveux sous-jacents, il faut un effort prolongé pour qu'une impression force le passage et rouvre la route.

Bien entendu, ce n'est qu'une comparaison; mais est-il facile de procéder autrement que par comparaison dans l'exposé de phénomènes aussi mystérieux?

Quelle qu'en soit d'ailleurs l'explication, le fait existe; et en ce qui touche les hémiplégiques, M. Legroux l'avait noté (1).

Les expériences que poursuit en ce moment un interne fort distingué de M. le professeur Ball, M. Courtade, sont relatives à un fait connexe.

De même que souvent il existe une sensibilité latente, qui n'attend que d'être réveillée, de même, chez d'autres malades, la motricité reste endormie, *en puissance*, pour nous servir d'un terme de l'ancienne école, et pour la remettre en action, il faut qu'on l'excite en agissant d'une façon directe sur les muscles.

L'électricité peut remplir ce but dans certains cas ; mais le massage, quand il est fait avec méthode, semble le pouvoir tout aussi bien.

Les malades que M. Courtade nous a montrés et chez lesquels il avait employé avec succès le massage sont de diverses catégories.

Il y a d'abord des hémiplégiques qui l'étaient devenus à la suite d'une apoplexie cérébrale. Chez eux, le massage a produit des résultats vraiment surprenants, soit que l'accident fût récent, soit qu'il fût ancien, soit que la paralysie fût franche, soit qu'elle s'accompagnât déjà de contracture.

Nous citerons par exemple :

1° Un homme âgé de soixante-deux ans, frappé d'apoplexie il y a trois mois, et allant déjà mieux, parvenant déjà à marcher, mais très péniblement, lorsqu'il entra le 28 juin dernier salle Larochefoucauld n° 17. Cet homme ne pouvait se servir en aucune façon de la main gauche, et, je le répète, même avec une canne, il marchait très difficilement en traînant le pied gauche. Après une seule séance de massage, d'une demi-heure environ de durée, son état se trouvait tellement amélioré, qu'il pouvait serrer avec énergie de la main jusqu'alors sans force et qu'il pouvait presque se passer de canne.

2° Un sculpteur chez lequel, au contraire, l'attaque d'apoplexie remontait à cinq ans. Cet homme, âgé de cinquante-six ans, avait été frappé d'apoplexie en décembre 1879. Il était resté hémiplégique du côté gauche. Sorti de l'hôpital, après y avoir fait un premier séjour de 18 mois, aussitôt qu'il s'était senti capable de marcher un peu en se traînant, il avait dû bientôt y rentrer parce que, le membre supérieur

(1) *Gazette des hôpitaux*, année 1885, pp. 586, 652, 673, 698, 722.

(2) *Les anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses*, note de M. V. Revillout. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, 1885, p. 555, séance du 7 septembre.)

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 698.

gauche ne lui rendant aucun service, il ne pouvait plus travailler. A la paralysie s'était joint un certain degré de contracture, surtout dans le muscle biceps. M. Courtade massa d'abord exclusivement le membre supérieur ; les séances furent au nombre de quatre ou cinq, espacées durant un mois et demi. Aujourd'hui la paralysie, qui durait déjà depuis cinq ans, et les contractures concomitantes ont presque entièrement disparu dans le membre supérieur. Quant au membre inférieur, une seule fois massé, il avait paru plus contracturé le lendemain ; mais depuis ce jour il est devenu beaucoup plus libre.

Dans une seconde classe se rangent des malades chez lesquels la paralysie était survenue à la suite d'une fièvre typhoïde : par exemple un homme de vingt et un ans, atteint de cette maladie l'année dernière, paraplégique depuis lors, et chez lequel le massage, associé il est vrai à l'emploi de l'électricité, a produit des effets qui, sans être complets,s ont déjà bons. Actuellement cet homme peut marcher avec des béquilles.

Déjà, d'ailleurs, l'année dernière, à la Maison municipale de santé, M. Courtade, chez une jeune femme atteinte également de paralysie par suite d'une fièvre typhoïde, avait obtenu une guérison presque complète.

Une autre malade de trente-huit ans, couchée salle Piorry n° 13, rentre-t-elle bien dans la même classe; c'est ce qu'on pourrait discuter. Cette femme, il est vrai, aurait eu la fièvre typhoïde à l'âge de dix-neuf ans ; mais ce fut dix-huit mois plus tard qu'à l'âge de vingt et un ans elle tomba tout d'un coup frappée comme d'apoplexie, perdit connaissance, et en revenant à elle se trouva aphasique, paralysée des deux jambes et du bras droit. L'aphasie dura six semaines. La paralysie du bras droit mit deux ans à se dissiper. Les jambes reprirent le mouvement, momentanément, plus tard. Il y a trois ans cette femme pouvait un peu marcher, lorsqu'une chute fit reproduire la paralysie complète des deux jambes. Il y eut d'ailleurs souvent des attaques d'hystérie, et tout l'ensemble du tempérament est bien celui d'une hystérique. Il est donc possible qu'il faille rattacher la paralysie à cette même cause. Quoi qu'il en soit du reste, il survint cette fois des troubles trophiques considérables. Les membres inférieurs prirent un volume énorme, et dans cette masse pateuse on ne distinguait plus aucun muscle. Les pieds s'étaient courbés, en extension forcée, sans doute par suite du poids des draps. Une sensation de crampes douloureuses le long des membres troublait le sommeil. Dès la première séance de massage, on nota déjà un peu de mieux : et ce mieux s'accentua à chaque nouvelle séance. M. Courtade avait eu soin, en redressant graduellement les pieds, de les tenir ainsi redressés par un appareil inamovible. La fausse graisse se résorba rapidement. Les jambes, qui depuis longtemps restaient immobiles, peuvent être aujourd'hui soulevées de plus d'un pied au-dessus du lit. Jeudi dernier même cette malade put se lever et se coucher seule, ce dont elle se montra très fière.

Nous ne parlerons pas en détail d'autres malades chez lesquels le massage produisit encore de bons effets, mais moins nets et moins permanents ; par exemple un syphilitique atteint de tumeur cérébrale couché salle Larochefoucauld n° 19, et un paraplégique couché même salle n° 24.

Il y a là certainement un sujet d'études intéressant à approfondir.

Extirpation totale du larynx; tiraillements du pneumogastrique; sidération; respiration artificielle réussissant au bout d'une demi-heure.

Ce n'est pas seulement en cas d'asphyxie ou d'empoisonnement que la mort apparente, offrant tous les signes de la mort réelle, peut se prolonger quelque temps, malgré les manœuvres les mieux conduites de respiration artificielle, sans qu'il faille se décourager et renoncer à l'espoir de ranimer la vie.

Un fait observé récemment dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital Beaujon, fait extrêmement curieux à tous les points de vue, montre qu'il peut en être également ainsi lorsqu'il s'agit d'une sidération produite par une excitation du pneumogastrique, c'est-à-dire tout à fait semblable à celle qui résulte chez les animaux de la piqûre du point du bulbe nommé par Flourens le nœud vital.

Le nœud vital doit sa réputation au voisinage des racines du pneumogastrique; quand on le blesse, le pneumogastrique reçoit une excitation qui arrête les mouvements du cœur et des poumons, les échanges vitaux, les phénomènes caractéristiques de la vie.

L'animal est donc foudroyé, si on n'a pas eu soin de couper préalablement les pneumogastriques avant de toucher au nœud vital; mais il peut l'être également par une action directe exercée sur le pneumogastrique, sans que le bulbe soit en question.

C'est ce qui arrive par exemple si l'on électrise fortement le pneumogastrique, si on le tiraille, si on l'irrite par un traumatisme quelconque, autre qu'une section complète.

Tel avait été le cas sans doute chez le malade de M. Labbé. Mais avant d'en venir à son histoire, il est bon de rappeler encore ce qu'on observe, dans des conditions comparables, sur les animaux inférieurs.

Chez les grenouilles, par exemple, la circulation se trouve beaucoup moins sous la dépendance du système nerveux central.

Les appareils moteurs y sont d'ailleurs multiples. En dehors du cœur proprement dit, il existe pour les liquides nutritifs d'autres appareils de propulsion complètement indépendants du système nerveux cardiaque.

Quant à ce qui touche la respiration, fort peu développée chez ces animaux, elle n'y présente qu'une importance fort secondaire.

Et pourtant ils sont foudroyés, comme les animaux supérieurs, quand on pratique sur eux une section du bulbe dans le voisinage du nœud vital.

Aussitôt après ce *choc* produit sur la partie la plus essentielle des centres nerveux, la vie paraît complètement éteinte : l'animal reste étendu, flasque, insensible aux excitations les plus énergiques, absolument mort en apparence.

Mais, et c'est là l'intérêt principal de cette expérience, que nous avons répétée bien souvent dans nos leçons sur le système nerveux à l'École pratique, de 1862 à 1865, au bout de quelques minutes, la grenouille, chez laquelle la circulation des liquides vitaux ne s'était pas interrompue, se remet du choc éprouvé. Les tissus reprennent leur tonicité ; l'œil sa sphéricité; la cornée sa transparence; par suite de cette coordination automatique des mouvements qu'avait déjà si bien étudiée Robert Witt dès le siècle dernier, malgré la section qui sépare la moelle du cerveau, les membres se replacent dans la position naturelle. Les pattes de derrière

ramenées sous le tronc, l'animal est prêt à sauter ; et en effet, par action réflexe, quand on pique une de ses pattes, il saute comme il le ferait s'il ressentait une douleur et si volontairement il cherchait à la fuir. Et cependant il est facile de s'assurer qu'il a perdu tout mouvement volontaire dans ses membres. Si en effet on le pique ou on le pince sur la face, on voit qu'il souffre, qu'il grimace, mais les membres restent immobiles. La volonté n'a plus aucune action sur eux.

Cette séparation de l'animal en deux parties indépendantes pour ainsi dire : cette coordination parfaite des mouvements compliqués du saut, etc., alors que l'animal n'en a plus conscience, forme un spectacle qui frappe toujours beaucoup les assistants.

Cela les frappe d'autant plus qu'un instant avant l'animal paraissait à tout jamais mort : qu'on ne découvrait plus en lui la moindre trace d'action réflexe, de sensibilité quelconque ou d'activité musculaire.

La sidération était chez lui aussi absolue qu'elle peut l'être chez l'homme, par exemple, à la suite d'une excitation vive portant sur un pneumogastrique.

Ne serait-il donc pas possible d'arriver aussi, dans ce dernier cas, en entretenant obstinément la respiration artificielle, puisque chez les êtres supérieurs la respiration est une des fonctions les plus essentielles de toutes, à voir les premiers effets du choc se dissiper avec le temps et la vie, la vie complète, se ranimer en définitive ?

M. Léon Labbé l'a pensé, et le remarquable succès qu'il a obtenu en est la preuve.

Il s'agissait d'un homme atteint d'un épithélioma du larynx, et sur lequel on pratiquait l'extirpation totale de cet organe.

Cet homme, âgé de cinquante ans, concierge, entré dans le service le 20 mars, avait déjà subi trois mois plus tôt la trachéotomie, à cause des troubles dyspnéiques que sa maladie occasionnait.

L'épithélioma présentait une forme toute particulière : par suite d'infiltrations et d'épaississements périchondriques, le larynx avait à peu près doublé de volume dans le sens transversal, de telle sorte que les bords en empiétaient sur la région occupée par les vaisseaux carotidiens et le nerf pneumogastrique.

Dans ces circonstances, un tiraillement, une excitation traumatique du nerf pneumogastrique devenait chose possible, et M. Labbé avait prévenu les assistants de la mort subite qui pouvait en être le résultat; mais la limitation exacte de la lésion et l'absence de tout ganglion dans le voisinage le décidèrent à tenter, malgré ces risques exceptionnels, une opération radicale. Cette opération eut lieu le 2 avril.

Tout alla bien d'abord. On avait endormi le malade à l'aide d'une éponge montée, imbibée de chloroforme et placée sur l'orifice de sa canule trachéale.

Une incision en T fut faite au bistouri, puis on quitta le couteau pour prendre le galvano-cautère, afin d'énucléer le larynx sans perte de sang, en le contournant.

L'opération durait depuis une demi-heure, et rien n'annonçait un accident : la respiration jusque-là était très calme.

Tout à coup les battements du cœur, les mouvements respiratoires cessent brusquement; une pâleur extrême envahit la face, les extrémités se refroidissent, les cornées s'affaissent; la vie semble éteinte.

Le tronc même d'un pneumogastrique avait-il été tiraillé par les doigts qui cherchaient à isoler le larynx? Ou l'excitation foudroyante de ce nerf était-elle plutôt de nature réflexe, due à l'action du thermo-cautère sur un nerf récurrent? Ce point resta douteux. En tout cas, la syncope était tellement complète et elle fut tellement persistante que bien des chirurgiens, sans doute, auraient abandonné cet homme comme mort.

Il y avait déjà un quart d'heure qu'on continuait sans résultat la respiration artificielle, l'aspect de la face restait le même, on ne percevait aucune pulsation dans les artères, aucun bruit au cœur, quand on appliqua un manteau de Mayor sur la région précordiale. On vit que l'épiderme se soulevait, que le derme, pâle d'abord, commençait à rougir. On reprit espoir et courage en présence de ce phénomène vital dépendant de la sphère vaso-motrice. On continua avec entrain la respiration artificielle, en soulevant le malade par les pieds.

Ce ne fut qu'au bout de vingt-sept minutes, — nous puisons ces détails précis dans une note de M. Brain, interne de M. Labbé, — que se fit la première inspiration. En même temps, on perçut dans les bras quelques mouvements musculaires. Trois minutes plus tard, on entendit le cœur battre.

Dès lors, après une demi-heure de respiration artificielle, la physionomie reprit sa couleur, la vie redevint évidente.

On continua encore pendant douze minutes la respiration artificielle. Et, après une interruption de cinquante minutes, on reprit la suite de l'opération.

Quand elle fut terminée, le malade se réveilla très paisiblement, n'éprouvant ni malaise ni envie de vomir.

Quinze jours plus tard, le 16 avril, il commença à se lever et à se promener.

La vaste plaie de la région sus-hyoïdienne s'est comblée petit à petit. Quelques bourgeons épithéliomateux ont nécessité leur ablation au thermo-cautère. Il reste au pharynx une ouverture de la largeur d'une pièce de 1 franc, nécessaire pour le passage de la portion pharyngienne de la canule parlante. Cette portion est en caoutchouc. Elle prend place dans la plaie verticale en gouttière qui s'étend de l'orifice trachéal jusqu'à l'orifice pharyngien et occupe ainsi tout le devant du cou, car la trachée a été sectionnée très près du bord supérieur du sternum.

Le malade porte constamment une canule trachéale; et tous les deux jours on lui essaie une canule parlante; mais cette canule a encore besoin de perfectionnements, car elle donne à la voix un timbre un peu semblable à celui des guimbardes. On comprend cependant très bien ce que cet homme dit en s'en servant.

Pour en revenir à l'accident qui forme l'objet principal de cet article, nous devons noter que déjà il s'était produit chez ce malade une syncope, trois mois plus tôt, lorsqu'on lui fit la trachéotomie.

Mais alors le pneumogastrique n'était pas en jeu, et ce n'était pas une sidération semblable à celle qui succède à la section du nœud vital.

Au point de vue physiologico-pathologique, c'est en cela que l'observation dont il s'agit est remarquable.

En effet on a vu souvent un temps bien plus long s'écouler avant que la vie reparaisse sous l'influence de la respiration artificielle chez les asphyxiés ou chez les noyés, et nous avons rapporté nous-même l'histoire d'une dame traitée par nous après avoir absorbé un flacon de laudanum et

s'être asphyxiée, et qui, après avoir donné les premiers signes de vie au bout de huit heures de respiration artificielle avec brûlures multiples au fer rouge des deux régions sous-claviculaires, ne fut ranimée complètement et définitivement qu'au bout de onze heures de manœuvres ininterrompues.

Cautérisation des ulcérations de la langue dans la coqueluche.

Il y a eu de grandes discussions sur la manière dont on doit expliquer les ulcérations de la face inférieure de la langue, non loin du frein, dans la coqueluche. Lersch les considérait comme des pustules ulcérées, caractéristiques, et se rattachant à la cause essentielle, générale, épidémique de la maladie. Schmidt, au contraire, expliquait leur formation d'une manière toute mécanique, par des déchirures produites sur la langue, pendant les secousses convulsives de la toux, par l'arcade dentaire inférieure.

Notre cher collaborateur, M. Bouchut, qui a beaucoup étudié cette question (voir notamment *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 260; 1865, pp. 285 et 290), discute ces deux opinions dans son *Traité des maladies de l'enfance*, et il paraît plutôt pencher vers la seconde, qu'il fortifie d'arguments nouveaux.

M. le docteur Gay, qui nous adresse une note sur ce sujet, nous dit avoir obtenu souvent la guérison de la coqueluche par le traitement de cette ulcération locale, et il nous cite l'exemple suivant :

« Le 10 juin, je reçus la visite de la nourrice de M..., enfant assistée de la Seine.

Le docteur L... (de Dompierre), qui se trouvait présent accidentellement, constata avec moi chez l'enfant l'existence de la coqueluche.

Je soulevai la langue de la petite malade en l'attirant en haut par le doigt indicateur passé au-dessous de la langue, et, en saisissant cet organe entre ce doigt et le pouce, il nous fut alors facile, de constater sur le frein de la langue et sur les côtés du frein les ulcérations grises blanchâtres que je regarde comme spécifiques.

Je priai mon excellent confrère le docteur L... de pratiquer lui-même la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

Cela fait, je badigeonnai l'intérieur de la bouche avec un tampon de charpie trempée dans la mixture suivante :

Miel blanc, 30 grammes; acide chlorhydrique, 30 gouttes.

Je recommandai à la nourrice de m'apporter l'enfant le lendemain.

Je pratiquai de nouveau la petite opération du jour précédent.

Après deux jours d'intervalle, la nourrice me rapporta l'enfant. Les accès de toux avaient cessé, l'enfant pouvait reposer toute la nuit et ne vomissait plus.

Je pratiquai une nouvelle cautérisation au nitrate d'argent, un badigeonnage de la bouche.

Le 26 juin la nourrice déclarait, devant M. l'Inspecteur des enfants assistés de Moulins, que l'enfant était complètement guérie.

Il avait suffi de quatre cautérisations dans l'ordre indiqué ci-dessus, et de quatre badigeonnages de la cavité buccale.

Au lieu de nitrate d'argent, ajoute M. Gay, le médecin peut employer tout autre caustique sous une forme facile à manier, et dont les effets sont proportionnés avec l'importance de l'ulcère dont on veut obtenir la guérison. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet 1886. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Opérations sur le pharynx. — M. MONOD fait une communication sur les accidents qui peuvent compliquer ces opérations et sur les moyens d'y remédier. Il résulte des recherches qu'il a faites dans les auteurs allemands et anglais que ces accidents qui, d'après les uns, donnent une mortalité de 12 p. 100, d'après les autres de 23,8 p. 100, doivent être attribués à la septicémie buccale. C'est dans le but de prévenir les accidents pulmonaires que Denucé a proposé la trachéotomie préventive. M. Monod a recueilli un assez grand nombre d'exemples de ces accidents pulmonaires consécutifs aux opérations sur le pharynx. M. Lannelongue (de Bordeaux) opère un malade d'un cancer du pharynx; celui-ci meurt le quatrième jour d'accidents pulmonaires. A l'autopsie, on trouve une congestion pulmonaire avec infiltration purulente d'un côté. Il y avait cependant une intégrité apparente de la plaie buccale. Dans un autre cas, il s'agissait d'une récidive cancéreuse dans un ganglion sous-maxillaire ayant nécessité l'ablation du plancher de la bouche. A l'autopsie, on trouve la plaie recouverte de détritus gangréneux; les mêmes lésions gangréneuses se retrouvent dans les bronches avec congestion pulmonaire intense.

Broca extirpe un épithélioma lingual avec le thermo-cautère; le malade meurt de broncho-pneumonie gangréneuse avec intégrité apparente de la plaie buccale. On avait eu recours dans ces cas à la sonde nasale. M. Monod cite un assez grand nombre d'exemples analogues recueillis dans les bulletins de la Société anatomique.

Ces gangrènes pulmonaires paraissent dues à l'entrée, dans les poumons, de microbes pathogènes et de produits infectieux divers avec l'air inspiré. Cornil, G. Sée, etc., admettent cette pathogénie des gangrènes pulmonaires, chez les enfants atteints de noma par exemple. Le même mécanisme est donc admissible chez nos opérés.

Quels sont les moyens de remédier à ces accidents septiques? Ce sont, selon M. Monod, la trachéotomie préventive, la sonde nasale et le tamponnement buccal iodoformé. Les lavages répétés et un tamponnement léger suffisent, sans trachéotomie, pour les opérations pratiquées sur les parties antérieures de la cavité buccale. Dans les autres cas, la large béance de la plaie préconisée par M. Verneuil aurait souvent des inconvénients; cependant elle devrait être acceptée si la trachéotomie chez l'adulte était jugée une opération dangereuse. Mais est-ce là véritablement une opération dangereuse?

M. POLAILLON fait connaître la statistique des grandes opérations qu'il a pratiquées sur le pharynx. Depuis 1878, il a rencontré 37 cas de cancers étendus, à la langue, au plancher de la bouche, au maxillaire, aux amygdales, au pharynx. Sur ces 37 cas, il s'en est trouvé 18 d'inopérables; sur les 19 restants plus une résection du maxillaire pour contracture, il compte 12 opérations suivies de guérison et 8 suivies de mort. Ces 8 décès se répartissent ainsi : 1 syncope à la fin de l'opération, 1 hémorrhagie foudroyante, 2 hémorrhagies secondaires, 2 septicémies buccales, 2 pneumonies. Tout dépend, pour M. Polaillon, de l'aseptie de la plaie buccale. La trachéotomie est inutile si la plaie buccale est aseptique, insuffisante si elle ne l'est pas, et ne fait, dans ce cas, qu'ajouter un danger de plus. M. Polaillon repousse donc la trachéotomie préventive.

Il fait ressortir les avantages de la réunion par première intention, tant au point de vue de l'absence de toute suppuration qu'au point de vue de l'influence morale, l'opéré pouvant se trouver très malheureux en considérant sa plaie ouverte. En outre la non-réunion des lambeaux est inutile pour avoir une bonne antiseptie. Toutefois la non-réunion préconisée par M. Verneuil est indiquée dans certains cas de résection partielle ou temporaire du maxillaire supérieur. C'est

pour avoir négligé cette manière de faire qu'il a récemment perdu un jeune homme opéré d'un polype naso-pharyngien. M. Polaillon rappelle le procédé opératoire qu'il a fait connaître en 1883 (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 266). Sur six opérés de cancer de l'amygdale ou du pharynx par ce procédé, aucun n'a succombé. Pour prévenir les hémorrhagies, il a recours, soit à l'exérèse à l'aide du galvano-cautère, soit à la trachéotomie préventive, soit à la ligature préventive de la carotide externe ou même de la carotide primitive. Mais, en raison des cas de mort survenus par hémorrhagies secondaires à la suite de ces ligatures, il préfère ne lier que les principales branches de la carotide externe. M. Polaillon fait suivre cette communication du résumé de ses observations personnelles.

M. VERNEUIL ne conteste pas l'existence de pneumonies consécutives à de grandes opérations sur la cavité buccale. Il a récemment opéré un homme âgé, d'un épithélioma lingual, qui avait eu une affection des voies urinaires; il a eu recours à l'anse galvanique; pendant les trois jours qu'il a vécu, la bouche est restée aseptique; il est mort de pneumonie le troisième jour. Cette pneumonie n'était pas de nature infectieuse, puisque la plaie buccale était aseptique. La trachéotomie préventive ne l'aurait pas empêché de mourir. Une autre malade, opérée d'épithélioma de la langue, chez laquelle il a fait la réunion de la plaie, est morte le lendemain soir de congestion pulmonaire. Ici non plus, la septicité de la bouche ne saurait être invoquée.

En somme, la mortalité est grande à la suite des grandes opérations sur la cavité buccale. La trachéotomie préventive, dans les cas dont il vient d'être question, ne saurait prévenir ces décès. Si on pratique cette trachéotomie préventive, quand osera-t-on ôter le tamponnement buccal et la canule trachéale, puisqu'un malade de M. Polaillon a été pris de pneumonie le cinquante-troisième jour. En outre, la trachéotomie n'est pas une opération insignifiante chez l'adulte.

Enfin M. Verneuil s'applique à démontrer la rareté de la pneumonie septique à la suite de ces opérations, il ne parle pas de la pneumonie des cachectiques, cancéreux ou autres, qui n'a rien à voir avec la pneumonie septique. Le véritable danger, c'est la septicémie buccale et aussi les hémorrhagies secondaires. Le tamponnement de la cavité buccale avec l'iodoforme, l'application de la sonde naso-œsophagienne, constituent de réels progrès au point de vue de l'antiseptie buccale. Un point également très important est de bien assurer l'écoulement des liquides; les plaies largement ouvertes sont très favorables à ce sujet. C'est encore le meilleur moyen d'obtenir une apyrexie complète.

M. MONOD dit qu'il ressort de cette discussion que les opérations sur la cavité bucco-pharyngienne sont des opérations graves. Tous les chirurgiens sont d'accord sur l'importance qu'il y a, dans ces cas, à obtenir la meilleure aseptie possible. Il est loin d'admettre que la trachéotomie préventive doive être la règle dans toutes ces opérations; mais il la croit formellement indiquée dans les cas où la cavité pharyngienne est largement ouverte. Quant au maintien de la canule trachéale, il n'est utile que pendant la période dangereuse des plaies, c'est-à-dire huit à dix jours.

Traitement des fractures. — M. MARC SÉE prend la parole à l'occasion de la communication de M. Lucas-Championnière sur le traitement de certaines fractures, consistant à supprimer les appareils et à pratiquer le massage. Contrairement à M. Lucas-Championnière, M. Sée croit qu'il faut immobiliser les fractures; mais il ajoute qu'il faut de bonne heure imprimer des mouvements aux articulations voisines des fractures, pour éviter ces raideurs articulaires consécutives si pénibles. Il importe d'assurer la résolution des épanchements séreux et sanguins; si le massage remplit ce but, la bande de caoutchouc, déjà préconisée par M. Sée pour le traitement de l'entorse, rend également à ce point de vue de très grands services. Elle favorise et hâte la formation du cal.

M. Sée cite plusieurs cas de fracture du péroné et autres traitées avec succès par la compression élastique.

Tumeur adéno-cystique de la parotide. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. Cabanet, relative à une tumeur cystique et adénoïde de la parotide, opérée par le bistouri et la chaîne d'écraseur. Les suites de l'opération furent simples; mais il resta une fistule salivaire assez rapidement guérie par des cautérisations. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un kyste adénoïde de nature bénigne.

M. Terrier préfère, dans ces cas, une dissection attentive avec le bistouri à l'emploi brutal de la chaîne d'écraseur.

Opération de Battey. — M. POZZI présente une malade à laquelle il a pratiqué, il y a cinq mois, l'opération de Battey. Il lui a enlevé les deux ovaires, qui étaient prolabés et douloureux. L'un des ovaires contenait quatre petits kystes. Depuis, cette malade qui souffrait horriblement depuis quatre ans n'éprouve plus aucune douleur.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXXVI

MES VOYAGES A PARIS.

1818-1864.

De 1818 à 1864, j'ai exécuté huit voyages à Paris, presque tous dans l'intérêt de mes publications scientifiques, que la modicité de ma fortune ne me permettait pas d'éditer moi-même. Mes amis de l'Académie des sciences m'ont généreusement accordé leur crédit et leur appui auprès de la commission de publication de la savante compagnie. Ceux de mes travaux entomologiques qui ont été honorés de prix ou de mentions au concours pour les prix de l'Institut (de la fondation Montyon) ont été imprimés, avec les dessins afférents, dans plusieurs tomes des *Mémoires présentés par divers savants à l'Académie des sciences;* au récit de ces voyages successifs, j'ajouterai mes Souvenirs de quelques congrès scientifiques de la Société botanique de France, auxquels j'ai assisté pendant ces dernières années.

1818.

Il y avait douze ans que je n'étais point revenu à Paris lorsque je me décidai, en avril 1818, à y aller pour revoir la grande ville et les nombreux amis que je savais y retrouver. Je partis avec une société de six personnes : M. de T... et sa jolie fille N.; les gentilles fillettes O. et A. de B..., un aumônier, M. l'abbé de B., et moi médecin, nous formions le personnel d'une voiturée... Aujourd'hui, 1859, nous ne sommes plus que deux survivants, O. et moi. Un voiturin de Mont-de-Marsan se chargea, moyennant 100 francs par tête (600 francs), de nous transférer de Saint-Sever à Paris avec la même voiture et les mêmes chevaux. Ce voyage dura quatorze jours, tandis qu'aujourd'hui ce même trajet se fait en quatorze heures... ô puissance de la vapeur. A Tours, au lieu de prendre la route d'Orléans, nous suivîmes celle par Vendôme, Chartres, Versailles, Saint-Germain-en-Laye. Dans cette dernière ville, nous installâmes les trois fillettes au couvent des religieuses de Saint-Thomas de Villeneuve, dont nous visitâmes les bâtiments avec la supérieure, madame de Vassal. Ce même jour, 4 mai, nous arrivâmes à Paris, hôtel des Ministres, rue de l'Université. On peut voir dans le Journal de mon séjour tout ce que je déployai d'activité physique et morale pour visiter choses et personnes, manufactures, ponts, halles, musées, églises, cimetières, théâtres, ateliers de mosaïque, panoramas, hôpitaux, environs de Paris.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 624.

Parmi mes anciens amis de science, je retrouvai avec bonheur les suivants :

Cuvier, Latreille, Bosc, Richard, Ramond, Desfontaines, Jussieu, Léman, Desmarest, Régley, Turpin, Loiseleur, Mérat, Clarion, Dupetit-Thouars, La Billardière, Brongniart, Duméril, Persoon, Mirbel, Palisot de Beauvois, de Candolle, Massey, Geoffroy-Saint-Hilaire.

En 1859, lorsque je tiens encore la plume, tous sont morts, sauf Duméril.

J'eus aussi la vive satisfaction de revoir à Paris et des généraux et des camarades de l'armée d'Aragon : Suchet, Haxo, Rogniat, Valée d'Esclaibes, Bugeaud, Bondurand, Ricard, Larrey, Péridon, Broussais, Treille, Chamberet, Delherbe.

En 1859, tous morts, sauf Chamberet.

Je me complais aussi à inscrire les noms des personnes avec lesquelles j'avais jadis des relations plus ou moins intimes et d'autres dont je fis alors la connaissance.

Les docteurs Sorlin, Bréchet, professeur à l'École de médecine, Rullier, professeur, Aumont, mes anciens condisciples à l'hôpital de la Charité, Direz, l'ancien conventionnel et sénateur des Landes.

Gaillard (de Saint-Sever). — Mon condisciple à l'École centrale, élève distingué, fils d'un architecte, fut appelé à Paris en 1809 par un ingénieur qui lui procura un emploi lucratif dans l'entreprise du pavage de Paris. Plus tard, il acquit une bonne situation dans le service des pompes funèbres ; en peu d'années, il fit une fortune de 200000 francs. Il possédait une belle maison au quai de Billy; je le revis en 1845, bien déchu sous tous les rapports, il fut atteint de paralysie; il s'était marié avec une femme acariâtre.

Xavier de Portets (de Saint-Sever). — Avocat, professeur à l'École de droit, trente-deux ans, taille au-dessous de la moyenne, un peu d'embonpoint, jolie figure, nez aquilin, grande activité de corps et d'esprit, allure quelque peu gasconne, verbe haut, facile, abondant et précipité, sentiments religieux, légitimiste ardent, célibataire, de bonne famille, sans fortune à son arrivée à Paris, en 1815; d'abord répétiteur, puis greffier dans une mairie de Paris, il devint avocat, puis professeur à l'École de droit. Très économe dans sa vie privée, il était très généreux dans ses actes de charité; il est mort en 1855, d'un ramollissement cérébral aigu, laissant une mémoire vénérée et 1 million de fortune.

Baron de Férussac. — Conchyliologiste, jeune homme grand, maigre, efflanqué, riche, adonné avec passion à l'étude des coquilles terrestres et fluviatiles. Il me fit très bon accueil; j'eus l'heureuse chance de lui offrir une coquille fluviatile d'Espagne, nouvelle pour la science, et à laquelle il donna le nom de *Melanopsis Dufourii*.

Baron Poyferré de Cère (de Mont-de-Marsan). — Nous nous étions rencontrés à l'armée d'Espagne, lors de la retraite de Madrid; en 1818, cinquante ans, taille ordinaire, corps maigre, très sec, homme d'esprit, instruction variée, un peu superficielle, parole saccadée, musicien passionné pour le violon; a rempli des rôles divers en politique. Sa mission des mérinos pour l'impératrice Joséphine lui avait valu les lazzis de la presse. Député des Landes à la Restauration, préfet de la Charente-Inférieure, mort conseiller de préfecture à Mont-de-Marsan en 1857, laissant une grande fortune.

Duc Decazes, ministre de l'Intérieur. — Notre préfet, M. d'Haussez, son ami, nous avait donné une lettre d'introduction auprès de Son Excellence. Nous fûmes parfaitement accueillis; nous passâmes dans son hôtel une fort agréable soirée où il y avait affluence de notabilités. Grand et bel homme de quarante ans, figure régulière et distinguée, beaucoup d'esprit et d'habileté. A cette époque, le duc Decazes avait un grand ascendant sur le roi.

Méchin. — Notre ancien préfet des Landes, puis préfet du Nord; administrateur éclairé, littérateur instruit, auteur de plusieurs ouvrages, plein de bons souvenirs de son premier département, il nous reçut à bras ouverts; mis de côté à la Restauration, il s'est lancé dans les spéculations financières.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur E. Bouchut, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, officier du 15 octobre 1871.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Diday, doyen des chirurgiens des hôpitaux de Lyon, J.-F. Colard (d'Ornans).

— Par décret en date du 24 juin 1886, inséré au *Journal officiel* du 8 juillet, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Baudouin, directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Hurst, Giard, Fée, Tarneau; M. le médecin-major de première classe Millet; M. le pharmacien principal de première classe Marty.

Au grade de chevalier. — M. le médecin principal de deuxième classe Laveran; MM. les médecins-majors Billet, Magdelaine, Duprey, Ribard, Granjux, Grach-Laprade, Dubarry, Bressy, Cordier, Playoust, Mazellier, Pouchet, Gresniou-Menuau; MM. les pharmaciens-majors Burcker, Marty; MM. les docteurs Leroux, médecin à l'hôpital mixte de Caen, de Gauljeac, médecin à l'hôpital mixte d'Agen.

— Par décret, en date du 8 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Albert, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Limoges. — Est désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hospice de la Charité à Lyon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Feuvrier, médecin-major de première classe en mission diplomatique au Montenegro. — Est maintenu dans ses fonctions actuelles au Montenegro.

(Choix.) M. Bablon, médecin chef de l'hôpital de Chambéry. — Est désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Perpignan.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Le Bouvillois. — Est affecté au 114e d'infanterie.

(Choix.) M. Belleau, attaché à la direction du service de santé au ministère de la Guerre. — Est maintenu dans son emploi actuel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Leprêtre. — Passe du 2e au 24e d'artillerie.

M. Baudisson. — Passe du 1er hussards au 40e d'infanterie.

M. Perrin. — Est désigné pour le 25e dragons.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 juillet 1886, la chaire de pathologie comparée du Muséum d'histoire naturelle a été déclarée vacante.

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Étienne vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garand, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coqueret, médecin en chef honoraire de la police municipale, officier de la Légion d'honneur, décédé le 8 juillet 1886, à l'âge de soixante-dix-sept ans. Les obsèques de notre confrère auront lieu le samedi 10 courant, à onze heures très précises, en l'Église Saint-Roch.

— *Erratum.* — Le nom de l'auteur de la note « Sur le rôle de la dissociation en biologie » (*Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 622) doit être ainsi rétabli : *docteur Brasse.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19797.

N° 81. — MARDI 13 JUILLET 1886. 59e ANNÉE MARDI 13 JUILLET 1886. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Apoplexie cérébrale; hémorrhagie ou ramollissement.

Deux malades, l'une qui a succombé dans la nuit de vendredi à samedi, l'autre qui est encore dans nos salles, vont être le sujet de cette leçon.

Je commence par la dernière, qui est couchée au n° 23 de la salle Sainte-Anne. C'est une femme de quarante-six ans, qui s'est toujours bien portée jusqu'à il y a deux ans, époque à laquelle elle aurait eu, dit-elle, des douleurs rhumatismales dans les membres, douleurs qui me paraissent plutôt rhumatoïdes et dont elle a parfaitement guéri.

Il y a deux mois elle était dans son jardin en train de couper du pain lorsque, tout à coup, elle est tombée par terre, mais sans perdre connaissance. Relevée aussitôt, transportée dans sa chambre et mise au lit, on constata qu'elle était complètement paralysée de tout le côté droit du corps, en même temps qu'elle avait perdu la parole. Soignée chez elle pendant quelque temps, sans qu'il en résulte aucune amélioration, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital, il y a huit jours, et voici ce que nous avons constaté : une hémiplégie caractérisée par l'absence complète de mouvements dans le côté droit, non pas une hémiplégie flasque, mais avec un certain degré de contracture ; hémiplégie de la partie inférieure de la face moins prononcée cependant que celle des membres ; paralysie aussi un peu de la partie supérieure de la figure, ce qui est plus rare ; enfin hémianesthésie et impossibilité absolue de parler ou plutôt de prononcer d'autres mots que *oui* et *non*. Cependant aujourd'hui elle a pu dire : *mon Dieu*.

D'autre part l'intelligence paraît conservée, la mimique n'est nullement abolie, cette femme comprend très bien toutes les questions qu'on lui fait, mais elle n'a plus la mémoire des mots, c'est-à-dire qu'elle a une aphasie simple caractérisée par la perte de la mémoire des mots et non par la paralysie de la langue.

Quant aux fonctions générales, elles sont assez bien conservées ; la malade mange avec appétit, elle digère bien, elle n'a ni constipation ni diarrhée ; par contre, la miction et la défécation sont inconscientes, autrement dit il y a incontinence des urines et des matières fécales. De plus, une eschare s'est formée à peu près à la partie médiane au niveau du sacrum et un peu sur la fesse droite, eschare due non pas au défaut de vitalité résultant de l'attaque qu'elle a eue il y a deux mois, mais à la position couchée et à cette incontinence même qui fait que la peau de cette région est constamment baignée et souillée par l'urine et les matières excrémentitielles.

En résumé, notre diagnostic est celui d'attaque d'apoplexie, caractérisée par la perte des mouvements, de la sensibilité et par l'aphasie, apoplexie dont le siège réside dans la troisième circonvolution frontale gauche ou circonvolution de Broca, et gagnant d'arrière en avant la pariétale ascendante, le corps strié, les couches optiques, la capsule externe et peut-être aussi la capsule interne. Quant à la nature même de la lésion cérébrale, hémorrhagie ou ramollissement, il est extrêmement difficile en général de se prononcer ; je laisse de côté bien entendu toute pensée d'une tumeur cérébrale. Tout ce que je puis dire, c'est qu'il s'agit d'une lésion en foyer et non pas d'une lésion diffuse.

Si nous ne nous en rapportions qu'à l'ictus, à la manière subite dont cette femme a été frappée, sans prodromes, sans phénomènes antérieurs, sans perte de connaissance, je serais beaucoup plus porté à diagnostiquer une hémorrhagie cérébrale ; tandis que l'aphasie persistante indique plutôt un ramollissement, car les autopsies ont démontré que sur dix cas d'aphasie survenus dans ces conditions, on trouvait huit fois du ramollissement cérébral et deux fois seulement des hémorrhagies.

Quoi qu'il en soit, tant de phénomènes sont les mêmes en raison de la destruction d'une partie limitée des fibres du cerveau, qu'un diagnostic plus précis que celui d'apoplexie est extrêmement difficile, et que l'on doit s'en contenter dans la plupart des cas, en laissant de côté la nature de la maladie.

Mon diagnostic a donc été : apoplexie cérébrale dont le siège est dans les points que j'ai indiqués tout à l'heure, tout en ayant une certaine tendance à ajouter le mot de ramollissement, en raison surtout de l'aphasie et aussi d'une série de cicatrices blanches, assez arrondies, effacées,

non saillantes, sur les membres et le tronc. Ces cicatrices sont assez semblables aux cicatrices de lésions syphilitiques tertiaires ; la malade paraît en ignorer l'origine. Il se pourrait donc que son apoplexie cérébrale se liât à quelque état athéromateux, de nature syphilitique, des artères du cerveau, d'où j'opinerais plus volontiers pour le ramollissement que pour l'hémorrhagie.

Quant au pronostic, il y a deux mois que cette femme est malade, et les phénomènes d'aphasie, d'incontinence, d'eschare au sacrum, persistent encore, d'où je dois conclure qu'elle ne guérira pas, peut-être recouvrera-t-elle la mémoire de quelques mots ; en tous cas, elle est appelée à rester infirme pendant le reste de ses jours.

J'ajoute que son infirmité est de celles pour lesquelles la thérapeutique est absolument impuissante. En dehors des toniques et d'une bonne alimentation, peut-être pourrions-nous lui donner de l'iodure de potassium vu les présomptions de syphilis tertiaire, mais c'est tout.

— La seconde malade, — celle qui a succombé dans la nuit de vendredi à samedi, — est une femme de cinquante-sept ans, entrée comme hémiplégique à la fin de décembre dernier.

Son hémiplégie siégeait du côté gauche, d'où absence d'aphasie et conservation de la mémoire et de la parole. Bien portante jusqu'au jour de son attaque d'apoplexie, avec perte de connaissance et anesthésie.

Elle est arrivée à l'hôpital six jours après cet accident, présentant, outre son hémiplégie et son hémianesthésie, quelques troubles intellectuels, si passagers, cependant, que huit ou dix jours plus tard il n'y paraissait plus. Mais à ce moment-là une eschare superficielle s'était produite sur la fesse gauche, non plus cette fois par pression, mais par défaut de vitalité des tissus, suite de l'apoplexie.

Chez cette malade, l'hémiplégie et l'hémianesthésie compliquées aussi de contracture ont persisté. Cependant elle n'allait pas trop mal lorsque vendredi soir elle se plaignit du froid, éprouva quelques malaises; néanmoins elle mangea comme d'habitude, et le lendemain matin à cinq heures, sans qu'aucun phénomène particulier se fût manifesté, on l'a trouvée morte dans son lit.

Mon diagnostic ici avait été apoplexie, lésion en foyer occupant — mais du côté gauche — les mêmes régions du cerveau que chez la précédente malade : troisième circonvolution frontale, circonvolution pariétale ascendante, corps strié, couches optiques, capsules externe et interne; et en raison de l'eschare de la fesse, de la diminution des accidents quelques jours après l'attaque, j'avais pensé à l'hémorrhagie cérébrale, de préférence au ramollissement, tout en faisant les réserves dont je vous ai parlé en commençant.

L'autopsie a infirmé cette seconde partie du diagnostic; la lésion se rapporte beaucoup plus au ramollissement qu'à l'hémorrhagie, mais le siège est bien celui que nous avons indiqué.

Le foyer de ramollissement est si considérable que nous pouvons nous demander comment cette femme a pu vivre aussi longtemps après son attaque d'apoplexie. Cependant nous ne trouvons absolument rien qui nous explique la cause immédiate de sa mort, pour ainsi dire subite, survenue sans aucun phénomène morbide.

HOPITAL NECKER. — M. LÉON LE FORT.

Kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Nous avons en ce moment dans le service deux malades opérées d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil. L'une est une jeune fille de dix-huit ans, portant depuis sa naissance une tumeur à la base de la paupière supérieure gauche, vers l'angle externe de l'orbite au-dessous de la queue du sourcil. Restée longtemps très petite, cette tumeur a pris de l'accroissement depuis quatre ans, et la malade a tenu à en être débarrassée. Le diagnostic ne pouvait être douteux en raison du siège de la tumeur, de sa forme régulière et de la mobilité de la peau à sa surface ; aussi je n'ai pas songé à l'emploi de l'acide nitrique par mon procédé, qui réussit si admirablement pour les kystes sébacés, et j'ai procédé à l'énucléation du kyste après l'avoir mis à nu par une incision. Il est toujours désirable d'enlever le kyste sans l'ouvrir, c'est le meilleur moyen de s'assurer d'une extirpation complète de la poche ; mais dans ce cas, nous avons eu affaire à un kyste se prolongeant en arrière dans l'orbite, et je n'ai pu enlever ce prolongement qu'après avoir ouvert la tumeur et vidé son contenu. La réunion immédiate ne s'est pas faite dans la profondeur, la plaie a suppuré pendant quelques jours, et aujourd'hui la guérison est complète.

La seconde malade, âgée de trente ans, présentait un kyste de même nature et dans des conditions semblables, sauf l'absence de prolongement orbitaire. Aussi l'extirpation faite par M. Routier a-t-elle pu être pratiquée sans ouvrir la poche. Elle est aujourd'hui presque complètement guérie.

Que faut-il donc entendre par kyste dermoïde? Quelle est la nature de cette tumeur? Quelles indications thérapeutiques présente-t-elle ? C'est ce que nous allons examiner.

Les kystes dermoïdes ont été ainsi appelés parce que leur paroi est très analogue au derme, qu'on y retrouve une partie des éléments de la peau et qu'on rencontre dans l'intérieur de ces kystes des produits de sécrétion de la peau, des poils, des cheveux, quelquefois des dents, etc. Ils sont très anciennement connus ; Celse notamment les a signalés sous la dénomination de tumeurs renfermant des cheveux dans leur intérieur. A la fin du siècle dernier John Hunter parle, mais sans prononcer le mot de *dermoïde*, de kyste avec poils siégeant aux environs du sourcil ; plus tard nous trouvons en 1816 Cruveilhier, en 1818 Astley Cooper, etc., puis Dupuytren qui insiste sur la nécessité d'enlever ces kystes en totalité ; enfin Follin, en 1852, qui nous montre que ces kystes n'ont pas leur paroi formée par une enveloppe glandulaire comme les kystes sébacés, mais bien par une enveloppe dermoïde, d'où leur nom.

En effet, si nous en étudions l'anatomie pathologique, nous constatons l'existence d'une enveloppe présentant tous les caractères du derme et ayant à l'intérieur un revêtement épithélial comme l'épiderme et formant une poche très vasculaire avec poils, glandes sudoripares et quelquefois des lamelles épidermiques ayant subi une évolution anomale.

M. Nicaise a rapporté il y a deux ou trois ans une observation de kyste huileux, c'est-à-dire renfermant un liquide ayant tout l'aspect de l'huile d'olive. J'ai rencontré aussi deux kystes, semblables comme contenu, et dans lesquels M. Regnault a trouvé de la mucine très pure.

Le siège de ces kystes est surtout à la partie externe du

sourcil, quelquefois mais plus rarement à la partie interne, sur le rebord supérieur de l'orbite. On a dit qu'ils siégeaient plus souvent à droite qu'à gauche; je l'ignore, mais ce que je sais, c'est que chez nos deux malades le kyste est à gauche. On les rencontre aussi sous l'orbite ou à l'extérieur de l'orbite, reposant sur le frontal. L'une de mes malades avait son kyste légèrement enfoncé dans l'orbite. Parfois encore le kyste n'est pas au-dessous du sourcil, mais au-dessus de lui, sur le front. Dans ce dernier cas, il contracte souvent des adhérences intimes avec le périoste et l'os frontal lui-même peut être excavé, voire même en partie perforé.

Les kystes dermoïdes du sourcil ne sont pas superficiels mais profonds, enfoncés sous l'orbiculaire. Leur histoire est très intéressante. Quand Meckel en 1819 en voulut donner une description, il leur attribua une origine singulière, fruit d'une imagination déréglée; il les considéra comme des fœtus manqués, les confondant ainsi avec certains kystes abdominaux où il y a une véritable inclusion fœtale. Geoffroy Saint-Hilaire parlait aussi d'inclusion fœtale et disait que deux ovules fécondés pouvaient se développer de telle sorte que l'un d'eux se trouvât enveloppé dans l'autre à un moment où le développement était incomplet, et l'on trouvait ainsi dans l'intérieur du corps des poches renfermant des poils, des dents, des débris d'os, etc. Ces kystes se rencontraient surtout dans la région sacrée.

En 1852, Lebert a réuni dans un important Mémoire tous les cas de kyste dermoïde, publiés depuis le xvie siècle, sous le titre de *Hétérotopie plastique*, et a formulé cette loi de pathologie générale :

« Beaucoup de tissus et des organes complexes peuvent se former de toutes pièces dans les endroits du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre point. »

En 1855 M. Verneuil a donné une excellente description de la formation de ces kystes, en exposant le développement des arcs branchiaux dans l'embryon humain, la soudure normale et anomale des fentes branchiales, de sorte que en réalité les kystes dermoïdes de la queue du sourcil seraient dus à une anomalie dans la fusion des arcs branchiaux.

Ceci très succinctement résumé, passons à la symptomatologie. Elle est ici telle que le diagnostic de la maladie est très facile. En effet la tumeur kystique existe dès la naissance, mais comme son évolution est lente, les parents ne s'en aperçoivent guère généralement que vers l'âge de sept ou huit ans; voilà pourquoi la plupart du temps ils n'en font pas remonter l'apparition avant cet âge. Ainsi pendant la première partie de la vie du sujet, le kyste dermoïde reste très petit, et il n'acquiert un certain volume que vers l'âge de quatorze ou quinze ans, peut-être, dirons-nous, parce que c'est l'époque où le système pileux commence à se développer, peut-être aussi parce qu'à cet âge la peau est le siège d'une plus grande activité.

Le volume des kystes dermoïdes du sourcil est très variable; il est tel quelquefois qu'il cache totalement l'œil. La peau qui les recouvre est libre, mobile à leur surface, ce qui distingue ces kystes de la tanne ou du kyste sébacé dans lequel la matière s'est accumulée dans les follicules sébacés par suite de l'oblitération des conduits. Par contre les kystes sébacés sont mobiles sur les parties profondes, tandis que les kystes dermoïdes sont en grande partie adhérents. Enfin nous invoquerons, parmi les signes diagnostiques, le siège de prédilection même des kystes dermoïdes qui affectent la queue du sourcil ou, pour parler d'une façon plus générale, la région sourcilière.

Comme diagnostic différentiel, nous dirons aussi que le kyste dermoïde ne saurait être confondu avec une autre tumeur congénitale telle, par exemple, que l'encéphalocèle résultant de l'absence de soudure d'une fente branchiale, mais dans ce cas la tumeur est molle, pulsatile, etc., elle n'est autre enfin qu'une hernie du cerveau.

Quant aux lipomes, ils sont mobiles sous la peau, il est vrai, mais ils sont peu adhérents aux parties profondes, ils sont aussi plus ou moins lobulés, caractère que ne présente pas le kyste dermoïde. D'ailleurs, au point de vue du traitement, le diagnostic ne serait pas des plus importants, et l'erreur, dans ce cas, n'aurait pas de gravité.

La thérapeutique à préconiser est des plus nettes : enlever toute la poche sous peine de récidive; par conséquent ni séton, ni simple incision pour l'évacuation du contenu, mais bien l'extirpation totale. Seulement l'opération est assez délicate en raison des adhérences de la poche kystique sur les parties profondes, en raison aussi du voisinage très rapproché du ligament suspenseur de la paupière. Aucun autre procédé que l'extirpation ne me convient, malgré ces adhérences, alors même que le kyste serait en partie enfoncé dans l'orbite, et j'ajoute : mieux vaut encore alors enlever ce qu'on pourra, quitte à faire suppurer le reste. Mais si la poche adhère au périoste, faut-il respecter celui-ci? Nullement, car vous n'avez à craindre ni carie ni nécrose, et le tout guérira généralement bien.

HOPITAL D'ELBEUF. — M. Buffet.

Épithélioma du col utérin chez une femme de 31 ans; anémie considérable; hystérectomie vaginale; hémostase avec les pinces longues de Péan. Guérison.

L'hystérectomie vaginale pour les cas de cancer utérin est une opération nouvelle, du moins en France; elle n'est pas définitivement jugée comme méthode, et le dernier mot n'est pas dit encore relativement au manuel opératoire qu'il convient d'employer.

Nous avons pensé qu'il pouvait être utile de publier, à titre de simple document, l'observation suivante qui nous a paru intéressante tant pour le manuel opératoire usité que pour le résultat que nous avons obtenu.

La femme K..., âgée de trente et un ans, mère de trois enfants, est entrée le 18 avril à l'hôpital d'Elbeuf dans mon service pour un épithélioma végétant du col utérin.

La santé s'est altérée depuis deux ans environ, hémorrhagies abondantes d'abord à chaque époque menstruelle, puis se renouvelant plus souvent et déterminant une décoloration complète des tissus.

A son entrée à l'hôpital, l'examen démontre un épithélioma végétant du col, si volumineux qu'il remplit toute la cavité vaginale. Les végétations sont très friables et s'enlèvent avec les doigts très facilement; il s'écoule un liquide purulent très abondant et fétide qui contribue pour une bonne part à affaiblir la malade. Le toucher rectal indique que l'utérus est mobile. Le vagin et les ligaments larges sont indemnes, mais la limite supérieure de l'affection paraît se prolonger au delà du col de l'utérus.

La malade réclame l'opération avec insistance, et l'intervention radicale nous paraît légitime. Le docteur Boutroux qui a vu la malade avec nous partage absolument notre avis. L'opération es

pratiquée le 26 avril à trois heures du soir avec l'aide de mes confrères les docteurs Boutroux, Bideut, Kuhn et Boyer. La malade étant endormie, la vessie est vidée et un cathéter est maintenu dans sa cavité; des valves plates à manche écartent les parois du vagin, et le col est saisi avec deux pinces de Museux.

L'utérus est difficilement abaissé, et le col, très volumineux, remplit complètement l'ouverture de la vulve, ce qui donne une certaine difficulté à la suite de l'opération.

Je fais au bistouri l'incision du cul-de-sac antérieur, je décolle la vessie et j'ouvre le péritoine au fond de la plaie avec l'index. La même manœuvre est répétée en arrière pour l'incision du cul-de-sac postérieur et le décollement du rectum. Il m'est possible à ce moment de saisir un peu plus haut avec les pinces le tissu même de l'utérus et de profiter de cette prise plus solide pour attirer la matrice en bas; mais j'obtiens avec peine un abaissement de quelques millimètres.

Je fais alors, suivant la méthode de Récamier, basculer le fond de l'utérus en avant, et j'amène à la suite les deux ovaires. Cette manœuvre qui n'est pas toujours possible et qui a été essayée sans succès par Gillette, rend la saisie des ligaments larges beaucoup plus facile.

Le ligament droit est saisi avec le doigt gauche recourbé en crochet. Cette manœuvre rend également assez facile l'application d'une pince longue qui comprend le ligament en entier, et la section est faite en dedans de la pince.

La même manœuvre est répétée pour le ligament gauche et réussit de la même façon. L'utérus est enlevé et il ne s'écoule pas une goutte de sang sur la surface de section.

Je fais une toilette du péritoine avec des éponges phéniquées; il s'écoule alors un peu de sang qui provient de la surface de section du vagin, j'applique aussitôt une petite pince et tout s'arrête.

Je ne fais pas de suture des parois vaginales et je bourre le vagin de deux éponges fines. La région est recouverte de taffetas gommé et de ouate, le tout maintenu par un bandage en T.

L'opération a duré trois quarts d'heure.

Température après l'opération, 35°,7.

Un vomissement le soir à neuf heures. Piqûre de morphine, lait glacé, champagne.

Deuxième jour. — Température : 36°,3 matin, 36°,8 le soir.

Vomissements fréquents, rejet de toutes boissons, peu de douleurs dans le ventre. Urine avec la sonde trois fois par jour.

Les pinces sont retirées le soir à quatre heures, vingt-quatre heures après l'opération, pas d'hémorrhagie. Un tube en caoutchouc remplace les pinces absentes, il est maintenu par deux nouvelles éponges.

Troisième jour. — Température : 36°,9 matin, 37°,2 le soir.

Les vomissements continuent, la malade est très faible.

Potion avec éther, 2 grammes, et laudanum 10 gouttes; une piqûre de morphine la nuit.

Quatrième jour. — Température : 37°,3 matin, 37°,4 le soir.

Les vomissements s'arrêtent. Un peu de bouillon froid. On continue la potion avec éther et laudanum. Les jours suivants les vomissements ne se reproduisent pas et la malade reprend des forces.

Le cinquième jour, le tube et les éponges sont retirés, et on fait une injection chaque matin avec eau phéniquée faible. L'intestin fonctionne bien et la vessie se vide seule à partir du quatrième jour.

Le septième jour, point pleurétique à gauche traité par un vésicatoire.

La température, normale le matin, s'élève le soir, sous l'influence de cette complication, à 38 degrés, et le même phénomène se reproduit pendant une huitaine de jours jusqu'à guérison de la pleurésie.

Enfin la malade se rétablit assez promptement et demande sa sortie le 26 mai.

Je l'ai revue le 25 juin; l'état général est excellent, l'appétit et la gaieté sont revenus à la malade. Le visage est rosé; il y a toutes les apparences d'une bonne santé. La réunion du vagin s'est faite, et l'opérée n'éprouve aucune souffrance de ce côté.

L'utérus enlevé présentait un col d'une dimension énorme (circonférence de 22 centimètres). La partie vaginale était recouverte de végétations très friables; la portion sus-vaginale était infiltrée jusques et y compris la partie inférieure du corps de l'utérus, qui mesurait 9 centimètres comme dimension verticale et 6 centimètres comme diamètre transversal.

Les difficultés de l'opération peuvent se résumer dans les points suivants :

1° L'abaissement de l'utérus pour amener le col au niveau de la vulve a été assez difficile parce que le tissu morbide se déchirait sous les mors de la pince; de plus le col était si volumineux qu'il comblait l'orifice vulvaire et empêchait de voir nettement la marche du bistouri dans les culs-de-sac.

2° Le mouvement de bascule du corps de l'utérus a été facile : il n'en est pas toujours ainsi, mais quand il est possible nous croyons qu'il facilite beaucoup l'application des pinces hémostatiques.

3° La ligature des ligaments larges et l'hémostase en général sont le point qui nous préoccupait le plus avant de commencer l'opération.

Au mois de janvier dernier M. Richelot faisait remarquer à la Société de chirurgie que sur les huit cas d'hystérectomie vaginale pratiqués par les membres de cette Société, on avait obtenu quatre guérisons et quatre morts. Les causes presque exclusives de la mort avaient été la péritonite, les hémorrhagies et le collapsus. Or M. Richelot pensait qu'une hémorrhagie a été souvent la cause méconnue de la péritonite.

D'un autre côté, presque tous les opérateurs s'accordent à dire que l'application des fils sur les ligaments larges constitue le temps le plus difficile de l'opération. Dans les cas de MM. Richelot, Gillette, Tillaux, Trélat, Terrier, elle a toujours été une manœuvre longue et pénible.

On devait donc songer à employer un moyen hémostatique plus rapide et plus sûr que l'application de fils; ce moyen a déjà été employé par MM. Péan, Trélat et Terrier (ces deux derniers ne l'ont, il est vrai, employé qu'accessoirement), il consiste à placer sur chaque ligament large une pince longue qu'on laisse vingt-quatre heures.

Dans notre cas, l'application de la pince a été facile grâce à la position de l'utérus dont nous avons fait basculer le fond en avant; mais en supposant qu'on soit forcé d'introduire la pince parallèlement au bord de l'utérus resté à sa place, nous croyons que la manœuvre n'en serait pas beaucoup plus difficile. Un seul point nous paraît devoir fixer toute l'attention des opérateurs, c'est celui qui a trait au danger de saisir l'uretère entre les deux branches de la pince. Nous avons été assez heureux pour éviter ce danger, mais nous croyons que quelques recherches pratiques dans ce sens seraient des plus utiles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juillet 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Morphinisme. — M. DESNOS, dans la dernière séance, à l'occasion de l'observation communiquée par M. Moutard-Martin, a fait allusion à une malade qui absorbait des doses énormes de morphine en injections sous-cutanées; des renseignements qu'il a

pris depuis sur cette malade, il résulte qu'elle absorbe ainsi 3 grammes de chlorhydrate de morphine par jour.

Guérison apparente d'une cirrhose avec ascite. — M. **TROISIER** communique l'observation d'un homme de cinquante-six ans, alcoolique, entré dans son service le 27 mai, avec une ascite, de l'œdème des extrémités, le facies terreux, les urines rares, sans albuminurie ni affection cardiaque. Pendant cinq ou six jours l'ascite augmenta au point que M. Troisier l'évalua à 8 litres environ. Sous l'influence du régime lacté, il se produisit une diurèse abondante; la quantité d'urine s'éleva de 500 grammes à 4 et 5 litres par jour. En même temps l'ascite diminua et, en l'espace de dix jours, finit par disparaître complètement. Cet homme semble aujourd'hui guéri. M. Troisier rappelle que M. Leudet a signalé des cas analogues.

M. **MOUTARD-MARTIN** fait observer que la disparition de l'ascite dans les cas de cirrhose n'est pas un fait aussi rare qu'on le croit. Il a lui-même plusieurs fois constaté cette disparition de l'ascite à la suite de l'emploi des drastiques répétés; mais c'est là une disparition de symptôme et non une guérison, car l'ascite finit presque toujours par reparaître.

M. **RICHARD** a constaté un cas analogue à celui de M. Troisier. Il s'agit d'une malade atteinte de cirrhose avec ascite, arrivée à un état cachectique, et qui, après trois ponctions, est restée complètement guérie il y a déjà deux ans.

M. **FÉRÉOL** a eu dans son service un malade, alcoolique avéré, atteint d'une ascite considérable. Il était d'une maigreur extrême et prêt à succomber; après deux ponctions, ce malade a guéri en apparence. Puis il a été pris d'une pleurésie; il a été ponctionné et le liquide était hématique et translucide. M. Féréol a fait deux ponctions de cette pleurésie et le liquide pleural ne s'est plus reproduit. Actuellement ce malade est maigre mais se porte très bien.

M. **LEGROUX** se rappelle un malade, soigné par son père, qui était alcoolique et avait une cirrhose avec ascite. Il a guéri, après plusieurs rechutes, par les purgatifs répétés; puis il est mort trois ans après. M. Legroux soigne en ce moment un alcoolique diabétique, atteint de cirrhose avec ascite; après plusieurs ponctions et des purgations répétées, il a guéri. Il n'a pas eu à subir de nouvelles ponctions depuis un an.

M. **LABBÉ** dit qu'il ne faut pas diagnostiquer une cirrhose du foie par les seuls signes fournis par l'ascite et par le petit volume du foie. Il cite un cas de ce genre où il s'agissait d'une phlébite de la veine porte. Il croit que les cas de ce genre sont plus fréquents qu'on le croit. Il faudrait donc un peu plus de rigueur dans le diagnostic de la cirrhose.

M. **GUYOT** a suivi pendant cinq ans une malade atteinte de cirrhose. Il ajoute que la phlébite de la veine porte est extrêmement rare; il n'en a jamais vu d'exemple.

Sur un cas de déformation des pieds liée à une atrophie musculaire progressive de nature héréditaire. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** a présenté dans une séance précédente deux malades, les deux frères, qui offrent des déformations des pieds fort curieuses. Ces déformations sont liées à une atrophie musculaire héréditaire, débutant par les membres inférieurs, décrite sous le nom de *Type fémorotibial avec griffe des orteils*.

Ces deux malades ont servi de base à l'intéressante thèse de son élève, le docteur Brossard (de Poitiers). Ils se rattachent à ces faits si curieux d'atrophie musculaire observés sur plusieurs membres d'une même famille par Leyden, Möbius, Dejerine et Landouzy, Charcot et Marie. Ce qui donne un intérêt à ces deux malades, c'est la forme du pied, dont la voussure est considérablement exagérée par le fait de la disparition des muscles interosseux et de la plante du pied, ce qui constitue une griffe analogue à celle décrite à la main dans l'atrophie musculaire du type Aran-Duchesne.

Ces deux malades ont perdu leurs réflexes, mais ils ont conservé leur sensibilité.

Les muscles surtout atteints sont ceux des jambes, des cuisses, (surtout le triceps), les fessiers et les muscles de la masse sacro-lombaire. On peut voir, à dix ans de distance, des désordres identiques chez ces deux malades, le plus âgé ayant vingt-deux ans et le plus jeune douze.

M. Dujardin-Beaumetz aurait pu compléter sa communication en montrant à la Société un enfant de quatre ans offrant les mêmes désordres musculaires et qui est le fils d'une des sœurs de ces deux malades.

Le père et la mère de ces deux jeunes gens sont en bonne santé. Ils ont eu onze enfants dont neuf survivent. Deux seuls, le huitième et le onzième, présentent de l'atrophie musculaire.

Ce type, qui se sépare nettement du pied tabétique, montre cependant combien sont nombreuses les causes qui agissent sur ces déformations.

La Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 juillet 1886. — Présidence de M. BOUCHEREAU.

COMMUNICATIONS

Polythélie. — M. **BLANCHARD** communique un cas remarquable de polythélie. Un individu présentant deux mamelons surnuméraires à quelques centimètres au-dessous des mamelons normaux a eu treize enfants. Les six filles ne présentaient rien d'anormal; chacun des sept garçons était, au contraire, muni de deux mamelons surnuméraires disposés de la même façon que chez le père et plus ou moins développés. L'anomalie s'est transmise encore aux enfants mâles de la seconde génération. Le plus jeune des fils s'est marié et a eu cinq enfants : une fille, qui ne présente rien d'anormal et quatre garçons qui sont tous porteurs de mamelons surnuméraires exactement disposés comme chez leur père, leur grand père et leurs six oncles. Quant à ceux-ci, ils n'ont eu que des filles dépourvues de mamelons surnuméraires.

M. **LUYS** demande si M. Blanchard a constaté le phénomène inverse. Il a, dans son service, une jeune fille hystérique qui présente un arrêt de développement des mamelons.

M. **BLANCHARD** n'a rien constaté de semblable. Il n'y a qu'un seul cas, qui a été observé chez une chèvre par M. Jullien; cette chèvre n'avait que deux mamelles au lieu de quatre.

Traitement du psoriasis syphilitique par les bains de sublimé.—M. **GILLES DE LA TOURRETTE** fait une communication sur le traitement du psoriasis palmaire et plantaire syphilitique par des bains locaux de sublimé. MM. Fournier, Landouzy ont déjà signalé ce mode de traitement.

M. Gilles de la Tourrette a recherché si ces bains et les pommades au sublimé donnaient les mêmes résultats. Il a fait ces expériences sur soixante-dix malades. Il a traité, chez le même malade, une main par les bains et l'autre par la pommade. Il résulte de ces expériences que le bain de liqueur de Van Swieten, coupé à la moitié ou au quart, agit d'une façon plus rapide et plus efficace.

Des effets du café. — M. **DUPUY** fait une communication sur les effets du café. Parmi ces effets, il a maintes fois constaté une action anaphrodisiaque.

M. **LABORDE** communique l'observation d'un homme de lettres qui prenait des doses énormes de café très fort. Il éprouvait certains phénomènes tels que des tremblements, de l'excitation nerveuse; mais jamais il n'a été anaphrodisiaque et abusait, au contraire, du coït, sous l'influence de cette excitation par le café.

M. **POUCHET** fait connaître une observation qu'il a pu suivre de très près depuis 1857.

A cette époque, étant étudiant en médecine, l'individu dont il s'agit prenait souvent, le soir, deux chopes de café très fort. Il éprouvait des phénomènes analogues à ceux du haschisch. Un peu plus tard, il eut des vertiges et des étourdissements; il cessa de prendre du café et ces accidents disparurent. Il en reprit et les vertiges reparurent. En 1870, il constata que, sous l'influence du

café, les veines des mains se gonflaient. Il cessa le café et ce gonflement disparut. En 1875, travaillant beaucoup, il prenait de grandes quantités de thé; il vit alors apparaître des varices aux jambes. Il cessa de prendre du thé et les varices des jambes disparurent. En 1885, il prit du café Zanzibar; les étourdissements reparurent. Il cessa le Zanzibar et les étourdissements cessèrent. Il a enfin constaté l'action antiaphrodisiaque du café.

M. GELLÉ cite l'exemple d'un confrère qui n'a jamais pu prendre de café sans être atteint de tristesses amères, bien qu'ayant plutôt un caractère gai.

Des lésions intestinales attribuables au sublimé. — MM. CHARRIN et G.-H. ROGER présentent des intestins de lapins et de cobayes sur lesquels on peut étudier, à tous les degrés, les altérations déterminées par des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sublimé, en solution aqueuse à 0,025 et 0,1 p. 100 (expériences faites au laboratoire de M. Bouchard). Sur ces intestins, on observe des lésions commençant par des hémorrhagies, allant jusqu'à la gangrène et produisant des ulcérations superficielles par élimination de l'eschare. Piéron et d'autres avaient obtenu seulement des ecchymoses et des hémorrhagies. Il semble, d'après les expériences des auteurs, qu'une dose unique agisse d'une façon plus intense qu'une dose même supérieure, distribuée en plusieurs jours. Ainsi, chez un cobaye de 500 grammes, 2 milligrammes placés sous la peau peuvent provoquer l'apparition d'ulcérations, alors que 5 milligrammes administrés en dix-huit jours et 3 milligrammes en six jours peuvent rester sans effet. Si on se permet de tirer pour la pathologie humaine quelques conclusions, on verra que, pour un homme de 60 kilogrammes, il faudrait, en se servant de la même voie d'introduction et en supposant les susceptibilités égales, donner 24 centigrammes en une dose, ou 6 décigrammes dans l'espace de six jours pour amener des accidents. Le siège de ces ulcérations et leur aspect permettent de plus d'en reconnaître la nature. Dans ces derniers temps, quelques auteurs, voulant trop complètement peut-être innocenter le sublimé, ont attribué à l'infection (diarrhée septique) l'apparition des accidents survenus chez des malades, chez des puerpérales en particulier soumises à des injections intra-utérines de sublimé. Sans vouloir nier en rien le rôle de l'infection, les auteurs font remarquer que ce facteur ne saurait être invoqué chez leurs animaux, et tout en reconnaissant les admirables propriétés antiseptiques du sublimé, il n'est peut-être pas inutile de montrer quelques-uns de ses inconvénients.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Troost (de l'Institut), professeur à la Faculté des sciences de Paris; Gaudry (de l'Institut), professeur au Muséum d'histoire naturelle;

Au grade de chevalier. — MM. Armand Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Pingard, chef du secrétariat de l'Institut.

— Par décret, en date du 5 juillet 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* M. Paul Berger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Gervais.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Lemaistre.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Lapoule, Chénieux, Queyssac, Labrousse-Coulon, Lagrange, Carrier.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. Barbat.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* M. Heckel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Tribes.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Clément, Auzilhon, Imbert, Basset, Picheral, Loro.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Vidal, Caillot de Poncy.

— Par décision ministérielle en date du 8 juillet 1886, ont été désignés :

M. le médecin principal de première classe Mathieu, pour l'emploi de directeur du service de santé du 5e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Flament, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban; — Gavoy, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Limoges.

MM. les médecins-majors de première classe Sabathier, pour le 88e d'infanterie; — Oberlin, pour le 69e d'infanterie; — Bar, pour l'hôpital de Nancy; — Blavot, pour l'hôpital de Rennes; — Eichinger, pour l'hôpital de Vincennes; — Zaepffel, pour le 10e d'artillerie; — Bedoin, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Chambéry.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bayard, pour le bataillon du 47e d'infanterie (place de Paris); — Hocquard, pour le service de la place de Paris, bataillon du 65e d'infanterie; — Boulian, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Lasserre, pour le 57e d'infanterie; — Collignon, pour le service de la place de Paris, bataillon du 25e d'infanterie; — Schmit, pour le 37e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Collin, pour le 36e d'infanterie — Rivaud, pour le 50e d'infanterie; — Camus, pour le 15e bataillon de chasseurs à pied; — D'Audibert-Caille du Bourguet, pour le 1er hussards.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Baylac, pour le 14e bataillon de chasseurs à pied; — Bazin, pour le 14e dragons; — Folliasson, pour le 2e d'artillerie.

— *Concours d'agrégation (section de physique, chimie et pharmacologie.)* — Le dépôt des thèses a été effectué par les candidats hier dimanche, 11 juillet 1886, de midi à trois heures du soir. Immédiatement après, l'ordre de leur soutenance avec le nom des argumentateurs a été tiré au sort et fixé ainsi qu'il suit; les séances commenceront à cinq heures du soir.

Première séance. — Jeudi 15 juillet 1886. 1° *Physique.* M. Didelot : Les changements d'état; argumenté par MM. Malosse et Borel. — 2° *Chimie.* M. Guérin : Origine et transformation des matières azotées chez les êtres vivants; argumenté par MM. Thibaut et Lambling.

Deuxième séance. — Samedi 17 juillet 1886. — 1° *Chimie.* M. Lambling : Les origines de la chaleur et de la force chez les êtres vivants; argumenté par MM. Morelle et Guérin. — 2° *Pharmacologie.* M. Thibaut : Alcaloïdes des strycnées; argumenté par MM. Florence et Villejean.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mardi 13 juillet 1886, à trois heures du soir, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. Robin soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Distribution de l'électricité à la surface des conducteurs fermés et des conducteurs ouverts.

Le vendredi 16 juillet 1886, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. Athanasesco soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Recherches sur quelques sulfates basiques cristallisés.

Le même jour, à dix heures et demie du matin, dans la même salle, M. Coloriano soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Recherches sur quelques arséniates cristallisés.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Josse, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Amiens et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19804.

N° 82. — JEUDI 15 ET SAMEDI 17 JUILLET 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 JUILLET 1886. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les boissons alcooliques, annoncée pour cette séance, a été remise à la semaine prochaine.

Il paraît que le vote des conclusions n'ira pas de soi, comme on l'espérait.

On reproche à la commission de ne s'être pas montrée, peut être, assez pratique, assez terre à terre, d'avoir tenu trop peu de compte de la composition normale de nos grands vins de France et de leur richesse en alcool.

Proposer de soumettre à une double taxe tous les vins qui renfermeraient une proportion d'alcool supérieure à 12 p. 100, c'est frapper d'abord tous nos grands crus dans les bonnes années, ainsi que l'ont respectueusement fait observer les producteurs de la Bourgogne. C'est frapper aussi bien des vins, particulièrement du Midi de la France, dont la valeur commerciale est moindre, mais qui ne sont pas moins alcooliques.

La limite de 15 p. 100 précédemment fixée, était excellente, en ce qu'en fait de vins naturels elle n'atteignait, pour bien dire, aucun des nôtres, mais seulement quelques vins étrangers, tels que des vins d'Espagne.

Il est vrai qu'elle permettait d'alcooliser encore un peu plus les vins fabriqués par le commerce ; mais au moins elle n'obligeait pas à frauder nos vins naturels, en les coupant, quand on eût voulu les livrer purs, désir bien rare, peut-être, mais on ne saurait plus légitime.

Nous ne parlerons pas d'une autre erreur, qui était sans doute surtout un *lapsus calami* et qui conduirait à permettre une proportion d'un centième d'alcools puissamment toxiques dans les alcools du commerce livrés à la consommation.

L'élection de M. Bouchard à l'Académie était assurée, et bien que la liste de présentation renfermât les noms les plus sympathiques, les plus justement estimés, il a obtenu presque toutes les voix. C'était son jour ; bientôt viendra le tour de ceux qui le suivaient sur la liste.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Deux cas différents d'insuffisance mitrale.

I. Au n° 12 de la salle Sainte-Adélaïde est couchée une jeune fille dont tout l'ensemble respire une très grande fatigue, une sorte d'épuisement général, comme à la suite de quelque affection aiguë, récente.

Il n'en est rien cependant, et nous ne trouvons au premier abord que de l'insuffisance mitrale. Nous constatons un souffle systolique à tonalité aiguë, ayant son maximum à la pointe du cœur, se prolongeant vers l'épigastre et surtout vers l'aisselle et s'entendant dans le dos. Il n'y a pas d'hypertrophie bien notable du cœur. Les bruits sont sous l'oreille, leur impulsion est bien nette. Pas de péricardite. Rien dans la poitrine, du côté des voies aériennes, si ce n'est quelques légers râles de bronchite.

Jusqu'en 1884, cette jeune fille s'était toujours bien portée. A cette époque elle eut un rhumatisme articulaire, et depuis lors elle est devenue anhéleuse, valétudinaire, ne pouvant courir. Il est vrai qu'auparavant elle avait déjà un peu d'oppression, qu'elle était chloro-anémique. Enfin elle n'avait été réglée qu'une seule fois.

Nous trouvons donc, comme antécédents, d'abord de la chloro-anémie puis des rhumatismes, et à la suite de cette dernière affection et comme conséquence, de l'insuffisance mitrale.

D'après l'intensité même du souffle que l'on entend, on pourrait croire à une grosse insuffisance ; mais il n'en est rien, ainsi que le démontrent et la tonalité aiguë et le caractère doux du souffle un peu sifflant. Enfin le cœur est très modérément hypertrophié. En somme l'insuffisance est peu considérable. Néanmoins le pronostic est grave ; il est plus grave que s'il s'agissait d'une lésion aortique, où par un traitement approprié le mal pourrait être combattu avec succès. Ici la maladie peut encore s'arrêter mais plus difficilement, et de plus, elle disparaît rarement.

A ces symptômes, s'ajoute de la fièvre (38°,4 hier soir, 37°,9 ce matin). Pourquoi ? La poitrine ne présente rien de particulier, sauf une très légère bronchite, ou mieux un peu de rhume. Il n'y a pas de congestion pulmonaire, la sonorité est bonne et le murmure vésiculaire normal. Nous ne trouvons aucun indice de fièvre typhoïde, non plus que de phthisie aiguë ; d'ailleurs il est rare de voir coexister la phthisie et l'insuffisance mitrale.

S'agirait-il donc de quelque endocardite commençante ?

C'est là une question délicate, difficile à résoudre, surtout quand on est en présence d'un cœur déjà malade antérieurement. Je croirais volontiers à quelque influence d'une endocardite subaiguë entée sur un état chronique. Sans doute le souffle systolique que nous percevons à la pointe indique bien une insuffisance mitrale; mais au deuxième bruit nous entendons un claquement des valvules sigmoïdes un peu éteint, sans la clarté ni la netteté qui le caractérisent à l'état normal. Il ne saurait appartenir à une endocardite ancienne, mais bien plutôt attribuable à une endocardite subaiguë des valvules sigmoïdes, c'est-à-dire à un boursouflement de leurs bords produit par une infiltration, une prolification active formant une sorte de bourrelet. De là l'explication du bruit moins clair, moins net. Nous croyons donc devoir attribuer ces phénomènes à une endocardite subaiguë entée sur un état ancien; et si le mal continue, bientôt les altérations aortiques viendront s'ajouter à la lésion mitrale.

Dans ces conditions, à quelles indications thérapeutiques devons-nous obéir? S'il ne s'agissait seulement que d'une insuffisance, nous nous bornerions à régulariser lés fonctions entravées. Si, au contraire, nous avons affaire à un état phlegmasique, notre premier devoir est d'enrayer le travail inflammatoire.

II. Le deuxième malade est un homme de soixante ans entré avec de la toux, de l'oppression, un peu de dyspnée, de l'œdème des extrémités inférieures, et un souffle systolique intense au niveau de la pointe du cœur, souffle plus violent que chez l'autre malade. Nous ne trouvons pas chez lui de rhumatisme antérieur, aucun antécédent morbide particulier, rien qu'une blennorrhagie.

Les cas dans lesquels le souffle systolique à la pointe est très considérable ne sont pas très fréquents. Chez notre malade le bruit est limité, malgré son intensité. Il ne se propage pas dans l'aisselle et ne s'entend presque pas dans le dos. Il s'étend un peu seulement vers l'épigastre. Quand de pareils bruits ne tiennent pas à une insuffisance, ils sont généralement extracardiaques, pulmonaires. Ils se produisent, par exemple, dans les cas d'adhérences du poumon, de la plèvre, et le poumon ne suivant plus les oscillations du cœur, il y a une sorte de retrait de la pointe. Mais le tracé sphygmographique des battements du cœur que nous fournit notre malade n'est pas celui du retrait systolique amenant les souffles extracardiaques.

De plus, nous savons que ces souffles se trouvent modifiés par les changements de position du malade dans son lit (qu'il soit assis ou couché) plus que les bruits extracardiaques.

De plus encore, si la partie antérieure du thorax est mise dans une position telle que les rapports des organes thoraciques se trouvent modifiés, le souffle disparaît. Or lorsque nous plaçons notre malade dans une situation semblable, le souffle persiste.

En résumé donc, il ne nous paraît pas que nous ayons affaire à un bruit extracardiaque; d'ailleurs ce bruit a, de plus, un certain caractère de frottement. Cependant, — nouvelle objection, — les bruits de frottement sont, en général, peu intenses à la pointe, ils s'entendent le long du bord droit de l'organe cardiaque et surtout un peu en dehors. J'ajoute que l'examen de la poitrine ne décèle aucun frottement pleural.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une insuffisance, dont l'origine probable nous échappe. D'autre part, pourtant, nous savons que les endocardites chroniques surviennent quelquefois chez des individus surmenés par le travail, et que le rhumatisme cardiaque est quelquefois la première manifestation du rhumatisme proprement dit. Enfin, bien que l'œdème des extrémités remonte seulement à deux mois, la lésion du cœur est beaucoup plus ancienne, car une insuffisance, aussi intense dans son souffle, ne saurait avoir que deux mois de date.

Quant au pronostic, il est, en raison même de l'ancienneté de la lésion, plus favorable que chez la précédente malade, et nous pouvons espérer par un simple repos rendre tolérable ladite lésion, à la condition, bien entendu, que cet homme évitera avec le plus grand soin tout surmènement du cœur et toute cause pouvant favoriser le rhumatisme.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR

PAR L'APPAREIL SUISSE

Par M. le docteur J.-S. Morand.

La note de M. Dieu, dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 juin dernier, ainsi que la leçon de M. Tillaux qui y est visée, et qui sont, l'une et l'autre, relatives au traitement des fractures de la cuisse, m'inspirent le désir de mettre sous les yeux des lecteurs de ce journal la description d'un appareil qui, j'en ai la conviction, répond au mieux à la plus grande somme possible des indications à remplir dans le traumatisme en question. Certes, les moyens de remédier à ces derniers sont aujourd'hui fort en progrès. Les traités classiques s'efforçaient naguère d'établir les conditions matérielles qui rendaient le raccourcissement *inévitable* en pareil cas. On consultera avec fruit, à ce propos, le *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale* de M. le professeur Richet (1). Et quand le raccourcissement n'excédait pas 5 centimètres, c'était merveille. De nos jours, nous sommes plus exigeants, et c'est à peine si nous nous résignons à 1 ou 2 centimètres. Je connais même un aimable confrère, qui est, sinon l'inventeur, tout au moins le vulgarisateur d'un bandage au moyen duquel loin de redouter un raccourcissement, il prétend craindre plutôt un allongement intempestif. Il est vrai que le bandage vanté est en *fer blanc*. Celui que je désire faire connaître est simplement en bois, et voilà, en partie, pourquoi je le préfère. Il est à peu près inconnu dans le monde scientifique, et ne figure dans aucun traité sur la matière. Je ne sache, en fait de documents imprimés le concernant, qu'une note de M. Servier, dans le n° 15 de la *Gazette hebdomadaire* de l'année 1878, et une *Thèse* présentée à la Faculté de médecine de Paris, en 1882, par M. de Marcelin, qui avait recueilli les matériaux de son travail dans mon service des salles militaires de l'hôpital de Besançon, où M. Servier avait, avant moi, expérimenté l'appareil en cause. On donnait à celui-ci le nom, que je lui conserverai, d'*appareil suisse*, parce qu'une des sœurs du service l'avait rapporté de Lausanne, où elle l'avait vu fonctionner.

L'appareil se compose de deux attelles en bois, excavées en forme de gouttières ou de valves, dans le sens de leur longueur et telles qu'on les obtiendrait en sciant, dans le même sens en deux parties égales, un cylindre creux, l'at-

(1) Édition de 1855, p. 945 et suiv.

telle la plus courte, qui est destinée à embrasser dans sa concavité la moitié interne du membre inférieur, est munie, à son extrémité supérieure, d'un coussinet en basane, fortement rembourré, et appliqué à cheval sur elle, ce qui lui permet de prendre, sans éveiller de douleur, un point d'appui dans le pli génito-crural, sur la branche horizontale du pubis.

L'attelle externe, plus longue, dépasse à la fois la plante du pied et la crête de l'os iliaque, au-dessus de laquelle elle se fixe par une ceinture figurée dans le dessin ci-joint.

A leur extrémité inférieure, ces deux attelles sont traversées par l'axe métallique d'une poulie ou treuil en bois, qui est munie, en un point central de sa circonférence, d'un crochet d'acier faisant saillie. Cette poulie est gouvernée par une zone à crémaillère, qui peut être fixée et immobilisée à volonté, à l'aide d'un crochet se manœuvrant avec une pédale.

Un peu au-dessus de la poulie, les valves sont entaillées par un certain nombre de mortaises verticales, se faisant face parallèlement sur chaque attelle, renforcées de tôle. Dans ces mortaises s'engage, par sa branche transversale, une pièce de bois taillée en forme de croix latine, percée, sur le plan d'assemblage des quatre branches, de deux trous de vrille distants de 15 centimètres. Cette croix sert à la fois de point d'appui au cordonnet dont je vais parler, d'agent de protection du pied contre le poids des couvertures et de moyen de consolidation pour l'appareil tout entier. Par les trous de vrille passent les deux chefs d'une anse en fort cordonnet, qui se fixe par son plein au crochet en saillie dont j'ai signalé l'existence sur le reflet de la poulie. Quant aux deux chefs de ce cordonnet, ils vont, après leur passage à travers la croix (fig. 3), se nouer isolément sur l'une des deux lanières en cuir, longues de 5 à 6 centimètres sur 2 à 3 centimètres de largeur, perforées de plusieurs trous à l'emporte-pièce, et dont chacune pend, au niveau de la malléole correspondante, d'un bracelet en cuir rembourré B, fig. 3, qui se boucle au bas de la jambe.

Je dirai de suite que ce bracelet est difficilement supporté le plus souvent, et ne tarde pas à comprimer douloureusement les points du membre sur lesquels il s'applique. Je l'ai, de bonne heure, remplacé avantageusement par une bottine lacée, en forte toile, à bout coupé au niveau des orteils pour qu'elle puisse s'adapter à tous les pieds, et

APPAREIL SUISSE POUR LES FRACTURES DE LA CUISSE

Dimension de la plus large attelle	1m,25	Hauteur des attelles	0m,11
— de la plus courte attelle	1m »	Croix. Branche verticale	0m,22
— de l'armature centrale	0m,15	Croix. Branche horizontale	0m,22

Fig. 1. — Plan.

A. Anse en cravate. — C. Ceinture. — B. Courroie d'enveloppe.

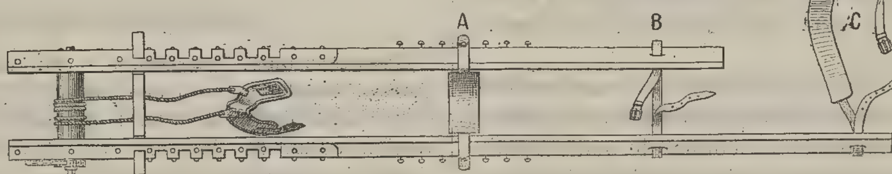
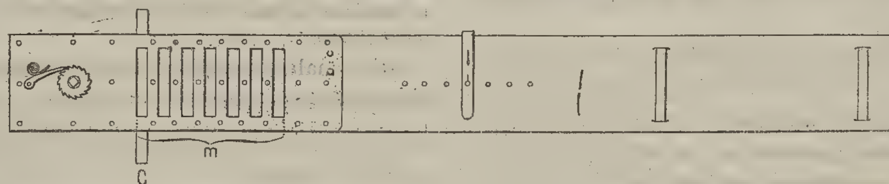


Fig. 2. — Élévation latérale.

C. Branche verticale de la croix. — *m*. Mortaises verticales.



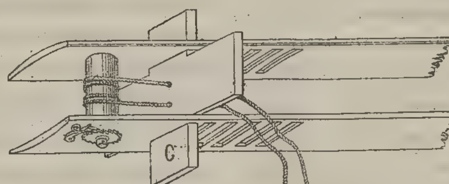


Fig. 3. — Perspective. Représentant l'appareil avec l'anse traversant la croix et fixée à la fois à la poulie et au bracelet. B. Bracelet en cuir. C. Croix.

garnie d'une semelle en cuir, de laquelle se détachent, dans la ligne des malléoles, des courroies destinées à recevoir l'insertion des chefs libres du cordonnet qui fait fonction de lacs extenseur.

Pour se servir de l'appareil, on dispose les deux attelles, la plus courte en dedans, la plus longue en dehors, après avoir lacé la bottine au pied du malade. On assujettit, ensuite, les bouts du cordonnet, qu'on introduit à travers les trous de la croix et de manière à laisser libre l'anse qui doit se fixer au crochet de la poulie. Une cravate en cuir rembourré A (fig. 1), qui se prolonge, à chacune de ses extrémités, par une lanière de cuir, percée de trous, est placée au niveau de la fracture, de manière à embrasser en ce point la demi circonférence postérieure de la cuisse. Cette sorte de cravate s'accroche de chaque côté, grâce aux trous de ses lanières terminales, à des clous à tête, qui sont disposés sur la face externe des deux attelles, en séries égalant l'étendue du fémur. Il est bon de garnir d'un coussinet de crin la partie de l'attelle externe qui repose sur le bassin, surtout au niveau de la saillie trochantérienne.

Il ne reste plus qu'à consolider le tout, au moyen de la ceinture C (fig. 1) et de la courroie B (fig. 1) qui embrasse et maintient les attelles autour du membre. Pour plus de sûreté, on dispose une courroie pareille autour de la jambe, un peu au-dessus ou à la hauteur du mollet. On enroule, ensuite, le cordonnet autour du treuil, de façon à lui donner la tension voulue et nécessaire pour obtenir et assurer du même coup la réduction de la fracture, l'extension, ainsi que la bonne direction du membre.

Il est utile de placer une planche sous le matelas et d'élever légèrement celui-ci dans la portion sur laquelle repose l'appareil. Cette précaution sert à immobiliser le bandage, en même temps qu'elle fait concourir à la contre-extension le poids du tronc, qui se trouve ainsi posé en contre-bas, relativement au membre fracturé. Dès lors, l'action contre-extensive de l'attelle interne est complétée et rendue plus efficace.

Tels sont la composition et le mécanisme de l'appareil que je voudrais signaler à l'attention du public médical. Ce mode de déligation, bien qu'il ne soit qu'une modification de l'attelle de Boyer, me paraît constituer un véritable progrès. Nul mieux, ni peut-être aussi bien que lui, ne remplit,

à moins de frais et d'efforts, les quatre indications fondamentales de toute fracture, à savoir : l'extension, la contre-extension, la coaptation, et la direction à donner au membre lésé. L'application de ce bandage est de la plus grande facilité. Il n'est même pas nécessaire, pour y procéder, de poursuivre au préalable la réduction de la fracture, cette réduction s'opérant littéralement seule, par le seul fait de la mise au point de l'appareil. Celui-ci permet, d'ailleurs, à toutes les périodes, de suivre de l'œil les progrès de la consolidation et de surveiller la direction du membre. Grâce à la forme excavée des attelles qui se moulent sur les parties, on n'a à craindre aucun dérangement, ce qui assure à l'appareil une supériorité évidente sur les bandages en diachylon qui sont sujets à glisser, et par suite à se fausser, comme le remarque M. Dieu lui-même.

Quant aux résultats obtenus, ils ne laissent rien à désirer. Sur cinq cas de fracture du corps du fémur, auxquels j'ai eu l'occasion d'appliquer le bandage suisse, le raccourcissement a été de 1 centimètre dans deux cas, de 2 centimètres dans deux cas, et une fois seulement de 2 centimètres 1/2.

Le cal s'est toujours produit rapidement, et sans prendre des dimensions excessives. Le résultat qu'obtient également M. Tillaux, est très probablement, comme le pense ce distingué chirurgien, imputable à l'action continue de l'air et de la lumière, qui favorisent la nutrition des téguments, et par contre, celle de l'os sous-jacent. Or, le bénéfice d'une large aération est acquis, dans tout son plein, à l'appareil que je viens de décrire.

Le seul reproche sérieux que celui-ci puisse encourir, c'est la difficulté de se le procurer. Cette difficulté n'est, d'ailleurs, pas insoluble et au-dessus des ressources partout répandues. Un bois quelconque, le hêtre, dont était fait l'appareil que j'ai eu à ma disposition, le charme ou le chêne suffisent, et un ouvrier de la plus ordinaire habileté pour préparer les valves ainsi que les divers accessoires. Je confesse pourtant qu'il est presque indispensable d'être pourvu à l'avance de tout l'outillage; mais comme l'appareil n'est pas le moindrement fragile ou susceptible de se détériorer aisément, je persiste à croire qu'il figurerait avec avantage dans l'arsenal chirurgical d'un hôpital ou même dans la collection privée d'un praticien occupé, et, surtout, dans les approvisionnements du service de santé de l'armée, car si je n'ai pas été inférieur à la tâche entreprise, j'ai dû prouver que nul système ne se prête mieux que celui que j'ai tenté de faire connaître, au transport des blessés, auquel les systèmes où l'extension s'obtient à l'aide de poids mobiles ne sauraient être applicables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, relative à un legs, d'une rente de 300 francs faite par M. le docteur Mège à l'Académie de médecine à laquelle il appartient;

2° Une lettre de remerciement de M. le docteur Mahé, récemment nommé correspondant national;

3° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté *Sur le vaccin du choléra*, par M. le docteur Bonnefous (de Versailles). [Accepté.]

4° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté par M. Béchamp. (Accepté.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission présente : en première ligne, M. Bouchard; en deuxième, M. Damaschino; en troisième, M. Cadet de Gassicourt; en quatrième, M. Duguet; en cinquième, M. Dieulafoy; en sixième, M. Sanné.

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36,

M. Bouchard obtient	67	suffrages.
M. Damaschino.	2	—
Dieulafoy	1	—
M. Cadet de Gassicourt	1	—

En conséquence, M. Bouchard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

PRÉSENTATIONS D'OPÉRÉES

Hystérectomie vaginale. — M. Richelot met sous les yeux de l'Académie une jeune femme de vingt-six ans sur laquelle il a pratiqué l'extirpation totale de l'utérus dans un cas de rétroversion causant des douleurs vives et occasionnant des hémorrhagies intermenstruelles qui mettaient la vie en danger.

Après avoir décrit l'opération qui eut des suites très simples, M. Richelot résume ainsi qu'il suit les derniers perfectionnements apportés par lui à la méthode d'hystérectomie vaginale qu'il a préconisée l'année dernière à la Société de chirurgie. (Voir *Gazette des hôpitaux*, p. 1052.)

(*a*) La malade, préparée depuis quelques jours par des irrigations vaginales, est placée en travers sur son lit, le bassin légèrement élevé; deux aides maintiennent les cuisses fléchies vers l'abdomen; le chirurgien procède au cathétérisme et fait une injection de sublimé.

(*b*) Deux écarteurs coudés à lame étroite étant placés latéralement, l'opérateur déprime la fourchette avec un ou deux doigts de la main gauche, et introduit une pince de Museux qui va saisir le col; pour le tenir solidement, deux pinces placées côte à côte ne sont pas inutiles. L'utérus est abaissé doucement.

(*c*) Avec un bistouri ordinaire, incision du cul-de-sac vaginal antérieur. Ne la faites pas trop haut, de peur de toucher la vessie. Continuez l'incision circulairement autour du col, incliné puis relevé à l'aide des pinces de Museux. Les deux écarteurs à lame étroite suivent les mouvements de l'opérateur, et sont presque toujours suffisants; une valve de Sims, qui donne beaucoup de jour sur un point, mais qui tire sur les parties voisines et empêche de voir l'ensemble, est rarement nécessaire. Le tranchant du bistouri, toujours perpendiculaire à la surface de l'utérus, détache entièrement la paroi vaginale, sectionne les brides celluleuses et dégage le col.

(*d*) Les doigts suffisent d'ordinaire pour décoller rapidement la vessie; ils atteignent le fond de l'utérus et sentent le cul-de-sac péritonéal tendu au fond de la plaie. Il faut alors soulever la vessie avec l'index de la main gauche, conduire une pince au ras de l'utérus, saisir et attirer le péritoine, y faire une boutonnière avec le bistouri ou les ciseaux. Puis les deux index, introduits dans la boutonnière, le déchirent largement; une éponge montée est placée dans l'ouverture béante.

(*e*) En arrière, la manœuvre est beaucoup plus facile. En coupant vers l'utérus, on atteint vite le cul-de-sac péritonéal et souvent on l'ouvre sans l'avoir prévu; en tous cas, le rectum est plus loin du bistouri que ne l'était la vessie tout à l'heure. La boutonnière faite et largement déchirée, on place une éponge montée comme devant; l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges.

Tous les temps qui précèdent ont pu être exécutés rapidement;

celui qui reste, long et pénible dans les anciens procédés, ne nous demandera ni plus de patience ni plus de peine.

(*f*) Supposons d'abord que le cas est facile, c'est-à-dire que l'utérus descend volontiers. Après avoir complété, s'il y a lieu, par quelques coups de bistouri à droite et à gauche, le dégagement du col, j'introduis l'index de la main gauche en avant de l'utérus et j'accroche le bord supérieur d'un ligament large; puis, prenant la pince longue et courbe sur le champ, j'introduis un mors dans la déchirure postérieure du péritoine et l'autre dans la déchirure antérieure. Le ligament se trouve ainsi embrassé; je pousse de bas en haut et mon doigt placé en crochet m'indique si l'extrémité de la pince a dépassé le bord supérieur; alors je serre au dernier cran, je coupe au ras de l'utérus, et j'attire l'organe au dehors. Le pincement et la section du second ligament large se font à ciel ouvert.

Si, au contraire, l'utérus ne veut pas descendre, les premiers temps n'en sont pas notablement modifiés, mais le traitement des ligaments larges offre des difficultés nouvelles. Dans ce cas, les parties latérales du col étant bien dégagées, au lieu d'aller chercher le bord supérieur du ligament, peu accessible, je propose de saisir d'abord avec une pince droite sa moitié inférieure. Les mors de cette pince, un peu moins longue et moins puissante que la courbe, sont introduits de la même façon; puis on coupe au ras de l'utérus dans la hauteur de la pince. L'organe ainsi libéré à droite et à gauche, dans une grande étendue, se laisse attirer avec moins d'efforts, et il devient aisé de placer d'autres pinces au niveau de ses cornes.

La plaie vaginale doit rester béante, et la cavité vaginale se remplit mollement avec des tampons d'ouate iodoformée. Puis la malade est placée commodément dans son lit; les pinces sont entourées d'ouate et bien soutenues entre les jambes, un peu fléchies.

On retire les pinces au bout de quarante-huit heures; mais on pourrait le faire dès le second jour. D'ailleurs, tout reste en place, et la malade n'est pas dérangée.

Après avoir rappelé trois autres observations qui ont également bien réussi, M. Richelot conclut ainsi relativement aux indications : « Le cancer utérin, et c'est fort heureux, n'est pas le seul motif d'intervenir par l'hystérectomie vaginale. Alors même que la terrible question des récidives sera mieux éclaircie, nous aurons toujours à compter avec des cas désespérants. Au contraire, les lésions sans récidive ne laissant après elles aucune arrière-pensée, nous devons les regarder comme les indications les plus intéressantes de l'hystérectomie vaginale. Je l'ai faite et la ferai encore pour de petits fibromes et pour une simple rétroflexion utérine à symptômes menaçants; je la ferai certainement pour des prolapsus rebelles. Et, puisqu'il semble avéré aujourd'hui qu'il est moins grave, toutes choses égales, d'enlever les tumeurs et les organes pelviens par les voies naturelles que par l'incision abdominale, je m'attacherai à saisir, au moment où on peut leur donner passage, les lésions qui déjà menacent la vie et celles dont la marche progressive annonce pour plus tard ou des troubles irrémédiables, ou la nécessité d'une intervention plus dangereuse. Ainsi comprise, et secourue par un bon outillage, l'hystérectomie vaginale est une opération d'avenir. »

Ablation d'un rein malade. — **M. POLAILLON** présente une jeune femme âgée de trente ans, sur laquelle il a enlevé le rein droit malade et devenu le siège de douleurs intolérables, accompagnées de vomissements et crises d'étouffement.

Lorsque la malade fut adressée par M. Audhoui à M. Polaillon, le 7 décembre dernier, elle était maigre, pâle, dyspeptique, sujette à des spasmes hystériformes. Elle ne pouvait plus se lever sans éprouver de violentes douleurs.

En palpant l'abdomen on trouvait dans le flanc droit une tumeur très mobile, ayant la forme et le volume d'un rein normal, et que l'on pouvait facilement suivre dans ses changements de place très étendus : on la faisait aisément glisser par dessus la colonne vertébrale jusque dans la fosse iliaque gauche.

Les urines étaient normales comme quantité et comme qualité.

Le repos au lit pendant trois mois n'amena aucune amélioration. La situation devenait intolérable. L'opération fut donc décidée.

D'ordinaire quand le rein est d'une mobilité aussi excessive on suppose qu'il s'est pédiculé et que le péritoine, après l'avoir enveloppé, constitue une gaine autour de ces vaisseaux.

En pareil cas il est impossible d'éviter d'ouvrir le péritoine. Supposant qu'il en était ainsi, M. Polaillon préféra faire la laparotomie sur la ligne médiane de l'abdomen. Mais contrairement à son attente, le rein, recouvert par une anse d'intestin grêle, n'était nullement pédiculé. C'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qu'il se mouvait. Il fallut donc déchirer le péritoine avec la pointe mousse d'une sonde cannelée pour pénétrer jusqu'à cet organe.

M. Polaillon l'attira en avant afin de dégager son hile, qui fut pris en masse : d'abord aussi profondément que possible dans un premier fil de catgut, puis dans une seconde ligature, un peu plus en dehors. Après cela le rein fut détaché avec des ciseaux aussi près que possible. Enfin trois gros vaisseaux, trouvés sur la surface du pédicule, furent liés, pour plus de sûreté, avec des fils de soie. Les suites de l'opération furent en somme assez simple.

Vingt-trois jours après, la malade, considérée comme guérie, quittait la chambre d'opération pour être replacée à la salle Gerdy.

Aujourd'hui elle va tout à fait bien.

M. Polaillon conclut en ces termes :

Au point de vue de l'anatomie pathologique et de la médecine opératoire, ce fait prouve :

1° Que les reins même très mobiles ne sont pas toujours pédiculés et que leurs déplacements peuvent s'accomplir en arrière du péritoine pariétal, sans que celui-ci forme autour d'eux une gaine enveloppante.

2° Qu'il est inutile de faire une laparotomie pour les enlever, puisque l'incision lombaire permet le plus souvent d'arriver jusqu'à eux sans ouvrir la cavité péritonéale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 12 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité. Officier du 29 décembre 1882.

Au grade d'officier : M. le docteur Siredey, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon; — Peyrot, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; — Debove, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; — Segond, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; —Budin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; — de Montfumat, ancien interne des hôpitaux de Paris ; — Roëlandts, médecin du bureau de bienfaisance de Courbevoie ; — Cazauvieilh, président du Conseil d'arrondissement de Bordeaux ; — Lemesle, conseiller général d'Indre-et-Loire ; — Décertaine, vice-président du Conseil général de la Nièvre ; — Charbonnier, conseiller général de la Sarthe.

— Par décret en date du 10 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe : MM. les docteurs Plagneux, Davoti, Le Franc.

— Par arrêtés ministériels, en date du 12 juillet 1886, ont été nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique :* MM. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; — Lépine, professeur à

la Faculté de médecine de Lyon; — Auvray, professeur à l'École de médecine de Caen; — Caubet, directeur de l'École de médecine de Toulouse; — Chenantais, professeur à l'École de médecine de Nantes; — Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims; — Künckel, aide-naturaliste au Muséum; — Madoulé, secrétaire de l'École de pharmacie de Paris.

2° *Officiers d'Académie :* MM. Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; — Soulier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; — Douet, professeur à l'École de médecine d'Angers; — Fouriaux, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; — Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges; — Monfort, professeur à l'École de médecine de Nantes; — Godfrin, professeur à l'École de pharmacie de Nancy; — E. Maurel, médecin principal de la marine; — Ravay, pharmacien, professeur de la marine; — le docteur Linarès, membre de Mission française au Maroc; — Longuet, chirurgien en chef des hôpitaux de Bourges; — le docteur Dubrisay, délégué cantonal à Paris; — Gouault, sous-bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Paris; — le docteur Arsonneau, maire de Semillac; — le docteur Maur, maire de Plaisance (Gers); — le docteur Ravary, médecin du bureau de bienfaisance d'Issy; — le docteur Simon, maire de Ribérac; — les docteurs Degoix, Desfossés, Didsbury, Jamain, Labonne, Rey et Vaissette, à Paris; — le docteur Tagnard, ancien maire de La Mure; — le docteur Bartin, délégué cantonal à Chauriat; — le docteur Lépagnole, à Saint-Ferjeux; — Lacour, pharmacien-major à l'hôpital d'Oran; — Nicot, pharmacien, à Paris; — Lesourd, pharmacien à La Flèche; — Bois, aide-naturaliste au Muséum; — Lacroix, préparateur au Collège de France.

— Par arrêté, en date du 8 juillet 1886, un concours s'ouvrira, le 15 février 1887, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Les dernières questions données pour la seconde épreuve éliminatoire (épreuve orale) aux candidats du concours pour la nomination à une place de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris ont été : 1° tuberculose testiculaire; 2° diagnostic et traitement des fibromes utérins.

— Le sujet de la composition écrite (première épreuve) du concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés du département de la Seine a été : Substance grise de la moelle, anatomie et physiologie.

— *Concours d'agrégation* (*section de physique, chimie et pharmacologie*). — Les séances continueront dans l'ordre suivant :

Troisième séance. — Lundi 19 juillet 1886. 1° *Physique*, M. Malosse : Calorimétrie et thermométrie; argumenté par MM. Borel et Didelot. — 2° *Chimie*, M. Morelle : L'air atmosphérique; argumenté par MM. Hugouneng et Lambling.

Quatrième séance. — Mardi 20 juillet 1886. 1° *Chimie*, M. Hugouneng : Les alcaloïdes d'origine animale; argumenté par MM. Guérin et Villejean. — 2° *Pharmacologie*, M. Florence : Alcaloïdes des Solanées; argumenté par MM. Thibaut et Morelle.

Cinquième séance. — Mercredi 21 juillet 1886. 1° *Physique*, M. Borel : L'électrolyse; argumenté par MM. Didelot et Malosse. — 2° *Chimie*, M. Villejean : Pigments et matières colorantes de l'économie animale; argumenté par MM. Florence et Hugouneng.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Verneuil est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1886-1887.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le samedi 17 juillet 1886, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Rietsch soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : Étude sur les géphyriens armés ou échiuriens.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 8 novembre 1886, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

— *Hôpital civil de Perpignan.* — M. le docteur Fines est nommé médecin en chef en remplacement de M. le docteur Bocamy, décédé.

M. le docteur Surjus est nommé médecin adjoint.

— L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique la seconde liste suivante des communications qui doivent être faites pendant la durée du Congrès de Nancy :

M. Apostoli (G.). — Sur un nouveau traitement de l'endométrite par la galvano-caustique chimique.

M. Assaki. — Sur le développement de l'ovaire.

M. Boucheron. — Sur quelques scrofulides bénignes micrococciennes, impétigo, conjonctivite phycténulaire, acné pilaire, nasale et palpébrale (blépharite).

M. Charpentier (A.) — Méthodes et instruments pour explorer les fonctions visuelles. — Recherches sur la photométrie.

MM. Clermont (de) et Chautard. — Sur les combinaisons de la quinone avec les phénols.

M. Colson. — Sur les méthylbenzines. — Relations entre les propriétés physiques et cliniques de certains composés organiques.

M. Debierre. — De la trompe de Fallope; situation de l'oviducte dans le ligament large, sa structure, ses altérations pathologiques comme cause de stérilité.

M. Dehérain. — Sur la respiration des feuilles à l'obscurité. — Sur l'absorption de l'acide carbonique par les feuilles.

M. Demangeon. — Climatologie des Vosges. — L'hiver 1879-1880 à Épinal avec carte des minima de température dans les Vosges.

M. Franchimont (A.-P.-M.). — Sur l'acide azotique et son action sur les corps organiques.

M. Hénocque. — Présentation d'hématoscopes et d'hématospectroscopes. — Des applications de l'hématoscopie à la physiologie et à la clinique.

M. Henry (L.) — Sur la volatilité dans les composés carbonés notamment dans les composés renfermant la chaîne normale $\equiv C - (CH^2)^v C \equiv$.

M. Lorin. — Sur le carbonate de méthyle. — Les ammoniaques composées. — Une expérience de synthèse.

M. Manouvrier (L.). — Études de quelques points relatifs à la délimitation de l'anthropologie. — Contribution à l'anthropologie artistique. — Étude sur le profil grec.

M. Rochard. — Traitement des fièvres intermittentes rebelles.

M. Topinard (P.). — De la carte de la couleur des yeux et des cheveux en France.

M. Vincent (Camille). — Sur les diétripropylamines normales.

M. Vincent (E.) et Chapuis. — Sur les températures et pressions critiques de quelques composés homologues.

— Dans l'une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris a voté une subvention annuelle de 12000 francs à la station physiologique du Parc des Princes, dirigée par M. Marey, professeur au Collège de France.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, sera ouvert le lundi 23 août 1886, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (bureau du personnel), depuis le jeudi 22 juillet jusqu'au jeudi 5 août inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Copin, décédé à Escaudain le 13 juillet à l'âge de cinquante-trois ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19814.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Tumeur du crâne.

(Leçon recueillie par M. Eug. Regnauld, interne du service.)

Je désire vous entretenir d'un malade, qui a déjà été l'objet d'un de nos examens cliniques du vendredi, et que vous avez vu couché au n° 4 de la salle Saint-Côme. Bien que vous m'ayez déjà entendu formuler au pied du lit un diagnostic, je me propose aujourd'hui de revenir sur quelques points intéressants de l'histoire de ce malade et de discuter plus longuement devant vous les raisons qui m'imposent la non-intervention.

Vous vous rappelez l'aspect étrange de cet homme, présentant à la partie antéro-latérale gauche de la voûte cranienne une grosse masse, qui déformait totalement la tête et lui donnait une asymétrie des plus prononcées.

Dans les antécédents de cet individu, qui était âgé de cinquante et un ans, et exerçait la profession de charretier à Pontoise, nous ne trouvons qu'un chancre, dont il porte encore les traces au niveau du gland, mais qui semble avoir été mou d'après l'absence de symptômes consécutifs signalée par le malade.

Depuis un certain temps, cet homme avait remarqué un peu au-dessus et en arrière de la queue du sourcil gauche, une petite grosseur du volume d'une noisette environ, qui ne le gênait nullement, et dont il ne pouvait préciser l'époque d'apparition. Petit à petit, cette tumeur avait grossi, tout en restant indolore, quand, au mois de février dernier, après quelques crises de vomissement, le malade perdit brusquement la vue de l'œil gauche; peu de jours après, l'œil droit se prit, et, après avoir faibli progressivement, la vue devint nulle deux mois après. Il fut soigné pendant environ deux mois dans le service de chirurgie de Pontoise, où le traitement spécifique fut employé inutilement; il fut ensuite envoyé dans mon service.

Lors de l'examen que nous fîmes du malade à son lit, vous vous rappelez que nous avions observé les faits suivants :

La tumeur, ayant le volume d'une tête de fœtus, occupait toute la moitié gauche du frontal, une partie du côté droit de ce même os et débordait un peu sur le pariétal gauche. L'arcade sourcilière, le sinus frontal et la paroi supérieure de la cavité orbitaire gauche étaient intacts.

Faisant à son centre une saillie considérable, la tumeur venait par sa périphérie se continuer insensiblement avec les parois osseuses de la voûte cranienne, dont à première vue elle semblait être un soulèvement. Les téguments qui la recouvraient étaient sains, sans adhérence avec elle; tout au plus pouvait-on noter une légère exagération du calibre des vaisseaux en ce point. La température locale était égale à celle du côté opposé. Quant à la consistance, elle variait suivant les régions de la tumeur; à la périphérie : dureté osseuse, analogue à celle du pariétal et du frontal, avec lesquels la masse se continuait sans aucune ligne de démarcation perceptible au doigt; au contraire, au sommet, au point culminant de sa surface, le palper faisait percevoir une portion molle, presque fluctuante, localisée dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, et qui nettement limitée par un rebord osseux, semblait correspondre à une sorte de trou de sortie du produit néoplasique, qui avait antérieurement distendu et soulevé dans cette région la boîte osseuse.

La partie molle de la tumeur n'était pas réductible dans la cavité cranienne; une pression régulière, exercée par la main à sa surface, n'en diminuait pas le volume. On n'y percevait pas de battement isochrone au pouls, ni quand on faisait tousser énergiquement le malade, pour déterminer un brusque afflux sanguin dans les veines correspondantes. Enfin, j'ajouterai que l'auscultation la plus attentive n'y révélait aucun souffle.

Si nous passons en revue les signes rationnels, nous y trouverons des indications également précieuses.

La douleur n'a existé ni pendant toute la période de développement de la tumeur, ni tant que le malade a été dans notre service, et vous vous rappelez le ton gai avec lequel il nous faisait des réponses indiquant plus d'affaiblissement intellectuel que d'état de souffrance. Le malade répondait toujours que jamais il n'avait souffert, d'un ton qui montrait combien cette question lui paraissait superflue, confirmant par ce ton même la véracité de ses assertions.

Si, dans les premiers jours de son arrivée, notre homme indiquait avec précision la date de son chancre, dans ces temps derniers son intelligence s'était affaiblie, il avait tendance à divaguer, et ce n'était que difficilement qu'on obtenait de lui une réponse précise.

La motilité était conservée ; quand on invitait le malade à soulever ou à déplacer ses bras et ses jambes, il accomplissait sans hésitation le mouvement commandé. La force de sa contraction musculaire n'était pas de beaucoup au-dessous de la normale. Tout au plus son bras gauche semblait-il dans les derniers jours un peu affaibli. Le malade sentait les piqûres les plus légères. Il appréciait parfaitement les différences de température de deux corps, et ne confondait jamais les sensations les unes avec les autres.

L'olfaction et la gustation, entièrement conservées, permettaient au malade de préciser les corps odorants ou sapides qu'on lui soumettait. L'ouïe était un peu affaiblie à gauche.

La vue était complètement abolie et l'examen ophthalmoscopique nous avait révélé un état congestif de la papille dû à une dilatation énorme des veines.

Enfin, si on sortait le malade de son lit, on constatait que cet homme, dont les mouvements des bras et des jambes étaient absolument conservés, ne pouvait se tenir debout sans aide, et que dès qu'on l'abandonnait à lui-même, il avait une tendance presque invincible à tomber en arrière.

Devant cet ensemble de symptômes, quel devait être notre diagnostic? Avions-nous affaire à une tumeur intra-cranienne, c'est-à-dire développée dans l'intérieur de la cavité cranienne, ou à une tumeur extra-cranienne, c'est-à-dire développée aux dépens des parois du crâne elles-mêmes?

Cliniquement, une tumeur, développée à l'intérieur du crâne et arrivée à la période de développement où elle fait saillie, à l'extérieur, se caractérise : 1° par des battements, coïncidant avec la systole cardiaque, et des battements synchrones à l'expiration ; 2° par sa réductibilité, c'est-à-dire que grâce à une pression exercée à la périphérie, il est possible de la faire rentrer dans la cavité cranienne ou tout au moins de diminuer la saillie qu'elle fait à la superficie; 3° par les troubles généraux que détermine la compression sur l'encéphale. Chez notre malade, il est vrai, la tumeur n'était ni réductible, ni le siège de battements; mais les troubles de la vue, survenus brusquement et longtemps après l'apparition de la tumeur, étaient dus, à n'en pas douter, à des phénomènes de compression intra-cranienne puisque la cavité orbitaire était saine.

Ces phénomènes de compression devaient-ils être rattachés à la tumeur qui faisait saillie à la surface du crâne? Non, car la masse qui siège sur le frontal ne pouvait comprimer le nerf optique que par l'intermédiaire du lobe frontal, et nous ne saurions admettre cette disposition sans troubles de la motilité et de la sensibilité. Nous devons également écarter l'idée d'une compression par la tumeur de la zone du pli courbe, puisque nous avons une cécité double, et qu'il faut par conséquent que la compression porte sur le chiasma.

L'absence de douleurs pendant toute la maladie nous fait en outre rejeter l'hypothèse d'un fongus développé dans la dure-mère et ayant lésé secondairement la boîte cranienne, puisque cette affection s'accompagne toujours de douleurs atroces.

Pour comprendre cette cécité double avec tumeur faisant saillie à l'extérieur, nous sommes obligés d'admettre une tumeur au niveau du frontal gauche, développée probablement dans le diploé, et une deuxième tumeur siégeant à la base du crâne au niveau du chiasma des nerfs optiques.

De plus nous ne pouvons nous expliquer les troubles de coordination dans le mouvement et la tendance au recul, qu'en admettant une troisième tumeur développée au niveau des fosses cérébelleuses, et comprimant le cervelet.

Quelle doit être la nature de ces tumeurs? Des gommes ne sauraient être admises puisque le malade a été soumis sans succès au traitement spécifique. Il est probable qu'il s'agit d'un carcinome à foyers multiples, primitivement développé dans le diploé.

Il ne peut donc être question ici d'une intervention chirurgicale, et je partage sous ce rapport complètement l'opinion du chirurgien de l'hôpital de Pontoise qui a d'abord soigné le malade dans son service.

Vous avez entendu avec quelque surprise notre confrère raconter la pression qu'avait voulu exercer sur lui l'administration des hospices de Pontoise pour le forcer à faire une opération qu'il jugeait impraticable. Il a pensé comme moi que s'il est douloureux pour un chirurgien de laisser mourir un malade, il est encore beaucoup plus pénible d'abréger ses jours.

EMPLOI DE LA BANDE DE CAOUTCHOUC

SUR LES MEMBRES ATTEINTS D'HYDROPISIE, DANS UN CAS D'AFFECTION ORGANIQUE DU CŒUR. — TRAITEMENT INTERNE PAR LA CAFÉINE A HAUTE DOSE.

Par M. le docteur Adolphe Bloch,
Ex-médecin de l'hôpital du Havre.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était atteint d'une hydropisie considérable des membres inférieurs, du scrotum et de la paroi abdominale, et l'œdème des membres avait tellement augmenté que je dus songer, un instant, à pratiquer des ponctions pour donner issue au liquide qui infiltrait le tissu cellulaire sous-cutané. Mais avant de recourir à ce moyen qui, en somme, n'est pas exempt de dangers, j'eus l'idée de me servir du caoutchouc pour entourer les membres œdématiés et pour produire ainsi une sudation locale, capable d'amener un dégorgement plus ou moins sensible de la jambe et de la cuisse. Dans ce but, j'utilisai une bande de caoutchouc large de 6 centimètres et épaisse de 1 millimètre environ, que j'appliquai exactement comme une bande de toile, sans cependant serrer trop. Mais pour commencer je recouvris seulement le pied et la moitié inférieure de la jambe d'un seul côté. Le lendemain, j'enlevai la bande et je remarquai que toute la portion du membre ainsi recouverte par le caoutchouc n'était plus œdématiée. Le cou-de-pied se dessinait nettement et formait ainsi un contraste des plus frappants avec le reste du membre et avec le membre du côté opposé qui étaient restés œdématiés et volumineux comme auparavant.

Encouragé par ce résultat, j'appliquai une bande de caoutchouc, des deux côtés, depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse, et au bout de deux jours l'œdème avait si bien diminué que le malade put se lever et marcher. Quant au scrotum et à la paroi abdominale, ils restèrent naturellement aussi volumineux qu'auparavant. Néanmoins la transpiration avait été très légère; mais avant de rechercher la cause d'un changement si rapide, nous devons faire connaître l'histoire de la maladie et les effets des diverses médications employées avant, pendant, et après l'application du caoutchouc.

M. W..., négociant, âgé de soixante-quatre ans, est atteint depuis sa vingtième année d'un catarrhe pulmonaire pour lequel il m'a déjà consulté plusieurs fois; mais cette maladie, jusqu'à la fin de l'année 1885, n'a eu aucune influence fâcheuse sur la santé générale, quoique l'expectoration fût toujours très abondante et qu'il y eût presque tous les ans d'assez fortes hémoptysies.

Ce n'est qu'au mois de février 1886 que M. W... fut obligé de s'aliter. A cette éqoque, il se plaignit d'un sentiment de faiblesse générale, de manque d'appétit, de nausées, et d'un malaise particulier au niveau de la région épigastrique, accompagné d'oppression.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : à la percussion du thorax, sonorité exagérée, en arrière, des deux côtés; et à l'auscultation, diminution du bruit respiratoire, avec gros râles muqueux à la base des deux poumons. Du côté du cœur, à l'inspection de la région précordiale, on ne remarque pas de voussure de la paroi thoracique, mais on voit nettement battre l'organe dans la région épigastrique, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, et à la palpation on sent bien que c'est le cœur lui-même qui a dépassé ses limites ordinaires; à la percussion, on trouve une matité plus étendue qu'à l'état normal, mais il n'y a pas absence complète d'élasticité pariétale; à l'auscultation, on ne perçoit pas de souffle cardiaque; les bruits du cœur sont sourds et très faibles.

Le pouls est dépressible et fréquent; les artères sont athéromateuses. Les veines jugulaires présentent des battements manifestes. Le foie est augmenté de volume. Du côté des autres organes, rien de particulier.

Les crachats sont expectorés en plus grande quantité que d'ordinaire; ils sont épais, verdâtres, comme de la purée de pois.

Je diagnostique une dilatation du cœur droit, consécutive à la bronchite chronique qui a aujourd'hui quarante-quatre ans de date.

Traitement. — Purgatifs et toniques pour stimuler l'appétit, balsamiques contre le catarrhe, frictions calmantes au creux [de l'estomac.

Du 4 janvier au 2 février, état stationnaire, sauf l'appétit qui est un peu meilleur. Vingt ventouses sèches sur le devant de la poitrine et iodure de potassium contre la dyspnée.

5 février. Œdème des malléoles; pas d'albumine dans les urines. Une pilule de 5 centigrammes de poudre de digitale et de scille chaque jour. Régime lacté (2 litres par jour).

Du 6 au 26 février, l'hydropisie s'étend à la jambe et à la cuisse, puis gagne le scrotum et la paroi abdominale. Chaque jour l'œdème augmente et le scrotum finit par acquérir un volume énorme, à tel point que la verge disparaît au milieu des tissus œdématiés. Quinze centigrammes de poudre de digitale et de scille chaque jour; mais il n'en résulte qu'un peu de ralentissement des battements du cœur. Eau-de-vie allemande à fortes doses, répétée plusieurs fois; pas de changement.

Le 27 février, consultation avec le docteur Dujardin-Beaumetz qui fait la prescription suivante : chaque jour 1 gramme d'iodure de potassium, 4 granules de Dioscoride, 6 capsules de terpinol, 20 gouttes, matin et soir, de teinture de digitale et d'alcoolature de racines d'aconit.

Du 27 février au 12 mars, même état. La digitale n'étant plus supportée et ne produisant aucun accroissement dans la quantité d'urine des vingt-quatre heures, je prescris, à la place, l'extrait de fleurs et de feuilles de muguet, chaque jour 2 grammes.

Du 12 au 20 mars, le convallaria est pris régulièrement, mais il n'agit pas mieux que la digitale. L'hydropisie est toujours la même ; en plus, une rougeur érythémateuse intense recouvre la peau des membres œdématiés.

20 mars. M. le docteur Dujardin-Beaumetz veut bien revoir le malade. Il prescrit une cuillerée à bouche, trois fois par jour, de la solution suivante :

Benzoate de soude.	*áá* 5 grammes.
Caféine.	
Eau	120 —

21 mars. Du jour où la caféine fut administrée et à la dose de 1gr,80 par jour, la quantité d'urine des vingt-quatre heures s'éleva immédiatement de 800 grammes à 4 litres. Tous les quarts d'heure, le malade était obligé d'uriner.

Du 21 mars au 4 avril, le malade rend chaque jour de 4 à 5 litres d'urine, et, malgré cela, l'hydropisie reste stationnaire et paraît même devenir plus forte. Il y a aussi un peu d'ascite. A ce moment j'applique les bandes de caoutchouc sur les membres inférieurs, et, le 6 avril, c'est-à-dire deux jours après, l'œdème des parties recouvertes par le caoutchouc ne se voit plus que dans les endroits où la peau a glissé entre les circulaires de la bande; de plus, la rougeur érythémateuse s'est complètement effacée. Cependant les bandes sont très peu mouillées. Le scrotum et la paroi abdominale sont dans le même état; la région lombaire est également envahie, ainsi que la main droite. On continue régulièrement 1gr,80 de caféine par jour.

Du 4 au 30 avril, on laisse les bandes de caoutchouc, qu'on change chaque matin ou tous les deux jours, et le malade peut se lever. Dans l'intervalle, c'est-à-dire le 23 avril, on retire les bandes pour la journée, mais, le soir même, le malade les fait remettre parce que les membres ont de nouveau enflé.

15 avril. Sur le scrotum, j'applique un bonnet de caoutchouc, de la même façon qu'un suspensoir, et je remarque qu'ici la transpiration est beaucoup plus abondante que sur les jambes. Le volume du scrotum diminue chaque jour, mais lentement.

Le 30 avril, les veines superficielles du pied et [de la jambe se dessinent de nouveau sous la peau pendant que la paroi abdominale et la région lombaire commencent à désenfler à leur tour. Je suppose alors que l'action de la caféine se manifeste maintenant sur l'hydropisie, et je cesse l'application du caoutchouc.

En effet, le 12 mai l'œdème a entièrement disparu dans toutes les parties envahies; l'appétit est revenu; l'oppression et la faiblesse ont cessé; l'énergie des contractions cardiaques est devenue plus grande et le pouls artériel a repris de la force. On supprime la caféine, et malgré cela, la polyurie continue encore pendant plusieurs jours.

L'analyse des urines a été faite à deux reprises différentes pendant l'administration de la caféine, et l'on a constaté une diminution importante de l'urée (2gr,82 par litre au lieu de 23 grammes), de l'acide urique, qui ne donne que des traces, de l'acide phosphorique (0gr,249 au lieu de 1gr,66), de l'acide sulfurique (0gr,720 au lieu de 2 grammes); mais il est utile de rappeler que la solution de caféine contenait aussi 5 grammes de benzoate de soude.

J'ai revu M. W... deux mois après. La guérison de l'hydropisie s'est maintenue et l'état général est excellent. Quant au catarrhe, il reste à l'état stationnaire.

En voyant la marche suivie par l'hydropisie, l'on peut se rendre compte de l'utilité relative des divers moyens employés, c'est-à-dire de la *digitale*, du *convallaria*, de la *caféine*, des *bandes de caoutchouc*.

Digitale. — Elle n'eut absolument aucune influence sur la sécrétion urinaire ni sur l'œdème. Elle ne servit qu'à ralentir les pulsations artérielles.

Convallaria. — Il ne fut pas plus efficace que la digitale. La sécrétion urinaire et l'hydropisie restèrent invariables.

Caféine. — Cette substance, au contraire, a été le remède souverain dans le cas qui nous occupe, du moins en ce qui concerne la sécrétion urinaire et l'action sur le cœur. En effet, dès le premier jour, la quantité d'urine s'accrut de plus de 4 litres dans les vingt-quatre heures. Mais ici je dois faire deux remarques importantes. D'abord la dose de caféine prescrite par M. Dujardin-Beaumetz a été de 1gr,80 par jour, en trois fois, et il en fallait bien une quantité aussi forte, « car jusque-là, dit ce médecin, on n'avait administré que des doses faibles de cet alcaloïde, et, suivant en cela la pratique de Gubler, on ne dépassait pas la dose de 50 centigrammes par jour. Des travaux simultanément faits à Lyon

par le professeur Lépine, à Paris par le docteur Huchard, montrèrent que les doses étaient insuffisantes et qu'il ne fallait pas hésiter à donner jusqu'à 2 grammes de ce médicament pour en obtenir des effets utiles. » (*Nouvelles médications*, 1886, p. 21 et 22.)

Le deuxième point sur lequel je veux insister à propos de la caféine est le suivant : Ce remède, tout en produisant une diurèse considérable, n'a pas influé immédiatement sur la marche de l'hydropisie ; celle-ci, au contraire, continuait à augmenter, et ce n'est qu'à partir du vingt-cinquième jour de l'administration de la caféine que l'œdème a commencé à diminuer sensiblement.

Bandes de caoutchouc. — C'est dans cet intervalle que j'ai appliqué les bandes de caoutchouc sur les membres inférieurs, qui ont donné en deux jours les résultats que l'on connaît maintenant, c'est-à-dire, une diminution considérable, si ce n'est la disparition de l'œdème dans ces parties, pendant que les autres régions du corps s'infiltraient de plus en plus. Nous devons en conclure que la caféine n'a agi sur l'hydropisie qu'à partir du moment où le cœur s'est trouvé assez tonifié pour aider au rétablissement de la circulation périphérique. C'est jusqu'à ce jour que le caoutchouc s'est montré réellement utile, en facilitant la circulation capillaire et veineuse des membres inférieurs. En les appliquant pour la première fois, je pensais que la sudation des membres inférieurs serait assez énergique pour en diminuer le volume ; mais, comme nous l'avons constaté, cette sudation a été peu prononcée, et il n'y a donc que l'effet de la compression qui puisse expliquer un dégorgement si rapide des membres. (Il n'était pas dit d'ailleurs qu'une transpiration, même très abondante des membres, aurait favorisé la résorption du liquide épanché dans le tissu cellulaire.)

Un matin, ainsi que nous l'avons vu, le malade voulut abandonner ses bandes, mais il s'empressa de les faire remettre le soir même, en voyant l'œdème reparaître.

Assurément ce moyen n'est que palliatif ; mais il m'a permis d'éviter les ponctions des membres, que l'on ne pratique jamais sans quelque appréhension.

Pour ce qui est du scrotum, je rappellerai que, de ce côté, il n'y a pas eu de compression par le bonnet de caoutchouc. C'est ce qui explique la lenteur avec laquelle l'œdème diminua dans cette région.

En terminant, je ferai observer que le malade a pris chaque jour 1gr,80 de caféine pendant plus de six semaines, et qu'il n'en est résulté aucun inconvénient, si ce n'est une soif assez vive pendant toute la durée du traitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juillet 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Emploi local du sublimé dans le traitement de la syphilis et du lupus. — M. **HALLOPEAU**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Gille de la Tourette (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 649), lit une note sur l'emploi local des préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis et du lupus. Il rappelle que c'est là un mode de traitement qui remonte à une date très reculée, puisque Vigo lui-même prescrivait l'emplâtre mercurielle, la pommade au calomel. Diday, depuis longtemps, emploie la pommade au turbith et traite le psoriasis palmaire par des bains de sublimé. Enfin, depuis assez longtemps déjà, M. Hallopeau a recours à des bains locaux. Il a ainsi guéri, en trois semaines, des syphilides serpigineuses du tronc très étendues et qui résistaient depuis plus d'un an à tous les traitements, en particulier à de hautes doses d'iodure de potassium. Il emploie également ce traitement avec succès contre le lupus. Voilà quinze mois que les compresses trempées dans une solution de sublimé au cinq millième sont couramment employées à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement du lupus de la face. Il donne les meilleurs résultats, même dans les cas où les scarifications sont restées sans succès.

Quant à l'efficacité du sublimé dans le traitement du psoriasis syphilitique, il confirme une fois de plus la théorie du *contagium vivum* de la syphilis, qu'il a soutenue l'un des premiers.

La section des nerfs. — M. **LABORDE** fait une communication sur les résultats, au point de vue physiologique, de la section des nerfs.

On sait que quand on sectionne la racine d'un nerf, on détermine une dégénération du bout périphérique des fibres motrices et une dégénération du bout central des fibres sensitives. Mais dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, il y a toujours des fibres récurrentes qui sont encore en communication avec leur centre trophique et qui, par conséquent, ne sont pas dégénérées. Dans l'examen microscopique de ces nerfs, on doit donc trouver des tubes nerveux intacts. C'est là ce qui explique que, chez le chien, jamais la sensibilité n'est abolie dans la région innervée par un nerf sectionné. Elle est quelquefois un peu obscure, souvent exagérée, mais jamais abolie.

Ablation du gyrus sigmoïde. — M. **DUPUY** présente un chien chez lequel il a enlevé le gyrus sigmoïde. Ce chien, après avoir eu de la contracture, ne présente plus rien de particulier, ni paralysie ni contracture. Il a seulement une marche un peu irrégulière et de temps en temps, il se met sur ses deux pattes de derrière et se secoue la tête avec ses deux pattes de devant. Il ne présente aucun phénomène appréciable du côté des sens.

Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire ; présence d'un parasite. — M. **V. GALIPPE**. Les calculs salivaires provenant de l'homme sont rares. Je dois à l'amitié de notre collègue, le docteur Landouzy, un calcul de la glande sous-maxillaire sorti spontanément du canal de Wharton. Pendant quelques jours il y eut un peu d'inflammation du plancher de la bouche, côté gauche, avec de l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire du même côté. Ce calcul a été rendu par un homme de trente-neuf ans, neuro-arthritique, légèrement albuminurique et glycosurique. Jusqu'ici ce malade n'a éprouvé aucun accident de lithiase et il émet des urines chargées d'urates par intermittences. Il n'a pas eu de maladie infectieuse depuis l'adolescence, pas d'affection buccale, ni linguale, ses dents sont saines.

Le calcul avait une forme oblongue ; son plus grand diamètre mesurait 0m,012, et son plus petit 0m,006. Il pesait 30 centigrammes ; sa densité était très faible.

Après l'avoir stérilisé avec toutes les précautions d'usage, je constate que ce calcul, à l'encontre de ce qu'on observe généralement, présentait peu de résistance. Sa structure est *foliacée*, c'est-à-dire qu'il était formé de couches concentriques se séparant facilement les unes des autres et légèrement colorées ; la surface était d'un blanc mat et rugueuse.

Il ne présentait point à l'examen de noyau central constitué par un corps étranger.

Je n'ai pu faire que son analyse qualitative. Il renfermait une très faible quantité de carbonate, de la chaux, de la magnésie, du phosphate de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien et de la matière organique.

La salive sous-maxillaire de l'homme a une densité plus faible que celle de la glande parotide, et renferme moins de matières solides que cette dernière. (Eckhard.)

La composition de ce calcul se rapproche beaucoup de celle d'un calcul provenant du canal de Wharton et analysé par notre collègue E. Hardy.

Ce calcul, comme celui que j'ai observé, avait une forme ovoïde et était formé de couches concentriques.

M. Hardy en a fait l'analyse complète ; il renfermait du carbonate et du phosphate de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien, de la matière organique, etc.

Il n'a pas été possible non plus à notre collègue de reconnaître dans les parties centrales la présence d'un noyau de composition différente qui permît d'expliquer la formation de ce calcul.

Des liquides appropriés, ensemencés avec des fragments du calcul que m'avait remis M. Landouzy, m'ont permis de recueillir un parasite qui a été cultivé et isolé. Le docteur Vignal a bien voulu l'examiner et me dire que le parasite isolé par moi appartenait à la nombreuse série des parasites buccaux étudiés par M. Malassez et par lui, et dont ils feront bientôt connaître les propriétés biologiques.

Calcul rénal; présence de nombreux parasites. — Dans l'ensemble des faits communiqués par moi à la Société de biologie sur les calculs urinaires, existait une lacune. Je n'avais pu me procurer de calcul rénal, de telle sorte que ce point restait encore à élucider.

Grâce à l'amabilité du docteur Reliquet, j'ai pu examiner plusieurs calculs rénaux provenant du même malade. Ces calculs s'étaient développés dans les calices du rein droit et comprimaient très énergiquement les tissus. Aucun calcul n'existait dans le bassinet ou même y faisait saillie. D'après l'analyse qu'a bien voulu me communiquer M. Reliquet, ces calculs étaient constitués par de l'urate de chaux, des traces de carbonate de chaux et du phosphate ammoniaco-magnésien.

Après les avoir stérilisés, ces calculs furent ouverts et on put ensemencer différents liquides de culture qui tous se montrèrent bientôt peuplés de parasites très actifs et très nombreux.

Je n'ai pas cru devoir les isoler parce que ce travail m'eût éloigné des études spéciales auxquelles je me livre. Il me suffira d'insister sur ce fait que tous les calculs examinés par moi jusqu'à ce jour renfermaient des parasites. Leur présence dans ces concrétions ne saurait être considérée comme accidentelle ; ils font partie intégrale du calcul et ont été les agents de sa formation en provoquant dans les liquides normaux ou pathologiques de l'économie des réactions chimiques sur lesquelles j'ai précédemment appelé l'attention. Les nouvelles recherches de MM. M. Gayon et G. Dupetit, sur le *Bacterium denitrificans*, et les travaux publiés par d'autres expérimentateurs, sur le rôle des infiniment petits dans les réactions chimiques dont la nature offre tant d'exemples, ont confirmé ma manière de voir. Les médecins puiseront sans doute dans ces faits tout une série d'indications relatives à la thérapeutique préventive dont les antiparasitaires fourniront les éléments (1).

ÉLECTION

M. Balzer a été élu membre titulaire dans la dernière séance.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses (2), par M. le professeur Cornil et M. V. Babès, professeur extraordinaire d'histologie pathologique à l'Université de Budapest.

La deuxième édition de l'important travail de MM. Cornil et Babès sur « les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses » vient de paraître.

La première édition de ce livre, publiée il y a un an, fut épuisée en quelques semaines. C'était en effet le seul ouvrage complet existant aussi bien à l'étranger qu'en France sur la *bactériologie* et ses méthodes. Cette lacune n'a encore été comblée par aucun autre livre, et, de plus, la seconde édition que nous annonçons est au courant des derniers progrès de cette science qui produit chaque jour une découverte et qui est appelée à renouveler l'hygiène et la thérapeutique. L'atlas de la première édition a été supprimé ; toutes les figures en noir et en couleur ont été imprimées dans le texte, ce qui en rend la lecture plus facile et constitue un très grand progrès dans l'illustration des livres de médecine.

Climatothérapie (1), par M. le docteur Herman Weber, traduit de l'allemand par MM. Doyon, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage, et P. Spillmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Au moment où chacun se préoccupe de choisir sa station pour les vacances, nous signalons à nos lecteurs un volume qui vient de paraître sous le titre de « Climatothérapie », dû au docteur H. Weber (de Londres) et traduit en français par MM. Doyon et Spillmann.

Après avoir rappelé les notions météorologiques applicables à la médecine, la composition de l'air, sa température, sa distribution géographique, l'auteur étudie l'humidité, ses variations, son influence sur nos organes ; la rosée, les brouillards, la pluie, l'électricité, l'ozone. Il énumère les caractères propres à chaque climat et les indications qu'on en doit tirer pour le traitement des maladies chroniques.

M. Weber entreprend ensuite un véritable tour du monde au point de vue de la climatothérapie et signale tous les points du globe où les malades peuvent trouver des *sanatoria*. Sur toutes ces stations, il donne des renseignements précis. Ce livre est un véritable guide à travers le monde entier que liront, avec intérêt, les bien portants aussi bien que les malades et les médecins pour lesquels il est écrit.

Dictionnaire de botanique (2), par M. H. Baillon.

Avec le vingtième fascicule (GONA-GYBO) se termine le tome II de cet important ouvrage.

On n'a pas encore parcouru cette livraison qu'une superbe planche chromolithographiée, aux couleurs éclatantes, nous rappelle un nom bien regretté. Le *Hachettea*, dédié à l'éminent éditeur, est une superbe plante de la région austro-calédonienne, qui consacre, à jamais, le nom du créateur de la maison si chère aux lettres et aux sciences.

La lettre G nous continue ses surprises; après les *Goodenia*, *Goodyera* et *Gordonia*, le fruit du *Gouania* et la fleur du *Goupia*, nous arrivons à l'article *Gousse*, puis à l'article *Graine*, enfin à celui consacré aux *Graminées*. Nous saluons au passage le *Grisollea* que M. Baillon dédia à notre maître regretté ; le *Guiacum*, cher aux syphilitiques, la *Guimauve*, amie des pharmaciens; la *Gutta-percha*, etc.; nous nous arrêtons au *Gynécée* ou *Pistil* que l'auteur examine en allant du simple au composé. Voici les styles *Gynobasiques*, les *Gynophores* et les *Gynostèmes*; l'illustration vient à l'aide de la description et le lecteur sait avec quel soin et quelle profusion la gravure a été prodiguée dans le « Dictionnaire de botanique » de M. Baillon.

Manuel de conchyliologie (3), par M. le docteur Paul Fischer, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

Les fascicules IX et X de cet important ouvrage ont paru, et avant peu nous aurons à rendre compte du dernier fascicule qui doit paraître en 1887.

---

(1) Travail du laboratoire de la clinique d'accouchements.

(2) Un fort volume grand in-8° de 850 pages avec 348 figures en noir et en couleurs dans le texte et 4 planches hors texte. Prix : 30 francs. — Paris, Félix Alcan.

(1) Un volume in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

(2) Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(3) In-8°. Prix de l'ouvrage complet : 28 francs. — Paris, F. Savy.

En attendant, parcourons les fascicules IX et X, et nous verrons le soin que l'auteur a mis à tenir son livre au niveau si supérieur où il l'a placé.

Avec la famille des *Pyramidellidæ*, M. Fischer termine les « Gymnoglossa » et commence l'étude du deuxième sous-ordre des Gastéropodes, les « Scutibranchiata », qu'il divise en « Rhipidoglossa » et « Docoglossa ».

Les Rhipidoglossa comprennent les familles des Proserpinidæ, Helicinidæ, Neritidæ, Macluritidæ, Neritopsidæ, Turbinidæ, Trochidæ, Delphinulidæ, Cyclostrematidæ, Stomatidæ, Cocculinidæ, Velainiellidæ, Haliotidæ, Pleurotomariidæ, Bellerophontidæ et Fissurellidæ.

Les « Docoglossa » comprennent les familles des Acmeidæ, Patellidæ et Lepetidæ.

Passant à l'ordre des *Polyplacophora*, M. Fischer étudie les familles de Chitonidæ.

L'ordre des *Aplacophora* renferme deux familles, celle des Chaetodermatidæ et celle des Neomeniidæ.

Le fascicule IX se termine par la classe des *Scaphopodes* qui comprend la famille des Dentaliidæ.

Nous allons maintenant avec le fascicule X aborder l'étude de ce que nous appelions autrefois les *bivalves* et qui sont dénommés aujourd'hui Pélécypodes, d'après le pied ventral presque toujours comprimé bilatéralement et ayant la forme d'un fer de hache (πέλεκυς).

La classe des Pélécypodes se divise en « tetrabranchia » et en « dibranchia. » Les uns et les autres se subdivisant en « inappendiculata » et en « appendiculata ».

L'ordre des « Tetrabranchia » *inappendiculata* présente plusieurs sous-ordres :

I. *Ostracea*, comprenant les familles des « Ostreidæ » et des « Anomiidæ ».

II. *Pectinacea*, comprenant les familles des « Dimyidæ », « Spondylidæ », « Limidæ » et « Pectinidæ ».

III. *Mytilacea*, comprenant les familles des « Prasinidæ », « Aviculidæ », et « Mytilidæ ».

IV. *Arcacea*, comprenant les familles des « Arcidæ », et « Nuculidæ. »

V. *Submytilacea*, comprenant les familles des « Modiolopsidæ », « Trigoniidæ », « Unionidæ », « Ætheridæ » et « Cardiniidæ ».

Là s'arrête le fascicule X. Le fascicule XI et dernier du *Manuel de conchyliologie* renfermera la fin des Pélécypodes, les Brachiopodes, par M. Œhlert, les tables et explications des planches. Nous pourrons alors saluer une œuvre française du plus haut mérite, qui montre au monde scientifique que notre Muséum n'a pas dégénéré.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

153. M. Maechler. Du mode de délivrance le plus rationnel dans les conditions normales. — 154. M. Fleury. De l'ostéomyélite de l'os iliaque. — 155. M. Juan J. Garcia. Contribution au traitement de la tumeur blanche ou ostéoarthrite tuberculeuse du coude. — 156. M. Bourdon. Contribution à l'étude des fistules broncho-cutanées. — 157. M. Campos. Étude de la marche de la température dans l'érysipèle. — 158. M. Vivant. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte : forme apoplectique. — 159. M. Siotis. Des déformations de la main dans la maladie de Parkinson. — 160. M. Payen. Quelques considérations sur l'influence des mouvements dans la circulation veineuse des membres. — — 161. M. Duron. Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme. — 162. M. Nagaty. Contribution à l'étude des différentes formes de la folie religieuse. — 163. M. Roi. De la névrite optique rhumatismale. — 164. M. Raval. De l'évolution de la syphilis chez les albuminuriques. — 165. M. Mondon. Souvenirs et observations de chirurgie (campagne du Tonkin 1883-1885). — 166. M. Lemarignier. De l'évolution des hématomes traumatiques (à l'exclusion de ceux des grandes cavités séreuses). — 167. M. Orgeas. Étude sur la pathologie comparée des races humaines à la Guyane française. — 168. M. Gaucheraud. Des éruptions cutanées causées par l'administration interne du mercure (et en particulier de la forme scarlatineuse). — 169. M. Arnaud. De l'influence réciproque du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Chastang et Calmette.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en or et en argent ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bernard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier; Michel (d'Annecy); Salvan, aux Mées; Fabre, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier; Barthes, à Marseille; Boulian, à Salon; Corsy, à Aubagne; Eyriès, à Marseille; Fauré, à Marseille; Félix, à Mallemort; Flaissières, à Marseille; Giraud fils, à Marseille; Honorat, à Marseille; Mascle, à Chateaurenard; Maurin, à Marseille; Rouquette, à Marseille; Sicre, à Saint-Marcel; Charrin, chef du laboratoire de pathologie à la Faculté de médecine de Paris; Galzain, à Concarneau; Hébert, à Audierne; Le Tersec, médecin de la marine; Charvet, à Rochesadoule; Hermautier (du Gard); Camino, à Hendaye.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rouquette, à Olonzac; Adoul, à Saint-Louis, près Marseille; Amic, André, Aurigo, Balata, Bastide, Batigne, Baudoin, Benet, Blitz, Bouisson, Burlot, Cambon, De Capdeville, Cassius, Cavaillié, Chabert, Chancol, Chatelain, Chevillon, Clément, Coulonne, Courbassier, Courreau, Cousin, Dalmas, Ferrand, Fioupe, Flavart, Froment, Gallerand, Garnier, Giraud, Gourrier, Goy, Graugnard, Inglessi, Jauffret, Lachaux, Larche, Marnac, Maunier, Maurel, Mérentié, Payan, Pourrière, Raynaud, Robiolis, Roméo, E. Rossi, J.-B. Rossi, Rostan, Roubaud, Rouit, Savorniu, Sicard, Sollier, à Marseille; Roque, Valérion, à Salon; Roudard, à Grans; Bizien, à Douarnenez; Coffec, à Quimper; Cosmao, à Pont-Labbé; Gouzien, médecin-major; L'Helgouac'h, médecin de la marine; Néis, à Pont-Croix; Nicolas, à Douarnenez; MM. Aubin, Cotte, Dalmas, Galibert, Imbert, Jacques, Laplane, Pagliano, Rossano, Schenel, Wallich, internes des hôpitaux de Marseille; Archigoni, Augias, Bar, Battini, Bonnefoi, Costa, Gil, Icard, Swende, Tassot, externes des hôpitaux de Marseille; Delpech, interne à l'asile d'aliénés de Saint-Lizier; Nogués, interne à l'asile d'aliénés d'Aix; Lange, Rancourel, étudiants en médecine; Capdeville, pharmacien à Aix; Maurin, pharmacien à Marseille; Bec, élève en pharmacie à Marseille; Borel, étudiant en pharmacie à Salon.

— Par décision ministérielle en date du 16 juillet 1886, un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin en second de la clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts. Les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Ils remettront à l'appui de leur demande leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 16 août 1886 inclusivement.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé vendredi soir par la nomination de MM. les docteurs Hirtz (Edgard) et Gaucher.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mardi 20 juillet 1886, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Maury soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Études sur l'organisation et la distribution géographique des plombaginacées. »

Le mercredi 21 juillet 1886, à une heure et demie de l'après-midi, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. Thévenet soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : « Étude analytique du déplacement infiniment petit d'un corps solide. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19829.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le vinage vient de commencer.

M. Gallard a combattu les conclusions de la commission longuement, méthodiquement, avec tout le soin d'un homme qui croirait défendre une cause à lui personnelle.

N'est-il pas, en effet, l'auteur d'un mélange qu'il fait distribuer depuis plus de vingt ans, durant l'été, à tous les employés d'une administration dont il dirige le service médical, mélange dans lequel l'alcool entre sous forme de tafia et qu'il considère comme possédant les vertus les plus surprenantes ? Si les hommes qui en reçoivent se portent bien, n'est-ce pas la preuve de l'innocuité du vinage, puisqu'ils absorbent dans cette boisson des alcools tout à fait semblables à ceux qui entrent dans les vins fraudés ?

Malheureusement pour la thèse de M. Gallard, cette boisson amère, destinée à calmer la soif durant les plus grandes chaleurs, est trop peu agréable au goût pour qu'on en fasse vraiment abus. D'ailleurs l'abus serait impossible puisque chaque homme n'en reçoit par jour qu'une quantité représentant en alcool moins qu'un verre de vin, et cela seulement durant six mois. *De minimis non curat prætor*.

La question reste donc entière, malgré cette longue expérience que M. Gallard considère comme si convaincante, et rien ne prouve que l'on pourrait user même de sa boisson, comme on use du vin, sans en éprouver d'inconvénients.

M. Dujardin-Beaumetz s'est chargé de répondre à M. Gallard, et il l'a fait dans une improvisation très brillante, très applaudie, dont nous nous sommes attaché à donner une idée, le plus fidèlement possible, dans le compte-rendu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Segond.

Kyste synovial de l'extrémité supérieure de la jambe.

Le malade de la salle Sainte-Vierge que je vais opérer dans quelques instants est un homme de soixante-trois ans, très robuste, très bien constitué, ancien sergent retraité, et aujourd'hui clerc de notaire ou, ce qui est plus vrai, saute-ruisseau, malgré ses années.

En 1849 il a eu le bras emporté par un boulet qui lui a fait une très belle amputation intra-deltoïdienne avec un très bon moignon, porteur cependant, à l'extrémité d'un des nerfs de la région, d'un gros névrome très douloureux à la pression au point de déterminer de véritables crises nerveuses très accentuées. De plus cet homme a toujours conservé la sensation du membre qu'il a perdu il y a trente-six ans.

Quant à ses antécédents morbides, ils sont à peu près nuls ; il n'a jamais eu d'autre maladie sérieuse que la vérole qu'il a contractée en 1851. Les accidents d'ailleurs ont été bénins, d'assez courte durée, et depuis lors aucune manifestation secondaire ou tertiaire ne s'est produite. Tout ce dont il se plaint, et encore, c'est d'être un peu rhumatisant, en dehors bien entendu de l'affection pour laquelle il est entré à l'hôpital.

En somme nous ne trouvons chez lui aucune diathèse, aucune tare pathologique, et tous ses viscères sont sains.

La maladie chirurgicale pour laquelle il est entré, est caractérisée par l'existence d'une tumeur située au niveau de la tubérosité interne du tibia, et dont le début remonte au mois de février dernier.

A cette époque, en effet, il a vu survenir sans cause appréciable, sur la tubérosité interne du tibia, une petite tumeur, grosse, dit-il, à peine comme une petite noisette aplatie, et qui peu à peu a augmenté de volume, mais sans jamais s'accompagner d'aucun phénomène inflammatoire, ni d'aucune douleur, jusqu'au 15 de ce mois. Ce jour-là, le matin, il s'est réveillé avec une vive douleur prétibiale, au niveau de sa tumeur, douleur telle qu'il lui a été impossible de marcher et qui s'expliquerait par une série de courses très fatigantes qu'il aurait été obligé de faire pendant toute la journée de la veille.

Voici d'ailleurs l'état dans lequel il s'est présenté à notre première visite : tumeur de forme régulière, du volume d'une mandarine aplatie; la peau qui la recouvre est normale, saine, sans aucun changement de coloration; la tumeur est située sur la tubérosité interne elle-même du tibia, elle est fluctuante dans tous les sens, mobile dans une certaine mesure quoique très adhérente au squelette. Si, la jambe à demi fléchie sur la cuisse, on fait contracter les muscles dont les tendons constituent la patte d'oie, c'est-à-dire les muscles couturier, demi-tendineux et droit

interne, la main appliquée sur le genou sent la tumeur devenir très dure et si tendue que la fluctuation disparaît complètement. De plus, je répète ce que j'ai déjà dit tout à l'heure, à aucun moment cette tumeur, n'a été le siège de phénomènes inflammatoires.

Qu'est-ce donc qu'une pareille tumeur, liquide, fluctuante et collée à la tubérosité interne du tibia? Un abcès sous-périostique ? Non, elle n'en a pas la forme, elle ne fait pas corps avec l'os mais elle est seulement collée au tibia ; enfin on ne trouve à sa périphérie aucune trace du moindre empâtement, comme cela aurait lieu en cas d'abcès.

Quand on est en présence d'une tumeur liquide, fluctuante, durcissant par le seul fait de la contraction musculaire, on doit toujours penser, comme l'a parfaitement dit M. Denonvilliers, à quelque kyste hydatique, et dans la plupart des cas ce diagnostic se trouve confirmé par l'événement. D'ailleurs ces tumeurs hydatiques des muscles sont, en réalité, plus fréquentes qu'on le croit généralement, et pour ma part, bien que ma pratique chirurgicale ne date pas encore de longtemps, j'en ai bien vu déjà une quinzaine de cas. Mais je me hâte de le dire, ce n'est point de cela qu'il s'agit ici.

Comme vous le savez, — et je ne vous ferai pas ici un cours d'anatomie, — les tendons de la patte d'oie, formés des muscles couturier, demi-tendineux et droit interne, s'attachent sur la face antéro-interne du tibia en dedans de la tubérosité interne de cet os. Ils sont disposés de façon à former deux couches : l'une, superficielle, formée par le tendon du couturier ; l'autre, profonde, formée par les deux tendons du demi-tendineux situé plus bas, et du droit interne situé plus haut. Entre ces deux plans tendineux et le squelette, on trouve, profondément placée et remontant sur l'articulation, une bourse séreuse qui les sépare du squelette et du ligament interne, bourse qui dans certaines conditions peut devenir kystique, et c'est là, pour le dire dès maintenant, la nature de la tumeur de notre malade.

Mais cette tumeur de la bourse séreuse sous-jacente à la patte d'oie serait-elle une de ces manifestations tardives de la vérole sur les gaines tendineuses, sur lesquelles M. Fournier a vivement appelé l'attention à une certaine époque? Chez notre malade ce serait vraiment aller bien loin, car depuis plus de trente ans la syphilis ne s'est révélée par aucun symptôme morbide, tandis que nous en trouvons l'origine toute naturelle dans sa profession elle-même, dans les courses fatigantes auxquelles il est astreint. Notre diagnostic sera donc, en définitive, kyste séreux simple.

La paroi de ces kystes est constituée par la poche elle-même de la gaine synoviale, laquelle, communiquant quelquefois, chez certains individus, avec l'articulation, entraîne, par suite, un pronostic plus sérieux. Aussi cette communication est-elle toujours importante à rechercher. Ici elle ne me paraît pas exister, d'abord parce que le bord supérieur de la tumeur est au-dessous de l'interligne articulaire, et surtout parce que la pression exercée sur la tumeur ne diminue en rien son volume, par conséquent ne fait pas fuir vers l'articulation le liquide qu'elle renferme.

Quant au contenu de ces tumeurs, il est quelquefois représenté par un liquide synovial pur et simple; le plus souvent, cependant, c'est une substance analogue à de la gelée de pommes ou de groseilles, ainsi que l'a très bien indiqué Dupuytren, et que l'a répété plus tard Virchow. De plus il se forme quelquefois dans ces mêmes tumeurs des végétations conjonctives, qui se détachent à un moment donné par suite de frottements répétés et forment des grains riziformes blancs et de grosseur variable. Dans un travail assez récent, M. Nicaise a démontré la formation, à la face interne de la poche, de dépôts fibrineux qui s'émiettent, se détachent et peuvent être aussi l'origine de grains riziformes.

Chez notre malade, je ne pense pas que nous en rencontrions. Je crois que nous devons attribuer l'origine de sa tumeur à une synovite chronique simple, développée chez un individu âgé et rhumatisant, à la suite de marches et de fatigues répétées.

Quant à la thérapeutique, elle est basée sur ce fait qu'il s'agit : 1° d'un homme obligé de marcher pour gagner sa vie ; 2° d'une tumeur susceptible, à un moment donné, de s'enflammer et de donner lieu, par suite, à la formation d'un phlegmon diffus ; de là la nécessité d'intervenir chirurgicalement. Mais cette intervention elle-même est assez délicate. Les tumeurs de ce genre, assez rares au niveau de la patte d'oie, sont assez fréquentes au contraire, relativement du moins, à l'avant-bras, et l'opération qu'elles nécessitent était jugée autrefois avec raison comme sérieuse, voire même terrible, à cause des inflammations phlegmoneuses qui pouvaient en être la suite, lesquelles se terminaient alors ou par la mort du sujet ou par l'impotence du membre. Aussi conseillait-on de les laisser tranquilles vu les dangers inhérents à la connexion possible de ces tumeurs avec les jointures. C'est ainsi qu'avant la découverte de l'antiseptie, M. Verneuil s'élevait justement contre toute intervention.

Mais depuis la méthode antiseptique, on est revenu au manuel opératoire du temps où les plaies étaient pansées avec le vin chaud, et non avec le cérat, de fatale mémoire, et l'on ne craint plus d'opérer ces kystes séreux.

En résumé depuis cinq ou six ans, une douzaine au moins d'opérations de ces kystes, qui tous ont guéri par première intention, ont été communiquées à la Société de chirurgie. C'est là également la guérison par première intention que je me propose en opérant mon malade dans quelques instants.

HOTEL-DIEU DE POITIERS. — M. Pion.

Hernie inguinale étranglée depuis douze jours; rupture de l'intestin et infiltration des gaz intestinaux dans le tissu cellulaire de l'abdomen, de la cuisse et de la jambe; ouverture du scrotum; anus contre nature; guérison spontanée.

Le 18 mars 1886, le nommé H... (Jean), âgé de vingt-cinq ans, célibataire, exerçant la profession de cordonnier, entrait à l'Hôtel-Dieu pour une hernie étranglée.

Le malade nous apprend que son père est mort d'une pneumonie, à l'âge de cinquante-cinq ans; sa mère existe encore, ainsi qu'une sœur. Aucun des membres de cette famille n'était atteint de hernie.

Lui-même a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a constaté sa hernie qu'à l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque, il n'a jamais porté de bandage.

Il y a quatre ans, cette hernie s'est étranglée. Plusieurs tentatives de taxis ont été faites sans résultat. Après vingt et un jours d'étranglement, les bourses s'étant ulcérées, il y eut un écoulement sur la nature duquel le malade ne peut exactement nous renseigner. Quelques jours plus tard, nous dit-il, la plaie s'étant cicatrisée, il put reprendre ses occupations ordinaires.

L'étranglement herniaire, qui a nécessité son entrée à l'Hôtel-Dieu, remonte à douze jours. Il s'est produit sous l'influence d'un faible effort et s'est traduit par une douleur vive dans l'aine gauche et une augmentation brusque du volume de la tumeur. Les évacuations intestinales, soit solides, soit gazeuses, ont cessé immédiatement.

Les vomissements ont commencé dans le courant de la journée; depuis sept jours, ils sont fécaloïdes.

Six tentatives de taxis, sans chloroforme, auraient été faites; la dernière aurait eu lieu deux jours avant son entrée.

Le malade est d'une maigreur extrême; il présente, d'une façon très marquée, le facies abdominal. Les vomissements fécaloïdes sont fréquents, peu abondants. Pouls petit à 120. Peau froide.

Ses réponses sont assez précises. Il éprouve de très grandes douleurs abdominales.

Le ventre est modérément ballonné, ce qui permet de constater à la vue, des contractions spasmodiques très énergiques de l'intestin qui, de temps en temps, changent la forme de l'abdomen. Le palper confirme ce que révèle la vue.

En promenant la main sur la paroi abdominale, nous sommes surpris d'y rencontrer de la crépitation, et nous en recherchons l'étendue.

Partant de l'arcade crurale gauche, nous la percevons jusqu'au niveau du mamelon, dans le voisinage de l'ombilic et sur la partie latérale gauche du thorax et de l'abdomen.

Au-dessous de l'arcade crurale, la crépitation est très marquée à la partie interne et antérieure de la cuisse, dans le creux poplité, au niveau du mollet, enfin autour du tendon d'Achille.

La cuisse et le mollet sont sensiblement augmentés de volume et la percussion donne une sonorité tympanique, comme dans l'emphysème provoqué par l'insufflation.

Le scrotum est tendu, rouge, luisant, douloureux, sonore, mais non crépitant. Sa partie la plus déclive est le siège d'une plaque de gangrène humide qui s'étend du raphé médian vers la partie des bourses en rapport avec la cuisse gauche.

An niveau de l'arcade crurale, nous constatons de l'induration inflammatoire.

Le scrotum est lavé avec une solution phéniquée forte et incisé suivant la plus grande étendue de l'eschare. Cette incision donne issue à des matières fécales liquides mélangées de gaz.

Après quelques émissions gazeuses bruyantes, les contractions intestinales cessent d'être apparentes et le malade déclare éprouver un grand soulagement.

Ayant entouré de mes deux mains la partie inférieure de la jambe, je refoulai les gaz vers la racine du membre. Immédiatement j'acquis la certitude qu'ils s'échappaient par la plaie. Les renseignements fournis par l'ouïe, la disparition de la crépitation au niveau du tendon d'Achille et la diminution du mollet ne pouvaient laisser de doutes à cet égard. Cependant je jugeai prudent d'agir avec douceur et de ne pas prolonger ces tentatives, dans la crainte de déplacer seulement l'infiltration gazeuse. Je me bornai à placer une bande de toile depuis le pied jusqu'au milieu de la cuisse : elle fut remplacée, le lendemain, par une bande en caoutchouc faiblement serrée. Aucune tentative ne fut faite du côté de la paroi abdominale.

Pendant la nuit, le malade a reposé et n'a eu que deux vomissements; son aspect est meilleur, le pouls bat 100; la température est à 38°,4. Le bassin, placé au-dessous des bourses, renferme une très grande quantité de matières liquides.

Le 20, le pouls est à 95; la température à 37°,8. Il n'y a pas eu de vomissements nouveaux; les évacuations continuent à se faire comme précédemment.

La bande qui entoure le membre est enlevée. On ne constate plus de gaz sous-cutanés au niveau de la jambe et de la partie inférieure de la cuisse; ils ne semblent pas avoir diminué à la partie supérieure de la cuisse ni à la paroi abdominale.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire; faibles variations thermométriques.

Le 23, le malade tousse et a une expectoration abondante; les crachats sont facilement rejetés; le pouls est plus fréquent, 120; la température est remontée à 39 degrés.

Pendant quelques jours, ces phénomènes persistent, puis diminuent pour disparaître peu à peu.

Le 26 avril, les matières fécales continuent à s'écouler par l'anus artificiel, et cependant le malade dit éprouver le besoin d'aller à la garde-robe et avoir rendu quelques gaz par l'anus. Nous prescrivons un lavement émollient.

L'emphysème sous-cutané a presque complètement disparu, sans avoir donné lieu à aucun phénomène inflammatoire.

Le 27, nous apprenons que des matières fécales durcies et des gaz ont été évacués par l'anus.

L'état général étant redevenu satisfaisant et le malade réclamant une nourriture plus abondante et plus solide, nous accédons à son désir.

Une fusée purulente, développée sur le trajet du canal inguinal, donne lieu à un petit abcès qui est ouvert, le 28, au-dessus de l'arcade crurale.

Depuis cette époque, les matières sont rendues, en partie, solides, par l'anus normal; en partie, liquides, par l'anus artificiel.

De temps en temps surviennent quelques coliques, assez vives, mais très espacées.

Dans les premiers jours de mai, nous engageons le malade à se lever, muni d'un appareil en caoutchouc. L'anus artificiel s'est considérablement rétréci. On constate de l'empâtement profond dans la fosse iliaque gauche.

Le 1er juin, cet empâtement a presque disparu. L'écoulement des matières fécales à travers l'anus artificiel est très faible; une sonde de femme pénètre à peine de quelques millimètres.

Le 6, le trajet est tout à fait fistuleux et l'écoulement liquide presque tari. Les évacuations alvines se font normalement; on ne peut douter que la guérison spontanée ait lieu à bref délai.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'Instruction publique transmet ampliation du décret par lequel l'élection de M. Bouchard est approuvée.

La correspondance comprend en outre :

1° Une note intitulée : *La vue aux aveugles par la cornée artificielle*, par M. le docteur Martin;

2° Une note intitulée : *De l'emploi de l'eau bouillie dans la prophylaxie de certaines épidémies*, par M. le docteur Charles Amat, médecin-major.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national (première division).

Le nombre des votants étant de 50, majorité 26,

M. Grasset (de Montpellier), obtient.	39	suffrages.
M. Tillot (de Luxeuil).	5	—
M. Mauricet (de Vannes).	3	—
M. Carlet (de Grenoble).	2	—

En conséquence, M. Grasset ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé correspondant national.

LECTURE

M. Roy, pharmacien de première classe, lit une note sur une nouvelle préparation de quinquina.

DISCUSSION SUR LES ALCOOLS

M. Gallard rappelle que l'Académie, en 1870, a adopté des conclusions diamétralement contraires à celles qu'on lui propose aujourd'hui. Aujourd'hui on lui demande de déclarer *nuisible l'al-*

coolisation des vins : et elle déclarait alors que cette opération « n'expose à aucun danger la santé des consommateurs ». Pourquoi changer ainsi d'opinion?

M. Gallard reconnaît que le nom de vin appartient exclusivement au seul liquide provenant de la fermentation du jus de raisin récolté à maturité pendant la vendange et qu'il doit être refusé à toutes les compositions similaires, constituant de véritables contrefaçons.

Mais il ne croit pas que ces boissons artificielles soient toutes pernicieuses pour la santé.

Le mélange des vins, le coupage, est pratiqué sans inconvénient par l'administration de l'Assistance publique, et il bonifie les vins à bas prix distribués dans les hôpitaux.

Le mélange d'eau, le mouillage, est de tradition dans les collèges, et si l'*abondance* est peut être moins agréable à boire que le vin pur, elle ne nuit certainement pas à la santé des jeunes élèves.

La question ne se pose donc, au point de vue de l'hygiène, qu'en ce qui touche l'addition d'alcool au vin naturel, le *vinage*.

M. Gallard croit qu'il est impossible d'empêcher jamais le vinage d'une manière absolue, car les vins, de quelque crû que ce soit d'ailleurs, ne présentent pas toutes les années une composition et un degré alcoolimétrique tellement uniformes qu'on puisse exiger cette composition ou cette proportion d'alcool comme des éléments naturels et forcés.

Les vins varient au moins entre 6 et 21 p. 100 d'alcool; il y a même des savants qui prétendent que le vin peut naturellement en renfermer jusqu'à 30 p. 100. Comment donc empêcher le vinage dans de pareilles conditions? Comment savoir si l'alcool trouvé dans le vin y a pu être, ou non, ajouté en partie?

On dit, il est vrai, que l'alcool ajouté au vin n'est généralement pas de l'alcool de raisin, mais de l'alcool soit de grains, soit de betteraves, soit de pommes de terre, pouvant renfermer dans des proportions plus ou moins fortes les dérivés de séries autres que la série éthylique, dérivés que les expériences de M. Dujardin-Beaumetz ont montrés beaucoup plus toxiques.

Mais aujourd'hui on est parvenu à rectifier ces alcools, à les purifier, à faire pour eux ce qu'on a fait pour le sucre de betteraves, qui vaut actuellement le sucre de cannes.

D'ailleurs on ne sait pas encore reconnaître assez bien ces alcools toxiques pour s'opposer à leur emploi. On le sait si peu que le Sénat propose de décerner 50 000 francs à qui trouvera un moyen pratique pour les discerner. A quoi donc bon les interdire si on ne peut pas les atteindre?

D'ailleurs est-il vrai que ces alcools soient si dangereux quand on ne les consomme que dans de faibles proportions? Est-il vrai que les alcools du commerce étendus d'eau de manière à représenter la force des vins ordinaires nuisent beaucoup plus à la santé? M. Gallard ne le croit pas; il le croit d'autant moins que depuis bien des années il fait distribuer durant six mois à tous les employés du chemin de fer d'Orléans, au nombre de 40 000, une sorte de grog dont chaque litre contient 40 grammes de tafia et 4 grammes de teinture de gentiane par litre d'eau. Chaque employé reçoit 1 litre de ce mélange par vingt-quatre heures. Il peut donc boire dans les six mois environ 375 centimètres cubes d'alcool. Or tous jouissent d'une santé plus florissante que des campagnards du voisinage. Ils sont devenus beaucoup moins accessibles à la fièvre intermittente. Ils résistent mieux à toutes les épidémies, y compris le choléra, la dysenterie, les troubles gastro-intestinaux. Ils sont d'ailleurs moins exposés à la dilatation de l'estomac par excès de boisson, car ce mélange, étant amer, éteint mieux la soif.

Quant aux dangers que peut présenter, au point de vue de l'alcoolisme, l'habitude des boissons autres que le vin, M. Gallard le reconnaît; mais cela n'offre aucun rapport avec la question du vinage.

L'essentiel serait d'empêcher les commerçants de vendre des boissons trop fortes, et pour y arriver le meilleur moyen serait d'établir une série de taxes progressivement plus fortes à mesure que l'alcool sera moins coupé.

M. Gallard termine par les conclusions suivantes, qu'il oppose à celles de la commission :

1° Le simple mélange de plusieurs vins naturels, ou *coupage*; l'addition à un vin naturel d'une plus ou moins grande quantité d'eau pure ou *mouillage;* l'addition à ce même vin naturel d'une quantité quelconque d'alcool, de bonne qualité, ou *vinage*, ne peuvent avoir aucune influence fâcheuse sur la santé des consommateurs, et l'Académie n'a pas de raisons pour les proscrire au nom de l'hygiène;

2° L'emploi pour le vinage des alcools supérieurs (amylique, butylique, etc.) peut, en raison des principes toxiques qu'ils renferment, communiquer au vin des propriétés nuisibles pour la santé. Leur emploi doit donc être interdit au même titre et par les mêmes raisons que celui de l'acide salicylique, que celui du bisulfate de potasse ajouté au vin par la pratique du *plâtrage*, que celui des matières colorantes quelles qu'elles soient, ou des préparations connues sous le nom de bouquet artificiel, qui toutes ajoutent au vin des matériaux étrangers à sa composition naturelle et le plus souvent dangereuses;

3° Les boissons qui ne sont pas préparées exclusivement avec le jus de raisin, fermenté aussitôt après la vendange, ne doivent pas être vendues sous le nom de vin. Elles ne peuvent, alors même que leur salubrité est parfaitement établie, être livrées à la consommation que sous un nom indiquant leur composition et leur provenance;

4° Afin d'encourager la consommation des vins naturels les moins alcoolisés et celle des autres boissons fermentées qui renferment peu d'alcool, il serait à désirer que les droits fiscaux pesant sur l'alcool fussent établis en raison même de la quantité contenue dans chacune de ces boissons. Ces droits doivent être calculés de telle sorte que la taxe portant sur une même quantité d'alcool devînt de plus en plus forte à mesure que cet alcool serait dilué dans un moindre volume de liquide.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ s'attendait à voir M. Gallard conclure autrement d'après la définition très exacte qu'il avait donnée du vin. Oui, on ne peut nommer vin que le jus de raisin fermentant de soi-même. Le vin est un liquide vivant, dont les éléments se combinent sous l'action d'êtres doués de vie. Les ferments spéciaux qui le forment ont besoin d'être abandonnés à leur évolution spontanée pour le faire naître et lui donner, après la jeunesse, la maturité, puis une saine vieillesse. Quand on y mêle de l'alcool, on tue le vin, on le décompose, on en fait un liquide mort qui n'est plus lui, on le fait passer en quelques instants à cet état de décrépitude que certaines maladies produisent presque aussi vite chez les animaux proprement dits.

M. Gallard demande pourquoi l'Académie changerait d'avis au bout de seize ans : Pourquoi? Mais parce qu'en ces seize ans il s'est produit de grands faits nouveaux. Au point de vue scientifique, M. Dujardin-Beaumetz se trouve un peu embarrassé pour insister lui-même sur ce point, il s'est produit d'abord la série d'expériences qu'il a poursuivie durant dix années, et par lesquelles il a démontré que les alcools dits supérieurs, parce qu'ils appartiennent à des séries plus élevées en hydrogène et en carbone que la série étylique, produisent sur les animaux des effets toxiques beaucoup plus profonds, beaucoup plus rapidement mortels. Il y a ensuite cette expérience de tous les jours, il faut bien le dire, qui se poursuit actuellement sur l'homme. Quand on buvait en France du vin vrai, beaucoup pensaient, et c'était l'opinion de l'orateur lui-même, que le vin, quand on en usait avec excès, pouvait bien produire des ivrognes, mais non de vrais alcooliques.

Ceux qui en buvaient n'étaient pas atteints de ces lésions des organes essentiels qu'a si bien décrites M. Lancereaux et qui forment le tableau complet de l'alcoolisme.

Or en ce qui touche le vin, les choses ont bien changé depuis 1870. Le phylloxéra a détruit les vignes. Le vin qu'on boit, à Paris surtout, n'est plus en général qu'un mélange d'alcools, soit de betteraves, soit de pommes de terre, etc., auxquels, pour être honnête, on devrait donner le nom de *betteravine* ou de *pomme de terrine*, mais certainement pas celui de vin. Un chancelier célèbre pouvait dire récemment devant son parlement : « Ne vous inquiétez pas des alcools toxiques qui peuvent se fabriquer ici,

nous les envoyons consommer en France. » — « Et sous quelle forme ? » — « Sous forme de vins. » Aussi la France est empoisonnée. L'alcoolisme actuellement déborde : il remplit tous nos hôpitaux. Il était inconnu chez nous, il y a une vingtaine d'années ; pour l'étudier il fallait aller chez les peuples privés de vins. Aujourd'hui il n'est pas de médecin d'hôpital qui n'ait à soigner quelque alcoolique ; et, il ne faut pas s'y tromper, ces alcooliques ne sont pas pour la plupart des hommes adonnés à l'usage des liqueurs fortes. Ce sont des hommes qui ne boivent que du vin ; du moins ils le croient ; mais leurs vins, comme tous les vins du commerce vulgaire, sont une composition chimique où entrent surtout les alcools les plus malfaisants.

M. Gallard insiste beaucoup sur l'impossibilité qui, suivant lui, existerait, de reconnaître les vins fraudés. Cette impossibilité prétendue est si loin d'être vraie que dernièrement encore on a pu refuser au Havre l'entrée de dix-huit mille hectolitres d'un liquide appelé vin et qui ne renfermait pas une goutte des produits de la vigne.

Le vinage, quand il se faisait avec des eaux-de-vie de vin, avec des alcools de vins, était très admissible. Mais où trouverait-on des eaux-de-vie de vin aujourd'hui ? Quel prix faudrait-il les payer pour s'en procurer ? Et encore ! Aujourd'hui le vinage ne peut donc plus se faire qu'avec des poisons dangereux : il faut interdire le vinage.

En somme l'Académie peut, et elle doit changer, non d'opinion, mais de conclusion pratique. Quand le vinage se faisait avec des produits inoffensifs, elle le disait et permettait le vinage. Aujourd'hui qu'il est devenu l'une des sources les plus fécondes des maladies, avec lésions des organes les plus essentiels, qui déciment la population des grandes villes, elle doit l'interdire.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1886.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	10	11	4	25
2e	12	15	4	31
3e	22	33	11	66
4e	15	35	12	62
5e	25	40	11	76
6e	12	23	2	37
7e	14	23	6	43
8e	3	11	3	17
9e	21	22	3	46
10e	14	30	8	52
11e	49	84	36	169
12e	21	38	12	71
13e	27	56	19	102
14e	48	58	14	120
15e	36	57	18	111
16e	15	14	4	33
17e	38	57	11	106
18e	50	70	35	155
19e	35	49	29	113
20e	66	73	26	165
	533	799	268	1600

La moyenne des visites par nuit est de 17,58. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19,77.

Visites du deuxième trimestre de 1885. 1799
Visites du deuxième trimestre de 1886. 1600
Différence en moins 199

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites. 105
Croup. 33
Coqueluche 14
Corps étrangers de l'œsophage. 2
Ophthalmie 2

B. Asthme. 35
Affections du cœur 63
Bronchites aiguës et chroniques 101
Pleuro-pneumonie 80
Congestion pulmonaire. . . 24

C. Affections et troubles gastro-intestinaux 101
Cholérine 12
Dysenterie. 2
Athrepsie. 14
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . 52
Hernie étranglée 21
Rétention d'urine. 11
Orchite. 3
Corps étranger de l'urèthre. 1

D. Métrite, métro-péritonite. 42
Métrorrhagie 43
Fausse couche 45
Accouchement, délivrance. 147
Accouchements non terminés. 24

E. Affections cérébrales. . . 79
Convulsions, éclampsie. . . 70
Névralgie 30
Névroses 73
Épilepsie 18
Aliénation mentale 13
Alcoolisme, delirium tremens 19
Rage. 1
Tétanos 2

F. Rhumatisme 17
Affections éruptives. 55
Fièvre intermittente. 1
Fièvre typhoïde. 17
Hémorrhagies de causes internes et externes. 61

G. Plaies, contusions. 83
Fractures, luxations, entorses. 25
Brûlures. 3
Empoisonnements. 12
Asphyxie par le charbon. . 6
— submersion. . 1
Suicide 4

H. — Mort à l'arrivée du médecin. 33

Total. 1600

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100 ;
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 17 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

170. M. Combes. Des suites de couches chez les syphilitiques. — 171. M. Dandieu. De la pyridine et de la collydine comme médicaments respiratoires. — 172. M. Gilles. Contribution à l'étude des néphrites infectieuses, leur passage à l'état chronique. — 173. M. Jaille. Étude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines. — 174. M. Deschamps. De l'artérite aiguë dans le cours de la fièvre typhoïde (artérite pariétale). — 175. M. Barral. Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage. — 176. M. Giroud. Le crétin : Essai anatomique et physiologique. — 177. M. Jossic. Contusions du thorax, des complications consécutives (essai médico-légal). — 178. M. Claude. Etude sur la syphilis du sein. — 179. M. Fournier. Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse. — 180. M. Ricordeau. Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie ; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée.

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante relative à l'officiat de santé.

Monsieur le Recteur,

Le décret du 1er août 1883, déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé, décide qu'à partir du 1er novembre 1886 le régime établi par ce décret sera mis en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants

appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer.

I. Étudiants qui, ayant commencé leurs études avant le 1er novembre 1883, seront pourvus, à la fin de l'année scolaire 1885-1886 : . . . . 1° Dans les Facultés et dans les Écoles de plein exercice, d'un certain nombre d'inscriptions, inférieur à douze; 2° Dans les Écoles préparatoires, d'un certain nombre d'inscriptions inférieur à quatorze.	Avant d'être admis aux examens définitifs, ces étudiants prendront régulièrement seize inscriptions aux époques trimestrielles réglementaires, et subiront les examens de fin d'année correspondant à leur scolarité, d'après le programme établi par le décret du 1er août 1883.
II. Étudiants qui, pourvus de douze inscriptions de Faculté ou d'École de plein exercice, ou de quatorze inscriptions d'École préparatoire, n'auraient subi aucun examen définitif ou qui auraient été ajournés au premier examen définitif à la fin de l'année scolaire 1885-1886.	Ces étudiants seront dispensés du troisième examen de fin d'année et seront admis à subir immédiatement les examens définitifs, conformément au programme établi par le décret du 1er août 1883.
III. Étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif ou qui seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou au troisième examen définitif.	1° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif conserveront le bénéfice de ces examens, mais ils seront soumis au nouveau programme pour les examens ou l'examen qu'ils auront encore à subir. 2° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou troisième examen définitif seront également soumis au nouveau programme.

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyens et directeurs des Facultés ou Écoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

Paris, le 12 juillet 1886.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. Galliot, Danguy-Desdéserts et Jacquemin.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Pichon et Touchet.

Au grade de pharmacien principal. — MM. Raoul et Castaing.

Au grade de pharmacien de première classe. — M. Lejanne.

— Par décision ministérielle, en date du 1er juillet 1886, des médailles d'argent et de bronze du module de 50 millimètres ont été accordées aux personnes dont les noms suivent, en témoignage des services qu'elles ont rendus à l'administration sanitaire lors de l'épidémie cholérique de 1884 et 1885 :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Auphan, à Ax ; Barès, à Saint-Béot; Calmon, à Céret; Cassan, à Banyuls-sur-Mer; Coumeigt, à Urdos; Darrieux, à Saint-Jean-Pied-de-Port; Dihursubéhère, à Baïgorry; Ferras, à Bagnères-de-Luchon; Galangau, à Port-Vendres; Harreguy, à Lescun; Lacoste, à Laruns; Marti, à Latour-de-Carol; Mendiondo, à Tardets; Poujet, à Osséja; Rogalle, à Seix; Sévène, à Montlouis; Vincent, à Béhobie; MM. Chaleix, interne des hôpitaux de Bordeaux; Dubosc, Durrutz, Ganivet-Desgraviers, Gouzot, Goyetche, Lagahuzère, Lapalle, Larrieu, de Laulanié, Nadaud, Orgogaza, Peytoureau, Proux, Simonet de Laborie, étudiants en médecine de la Faculté de Bordeaux; Bolanos, Boudou, Breuils, Crendiropoulos, Crouzet, Eustache, Hassan, Tarbourriech, étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier; Chamayou, Dufoure, Estrabaud, Lanusse, Mauran, étudiants en médecine de l'École de Toulouse.

Médailles de bronze. — MM. Larrieu, étudiant en médecine de la Faculté de Paris ; Boudry, étudiant en médecine de la Faculté de Bordeaux; Bouchet, Gauthier, Zborowski, étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier; Estève, étudiant en médecine de l'École de Toulouse.

— Par arrêté, en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en bronze ont été décernées aux personnes ci-après désignées en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886 :

MM. les docteurs Gay de Tarodel, Sicard, à Marseille; MM. Magnan, élève en pharmacie à Marseille; Guégan, élève en pharmacie à Concarneau.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Souloumiac, à Cousances, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

— Par arrêté, en date du 14 juillet 1886, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur H. Georges, maître de conférences à l'Institut national agronomique.

— Par arrêté ministériel en date du 19 juillet 1886, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est autorisée, à partir du 1er novembre 1886, à jouir des droits conférés aux Écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du 1er août 1883.

— A la suite des trois épreuves éliminatoires du concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, les huit candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Barette, Bazy, Jarjavay, Marchand, Michaux, Petit-Vendol, Poirier et Ramonède.

La première épreuve définitive (une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et un sujet de pathologie) a eu lieu hier à quatre heures; les questions données ont été : 1° Gaines tendineuses du poignet; 2° De la synovite des gaines tendineuses.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Carrieu, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Condamin est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Gaudin, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, est chargé en outre, jusqu'au 31 octobre 1886, des fonctions de chef des travaux chimiques et physiques, en remplacement de M. Hébert, dont le temps d'exercice est expiré.

— Dans sa séance de vendredi 16 juillet 1886, le Conseil municipal de Paris a voté : 1° l'allocation d'une somme de 14565 francs pour la création d'un service de teigneux à l'hôpital Saint-Louis ; 2° une somme de 25625 francs pour l'organisation de services nouveaux, et notamment de services d'isolement pour les expec-

tants et les douteux à l'hôpital des Enfants-Assistés; 3° une somme de 12000 francs pour la réorganisation du service d'électrothérapie, placé sous la direction de M. le docteur Vigouroux à l'hospice de la Salpêtrière; 4° la création à l'hospice Saint-Louis d'un laboratoire pour M. le docteur Quinquaud; 5° une somme de 12950 francs pour les services de l'isolement de l'hospice de Bicêtre; 6° enfin une somme de 2000 francs pour le laboratoire d'hygiène de M. le docteur Proust, à l'hôpital Lariboisière.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Cayrade, ancien député, maire de Decazeville.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par F. LAGRANGE, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8°. — Prix 5 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19837.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Attaque épileptiforme causée par la présence d'un tænia.

A côté des crises épileptiformes dues à une maladie portant directement sur les centres nerveux et constituant l'épilepsie proprement dite, on en a de tout temps signalé d'autres qui se produiraient sous l'influence de l'excitation de quelque nerf pour disparaître définitivement quand aurait disparu la cause d'excitation.

Il y eut cependant une époque où certains esprits, trop imbus de théories exclusivistes, refusaient d'admettre des faits de ce genre ; et nous sommes encore assez près de cette époque pour qu'il soit bon de recueillir, quand ils se rencontrent, ceux qui peuvent être probants.

L'année dernière, en racontant l'histoire de ce malade de M. Tillaux chez lequel le nerf médian, ayant été coupé accidentellement, avait fini par se reconstituer en partie, nous avons eu déjà l'occasion d'insister sur ce point que, peu d'heures après la blessure, une attaque épileptiforme, avec cri du début, mouvements convulsifs, perte complète de connaissance, etc., avait éclaté, évidemment par suite du tiraillement de quelque fibre nerveuse non comprise dans la section. En effet quand plus tard on mit à nu le nerf, la conservation d'une partie du névrilème de sa face postérieure parut être l'explication la plus naturelle du maintien des deux tronçons en face l'un de l'autre, malgré l'intervalle qui les séparait, et de la régénération rapide d'un pont mince de substance nerveuse dans cet intervalle. Ne devenait-il donc pas ainsi extrêmement probable qu'en outre de cette partie du névrilème, la section aurait épargné d'abord, dans son voisinage immédiat, quelques fibres du nerf lui-même, fibres qui, dans les mouvements écartant les deux bouts, plus tard, auraient été d'abord tiraillées, puis rompues ?

Chez cet homme, d'un tempérament essentiellement nerveux, impressionnable, mais d'une santé jusqu'alors bonne, bien qu'il eût peut-être, mais à un degré fort peu marqué, des antécédents d'alcoolisme, cet accès épileptiforme resta complètement isolé, quoique l'observation se fût portée sur ce point pendant un séjour prolongé à l'hôpital.

Chez un malade de M. Mesnet à l'Hôtel-Dieu, on vit survenir également une attaque unique, isolée, d'épilepsie, par cause accidentelle, portant cette fois non plus sur un nerf de la vie de relation, tel qu'est le nerf radial, mais sur un point périphérique du système nerveux de la vie organique, sur les nerfs qui se distribuent dans l'appareil gastro-intestinal.

Il s'agissait d'un ouvrier de trente-quatre ans, travaillant habituellement dans une distillerie, et qui était entré le 3 avril 1866 dans le service, salle Saint-Denys, n° 29 bis, pour se faire débarrasser d'un tænia dont il avait trouvé, cinq ou six semaines plus tôt, des fragments dans ses selles.

Cet homme, grand, maigre, pâle, avait l'air fatigué. Il disait avoir toujours été un peu nerveux, quoique d'une santé assez bonne. Les vapeurs d'alcool, auxquelles il était exposé par sa profession, lui avaient donné parfois des ivresses passagères : depuis plusieurs mois, il était sujet à un léger tremblement des mains et à des troubles digestifs (irrégularité de l'appétit, coliques, diarrhée, qu'il attribuait à la même cause).

Il n'avait jamais eu de convulsions, ni de pertes de connaissance : ces accidents l'eussent exposé aux plus grands dangers en raison de sa profession qui exige une attention constante.

Les renseignements fournis par cet homme sur sa famille, et confirmés le lendemain par sa femme, ne mettent sur la voie d'aucun antécédent héréditaire suspect, sauf qu'une grand'tante paternelle était idiote.

Le père est mort accidentellement. La mère et un frère qui vivent encore se portent bien ; les autres frères et sœurs sont morts très jeunes. Enfin le malade a deux enfants de huit à dix ans, qui jouissent l'un et l'autre d'une très bonne santé.

Le 4 avril, pendant la visite, au moment où l'on vient d'interroger cet homme, tout à coup il pousse un faible cri, se débat, et tombe violemment de son lit la face contre terre. On le recouche aussitôt, et M. Mesnet, s'approchant, le trouve couché sur le dos, le front écorché sur deux ou trois points, la face congestionnée, les yeux convulsés, les dents serrées, les coins de la bouche couverts d'écume blanche. Les membres, roidis, sont agités de mouvements convulsifs irréguliers de peu d'amplitude, et ils résistent quand on essaye de les changer de position ou de les fléchir.

La perte de connaissance est absolue, le malade reste

complètement insensible aux excitations et aux impressions extérieures. La respiration est haute, un peu embarrassée.

Après deux ou trois minutes il se produit une rémission passagère, bientôt suivie d'une nouvelle crise, entièrement semblable, mais de moindre durée.

Peu à peu le malade revient à lui ; mais son intelligence reste obtuse ; il ne peut répondre aux questions qu'on lui pose.

A la contre-visite du soir, on le trouve complètement remis ; mais il ignore ce qui s'est passé. Il attribue la légère douleur que lui font éprouver les écorchures du front au frottement du bonnet de coton, « dont il n'a pas l'habitude de se servir, dit-il. »

Trois jours plus tard il est fort étonné de voir dans une glace l'étendue de ses plaies, et c'est à cette occasion que d'autres malades de la salle lui racontent sa crise.

Le 10, on lui administre du sirop de pelletiérine, qui amène l'expulsion totale d'un tænia énorme.

Sorti de l'hôpital le 11, il n'a jamais eu de nouvelles crises depuis cette époque.

M. le docteur Mesnet, qui a bien voulu nous communiquer cette observation si intéressante, l'accompagne de quelques réflexions très justes.

« Le rapport de cause à effet, nous écrit-il, toujours si difficile à établir en pathologie, et plus encore en pathologie cérébrale, se démontre ici avec la plus complète évidence. Si cet homme ne nous avait présenté à son entrée des fragments de tænia, aucun de nous n'eût hésité à conclure à l'*épilepsie*, tant l'attaque avait été subite et démonstrative.

Bien que nous ayons, *a priori*, lié l'un à l'autre, dans un même état pathologique, d'une part le tænia dont nous avions quelques fragments dans la main, d'autre part la convulsion épileptique qui s'agitait sous nos yeux, nous devions cependant pousser plus loin nos investigations, et rechercher l'épilepsie dans les antécédents de ce malade. La famille, interrogée directement par nous tout aussi bien que le malade, nous ont affirmé l'absence complète de tous phénomènes convulsifs dans les deux générations ascendantes.

Un autre point non moins intéressant restait à éclaircir, à savoir : quelle pouvait être, dans la genèse de l'accident convulsif, l'influence de sa profession de distillateur ?

Bien que vivant dans un milieu chargé de vapeurs d'alcool, cet homme n'a jamais présenté aucun accident d'intoxication alcoolique. Les seuls malaises qu'il nous accuse sont : de fréquentes lourdeurs de tête, quelquefois un peu d'ivresse passagère, mais sans vertiges, sans perte de connaissance, sans troubles de sommeil, sans phénomènes hallucinatoires au degré le plus élémentaire.

Il n'est donc pas admissible que l'alcool ait été l'agent essentiel de la convulsion épileptiforme survenue si brusquement chez ce malade, d'autant plus que l'accès épileptique n'appartient qu'aux formes les plus graves de l'alcoolisme suraigu. Il serait plus rationnel d'admettre — eu égard à la profession, — que la présence du tænia dans l'intestin de cet homme, dont le système nerveux subissait depuis longtemps l'action perturbatrice des vapeurs d'alcool, a été la cause déterminante de l'accès convulsif ; l'alcool ne devant compter qu'à titre de cause prédisposante.

Cette opinion est la seule défendable ; l'événement la confirme. *Sublata causa, tollitur effectus !* Depuis trois mois que le tænia n'est plus, le malade se porte bien et n'a plus jamais eu aucun accès convulsif. »

Nous partageons absolument la manière de voir de M. Mesnet sur l'importance relative qu'il faut attribuer soit à l'alcool, en qualité de cause prédisposante, soit au tænia, en qualité de cause déterminante, effective, dans la genèse de l'unique crise épileptiforme présentée par cet homme.

Le tableau de cette crise ressemblait beaucoup à celui de la grande attaque d'épilepsie décrite par Arétée avec une si merveilleuse exactitude, sauf, peut-être, des nuances légères, telles que cette période de rémission qui a en quelque sorte partagé en deux le stade de convulsions cloniques ; mais on sait que dans l'épilepsie, en dehors des grandes attaques, franches, complètes, bien définies dans leur évolution pour ainsi dire fatale, il en est d'autres, plus effacées, plus frustres, et qui ne s'en rattachent pas moins à la même cause. D'ailleurs dans l'épilepsie vraie ne rencontre-t-on pas souvent, dans ce qu'on nomme l'état de mal, des accès liés les uns aux autres, et dont les phases, subintrantes, ne sont séparées que par des périodes de rémission incomplète sans retour de la connaissance, de la sensibilité consciente ?

Chez le malade de M. Tillaux dont nous avons rappelé l'histoire au commencement de cette revue clinique, la crise observée s'écartait bien plus du type classique de l'épilepsie, pour se rapprocher davantage des attaques que l'on a nommées hystéro-épileptiformes. Il y eut un mélange de périodes de convulsions cloniques, de convulsions toniques, de rémission, et même de soupirs et de plaintes qui ne rappelait nullement l'allure hiératique du *morbus sacer*.

Le fait communiqué par M. Mesnet est donc encore plus intéressant au point de vue des difficultés du diagnostic différentiel de la véritable épilepsie.

La trémulence du cœur dans l'alcoolisme.

Dans notre Revue clinique du 12 juin dernier, nous avons parlé d'un phénomène exceptionnel qui se rencontrait dans le cours d'une attaque aiguë de *delirium tremens* chez un alcoolique confirmé.

Il s'agissait d'une trémulence du cœur avec affaiblissement des contractions cardiaques, trémulence tout à fait semblable à celle qu'on observe chez les alcooliques dans les muscles qui se rattachent non plus à la vie organique, mais à la vie de relation, dans ceux des membres supérieurs, par exemple.

Nous avons donné un tracé du pouls spécial qui résultait de cette trémulence : nous devons ajouter que les ondulations étaient encore plus marquées, plus nombreuses, sur d'autres tracés recueillis les jours suivants.

Il était certain que c'était là un signe de faiblesse cardiaque ; mais pour que ce signe, qui se rattache à l'histoire des lésions du cœur produites par l'alcool, eût passé jusqu'ici inaperçu, il fallait qu'il fût passager et qu'après avoir ouvert la scène, il fît bientôt place à des phénomènes autrement traduits par le sphygmographe. M. le professeur Peter était persuadé qu'il en serait ainsi et l'événement a rempli ses prévisions.

Une quinzaine de jours après le début de l'accès de delirium tremens, le 18 juin, le cœur, pour la première fois, présenta un souffle mitral. En même temps on constatait au plessigraphe que son volume s'était notablement accru. Les

bruits étaient d'ailleurs très faibles et les tracés sphygmographiques, toujours ondulés, faisaient voir par le peu de hauteur de la ligne d'ascension que le cœur se contractait mal.

Évidemment le muscle cardiaque se laissait distendre et dilater faute d'énergie. Le souffle mitral qu'on percevait au premier temps était un souffle fonctionnel; il tenait à ce que les faisceaux musculaires qui sont chargés de soutendre et de soutenir les valvules mitrales ne remplissaient pas bien leur office.

La faiblesse du muscle cardiaque s'était donc accentuée encore, ou plutôt elle se trahissait par la fatigue de ce muscle, comme on voit souvent en pareil cas les mains, tremblantes, devenir à certains moments incapables de soulever un poids un peu lourd.

Nous avons déjà bien souvent, en traitant de la parésie trémulente des alcooliques, insisté sur cette faiblesse vraie qui s'accentue passagèrement chez quelques-uns, comme par crises d'une durée plus ou moins longue.

Pendant une dizaine de jours, on perçut ce souffle au premier temps, qui ne se rattachait pas à l'état du sang, comme les bruits de souffle de la chlorose, mais à l'état du cœur lui-même, qui était donc, suivant une expression actuellement très usitée, *solidien* et non *liquidien;* mais qui ne trahissait pas une lésion valvulaire, une affection organique du cœur. Le pouls restait petit, les tracés très peu élevés; les bruits du cœur eux-mêmes étaient très faiblement entendus à l'auscultation.

L'abstinence forcée d'alcool, le régime auquel ce malade était soumis à l'hôpital avaient eu pour premier effet de faire ressortir sa faiblesse, et il se plaignait de palpitations sitôt qu'il marchait. Il accusait aussi une gêne douloureuse vers la région cardiaque, ce qui se comprenait très bien, vu l'augmentation de volume que cet organe avait éprouvée par défaut de tension active de son muscle.

Cependant, peu à peu, à mesure qu'on s'éloignait de l'accès de delirium tremens, l'équilibre tendait graduellement à se rétablir. Le 30 juin, le malade se déclarait plus fort; il disait pouvoir mieux marcher sans être oppressé. On ne perçut plus de bruit de souffle en auscultant le cœur. Le tracé, repris ce jour-là, montra une ascension plus forte, mais avec un plateau marqué et un dicrotisme exagéré.

Le 2 juillet, cet homme, se trouvant beaucoup mieux et promettant de ne plus boire, demanda à quitter l'hôpital.

Il y rentra le 9 juillet dans un état complet d'ivresse et en plein delirium tremens. Cependant les tracés n'accusent plus cette fois de trémulence cardiaque; ce sont ceux des athéromateux, avec plateau.

A l'auscultation, on ne perçoit aucun bruit de souffle; mais les battements restent faibles, et il semble évident que le muscle, atteint dans sa nutrition, subira jusqu'au bout la dégénérescence granulo-graisseuse, résultat fréquent de l'intoxication par les alcools, et surtout par les alcools actuels du commerce.

Ce que disait M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance de l'Académie de médecine était très vrai. Les lésions profondes de l'alcoolisme, les dégénérescences organiques dues à ce poison sont devenues monnaie courante; tandis qu'on n'en rencontrait guère chez ceux qui abusaient le plus des vins naturels, alors même qu'ils s'enivraient presque tous les jours.

Pleurésie hémorrhagique; guérison.

M. Mesnet nous a fait voir, dans ce même service, salle Saint-Denys n° 17, un autre malade dont l'observation est également instructive pour le praticien.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui, le 10 avril dernier, avait été atteint d'une pleurésie du côté gauche. Cette pleurésie avait eu des allures franches; dès le début le malade avait ressenti un point de côté très douloureux, à gauche, vers la région du cœur; puis était survenue une toux opiniâtre, sans expectoration.

Le 19 avril, la matité montait très haut et l'on se décida à pratiquer la thoracentèse. Le liquide que l'on retira de la cavité thoracique était tellement chargé de globules sanguins qu'il avait la couleur du sirop de groseilles; il en sortit 1200 grammes.

On se rappelle quelle importance Trousseau attachait, au point de vue du pronostic de la pleurésie, à cette présence du sang en grande quantité dans le liquide de l'épanchement. Il y voyait l'indication probable d'une pleurésie cancéreuse et, en pareil cas, il se gardait bien de renouveler la thoracentèse.

M. Mesnet jugea qu'en effet il était sans doute plus prudent de s'abstenir d'opération nouvelle. Le liquide s'était reproduit très rapidement. On se borna à appliquer au malade successivement trois vésicatoires, à lui faire prendre comme boisson du chiendent nitré, à le purger deux fois par semaine, tantôt au moyen de sulfate de soude, tantôt au moyen d'eau de vie allemande. Et sous l'influence de cette médication, le liquide se résorba peu à peu d'une façon complète.

Quand le malade quitta l'hôpital, la semaine dernière, la respiration s'entendait très bien jusqu'à la base, du côté gauche; il n'y avait plus nulle part ni souffle, ni œgophonie, ni modification quelconque, soit du murmure vésiculaire, soit du retentissement de la voix; par conséquent la plèvre ne devait plus renfermer de liquide. Cependant une submatité assez marquée, un peu d'éloignement, d'affaiblissement dans les bruits intra-pulmonaires, restant comme traces persistantes de la pleurésie disparue, indiquaient la présence d'épaisses fausses membranes.

Cela n'empêchait pas d'ailleurs que cet homme se regardât, avec raison, comme guéri. Il n'avait plus de fièvre depuis longtemps, avait repris très bon appétit et comptait bien se remettre prochainement au travail.

Déjà, du vivant de Trousseau, on avait signalé des faits qui faisaient exception à la loi posée par lui, faits dont, d'ailleurs, il tenait compte. Mais le nombre en est jusqu'ici trop limité pour qu'on néglige de le grossir, d'autant plus que, généralement, dans les observations connues, les pleurésies hémorrhagiques, même non cancéreuses, s'étaient montrées graves. On pouvait craindre, après la ponction, la transformation purulente de l'épanchement. Cela n'a pas eu lieu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet 1886. — Présidence de M. Lannelongue.

COMMUNICATIONS

Traitement des fractures. — M. LARGER, à l'occasion de la communication faite par M. Lucas-Championnière, fait connaître les bons résultats qu'il retire, dans le traitement de l'entorse, de

l'emploi alternatif de la bande d'Esmarch et du bandage ouaté. La guérison arrive généralement en cinq ou six jours. La compression élastique est très bien supportée, même par les personnes les plus pusillanimes.

M. TERRIER a obtenu d'excellents résultats du massage dans deux cas de fracture du péroné sans déplacement. Les malades n'ont éprouvé aucune douleur et voulaient se lever après huit ou dix jours. Le premier est sorti le dix-septième jour, le second le vingt-unième jour après l'accident.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a voulu que montrer ce qu'il fait depuis longtemps pour le traitement des fractures; mais il y a toute une étude générale à entreprendre. Le massage lui a toujours donné de bons résultats; le procédé est très simple et beaucoup moins douloureux que la compression par la bande de caoutchouc. Il ne veut pour preuve de l'innocuité du massage que les résultats obtenus par les rebouteurs, malgré l'ignorance et la brutalité avec laquelle ils opèrent. En principe, M. Lucas-Championnière est opposé à l'immobilisation qui, à ses yeux, a de graves inconvénients, détermine des raideurs très difficiles à corriger. Il reviendra ultérieurement sur l'application du massage, non seulement dans le traitement de l'entorse, mais aussi dans celui des fractures.

M. BERGER a fait venir dans son service un masseur, particulièrement pour corriger les raideurs consécutives à l'immobilisation prolongée. Il a constaté qu'on récupère ainsi très rapidement des mouvements. Il a fait masser des vieillards à la suite de fractures du radius, du péroné et même du fémur. Il a eu ainsi de très bons résultats.

M. TERRILLON immobilisait autrefois les fractures du péroné. A la suite d'un voyage à Amsterdam, il a employé des appareils moins immobilisants et obtenu de bien meilleurs effets. Il n'y a plus de raideur lorsqu'il enlève les appareils. Il a employé ces moyens non seulement chez les jeunes gens, mais aussi chez les vieillards, avec les mêmes avantages.

RAPPORTS

Tumeurs du maxillaire supérieur. — M. BERGER fait un rapport sur deux observations de tumeurs du maxillaire supérieur adressées par M. Jeannel. Dans le premier cas, il s'agit d'une tumeur cartilagineuse chez un homme de cinquante ans, qui augmente assez rapidement, tumeur très dure et mobile sur le maxillaire supérieur droit. Elle est enlevée; puis un an après, récidive; M. Jeannel pratique alors l'ablation d'un grand coin du maxillaire supérieur; deux mois après, la repullulation se fit à la voûte palatine. Il fallut alors pratiquer une opération radicale, c'est-à-dire la résection du maxillaire supérieur gauche. La récidive eut lieu de nouveau et le malade se refusa à toute nouvelle opération. L'examen histologique avait cependant montré qu'il s'agissait d'un chondrome hyalin. Dans un rapport précédent sur un fait de M. Kirmisson, M. Berger avait déjà signalé la fréquence relative de la récidive du chondrome maxillaire. On peut trouver l'explication de ces récidives dans la richesse cellulaire de ces chondromes. La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'en présence d'une tumeur cartilagineuse du maxillaire supérieur, il faut enlever l'os tout entier.

La seconde observation de M. Jeannel est absolument unique; il s'agit d'un kyste dermoïde du maxillaire supérieur. C'était un homme de quarante-deux ans, qui fut atteint d'une tuméfaction du maxillaire supérieur gauche; il survint au niveau de l'incisive un bourgeon qu'il ouvrit et dont il sortit une matière caséeuse. Quand M. Jeannel l'examina, il trouva plusieurs orifices fistuleux conduisant à une cavité unique. Il enleva la totalité de la tumeur. Cela fait, il s'aperçut de pointillés blancs sur les alvéoles voisines qui devinrent bientôt le siège d'une récidive.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. M. Berger se livre à diverses réflexions sur l'origine pathologique de ces kystes, rappelant la théorie de l'inclusion, et celle du développement exagéré des éléments paradentaires. M. Berger, d'accord en cela avec M. Malassez, aurait plus de tendance à croire à un kyste dermoïde qu'à un épithélioma.

M. TERRIER dit qu'il semble résulter du premier fait de M. Jeannel que dans les cas d'enchondromes il faut enlever le plus largement possible, c'est là un fait démontré, et M. Jeannel a eu tort de se contenter d'opérations incomplètes. Pour le second fait, il peut être question d'une actynomycose, affection récemment décrite en Allemagne. A ce point de vue, la seconde observation de M. Jeannel est absolument incomplète.

M. TILLAUX admet difficilement l'existence d'un kyste dermoïde dans le second fait de M. Jeannel. Il croit bien plutôt qu'il s'agit d'un épithélioma du rebord alvéolaire; les douleurs antérieures, la récidive, l'aspect de la tumeur, plaident en faveur de ce diagnostic. Il croit donc qu'il s'agit d'un épithélioma central du rebord de l'arcade alvéolaire.

M. KIRMISSON propose à la Société de demander un complément d'information; il importe de savoir ce qu'est devenu le malade. Mais de prime abord il ne croit pas qu'il s'agit d'un kyste dermoïde. Il croit plutôt à un épithélioma qu'à une actynomycose.

M. BERGER croit qu'il eût été préférable d'enlever l'os en totalité, dans le premier cas, mais il n'en est pas moins certain que chaque fois M. Jeannel avait bien enlevé tout le tissu pathologique. Quant au second fait, il ne croit pas qu'on puisse croire à une actynomycose. Quant à l'épithélioma, M. Malassez, à qui il a communiqué cette observation, a conclu à un kyste dermoïde. M. Berger s'est basé sur cette opinion d'un histologiste éminent.

Luxations anciennes. — M. FARABEUF fait un rapport sur la réduction de deux luxations du coude, datant l'une de 158 jours, l'autre de 143 jours, la première communiquée par M. Ch. Nélaton, l'autre par M. Peyrot.

LECTURE

Pleurotomie. — M. BOUILLY lit une observation de pleurotomie. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans qui a eu il y a dix ans une vomique pulmonaire d'origine hydatique. Il succéda à cette vomique une expectoration purulente extrêmement fétide qui n'a pas cessé depuis lors. Le malade entra le 15 juin dernier à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gombaut, qui l'adressa à M. Bouilly. Cet homme était dans un état général relativement satisfaisant. L'examen du poumon gauche ne révèle rien d'anomal; à droite, en avant, on trouve les signes d'une caverne. L'expectoration peut être évaluée à deux ou trois crachoirs par jour. Il n'y a pas de bacilles ni de crachats hydatiques.

Le 3 juillet dernier, M. Bouilly fit l'opération suivante : on donne le chloroforme avec beaucoup de précautions. Un lambeau en U est disséqué dans la région correspondante à la caverne; les muscles grand et petit pectoral sont incisés dans toute l'étendue de la plaie. La quatrième et la troisième côtes sont réséquées dans une étendue de 6 à 8 centimètres. Un trocart n° 2 de l'appareil Potain est introduit dans le poumon; échappement de gaz et de quelques gouttes de pus; incision au thermocautère, il s'échappe un flot de pus, environ un demi-verre; seconde incision verticale perpendiculaire à la première; il s'échappe une assez grande quantité de liquide rougeâtre; compression de la cavité avec des éponges, l'hémostase est obtenue. Tamponnement avec la gaze iodoformée. Il n'y eut pas de lavage de la cavité.

L'opération n'a pas duré plus de vingt minutes.

La cavité pulmonaire est en communication avec l'extérieur par une large brèche. Le soir, température 39°,2. C'est la température la plus élevée que l'on ait eue. Il y eut un peu d'hémiplégie du côté droit qui disparut assez rapidement. Expectoration sanguinolente pendant plusieurs jours. Après l'opération, disparition immédiate des quintes et de l'expectoration fétide. Le malade est actuellement dans un état aussi satisfaisant que possible.

C'est la première fois que la pneumotomie est pratiquée de propos délibéré en France.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXVII

Massey (de Tarbes), directeur des jardins potagers de Versailles, quarante-deux ans, taille ordinaire, figure un peu commune avec son cachet montagnard, cheveux châtain foncé, yeux un peu saillants, caractère simple et timide, homme de sens, tenue et manières rustiques. Nous fîmes connaissance en 1803, sous les auspices de la botanique, et nous sommes demeurés amis. Dans les dernières années du siècle, il avait accompagné Ramond et Mirbel dans leurs excursions aux Pyrénées. Ces deux savants l'attirèrent à Paris, où il se trouva dans le dénuement; mais Mirbel, très lié avec Decazes, qui était secrétaire privé de la reine de Hollande, Hortense Bonaparte, procura au brave Pyrénéen la direction des jardins du château de Saint-Leu, près Montmorency; il y demeura plusieurs années; en 1854, il me raconta qu'il avait souvent tenu sur ses genoux le petit Louis (aujourd'hui empereur). Massey ne tarda pas à devenir directeur des jardins de Versailles; il s'y maintint sous la Restauration et sous Louis-Philippe; en 1848, il fut remplacé. Il se retira à Tarbes avec une fortune de 200000 francs, fruit de ses économies pendant plus de quarante ans de services comme fonctionnaire. En 1845, j'étais allé le voir à Versailles; il me racontait avec une grande naïveté les témoignages d'intérêt qu'il avait reçus du roi Louis-Philippe. Un jour la reine avait dépêché auprès de M. Massey un aide de camp, pour l'informer de l'intention qu'elle avait de lui envoyer une montre. Le bon montagnard répondit qu'il en avait une en argent, excellente, et qu'elle lui suffisait. Toutefois la reine lui fit remettre une magnifique montre en or, qu'il me montrait avec complaisance. Un autre jour, Louis-Philippe, pendant une promenade dans les jardins et bosquets de Trianon, remit à Massey la croix de la Légion d'honneur. Massey est mort en 1856, à Tarbes, après une courte maladie, laissant comme legs à sa ville natale le beau jardin devenu jardin public avec vaste pépinière d'arbres très précieux, une tour-observatoire, une prairie. En 1853, j'avais eu le bonheur de lui donner l'hospitalité pendant trois jours, au retour de son voyage en Italie.

Kunth. — Jeune botaniste prussien, disciple de Wildenow, qui était chargé de continuer la publication des plantes du grand voyage de l'illustre Humboldt en Amérique. Je lui donnai beaucoup de plantes espagnoles qui lui étaient inconnues. Il me dédia plus tard un beau genre *Dufourea*, qui n'a point été conservé dans la science, parce qu'auparavant j'avais été honoré par Acharius d'un semblable hommage. Je revis Kunth à Paris en 1830; il avait acquis de la célébrité.

Baronne de Mello. — Aimable florimane; mon ami d'Esclaibes me fit faire la connaissance de cette gracieuse femme d'un âge mûr, veuve d'un ancien ambassadeur en Portugal, adonnée avec passion à la culture des fleurs d'agrément. Elle me donna généreusement un grand nombre de *tulipes* de choix qui firent longtemps l'honneur de notre parterre, sous la direction très éclairée de ma sœur aînée. Je revis Mme de Mello en 1830, pour la dernière fois.

Broussais. — Médecin célèbre par sa doctrine médicale; en 1818, quarante-cinq ans, taille moyenne, embonpoint médiocre, tempérament lymphatico-sanguin, figure régulière, yeux scintillants, caractère rude, bourru, imagination fougueuse, peu de dignité, beaucoup d'esprit, d'instruction, mais sans ménagement pour les auteurs morts ou vivants qui ne pensaient pas comme lui sur les doctrines médicales, ennemi de tous ses confrères de l'École de Paris, médecin en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, un peu plus tard professeur à l'École de médecine; il venait de publier son *Examen des doctrines médicales*. Je suivis sa clinique pendant plusieurs jours au Val-de-Grâce; je fus surpris de la manière superficielle dont ce professeur, élève du grand Bichat, procédait à l'exploration des malades, négligeant trop manifestement ceux qui ne présentaient pas les symptômes de la gastro-entérite; toute sa thérapeutique se réduisait à diète et saignée (phlébotomie et sangsues). Il se prêtait d'ailleurs avec complaisance aux diverses questions médicales que je lui soumettais; je l'ai revu en 1830, en 1835, et j'ai plusieurs fois dîné à sa table avec le docteur Treille, notre ami commun; il mourut en 1838; dans ses dernières années, il s'occupa beaucoup de phrénologie.

Vaidy. — Médecin-principal, collègue de Broussais au Val-de-Grâce, quarante-cinq ans, petit, maigre, pâle, physionomie expressive, esprit et savoir, caractère très avenant, imagination vive; il était collaborateur du *Dictionnaire des sciences médicales*. Il devint médecin en chef de l'hôpital de Lille; il me fit des instances pour me décider à rentrer dans le corps de santé militaire; il serait, disait-il, possible de me faire conférer le poste qu'il occupait au Val-de-Grâce.

Laënnec. — Médecin en chef de l'hôpital Necker, inventeur de l'auscultation. Quarante ans, petit, maigre, sec, décoloré, figure pointue, à besicles, ancien élève de Bichat. J'assistai à sa visite le 10 juin; il y est toujours armé de trois cylindres acoustiques logés dans la poche de son tablier. Ces cylindres en bois ou en carton, longs d'un pied, ont un pouce de diamètre et un conduit intérieur de six lignes sans évasement aux extrémités. Ce cylindre sert pour toutes les explorations dans les affections de la poitrine et du cœur, aiguës et chroniques, c'est l'origine du stéthoscope. J'assistai à une autopsie; le diagnostic prévoyait une cicatrice du poumon qui fut constatée.

En voilà bien assez de ce grand Paris, de ses monuments, de ses illustrations et de ses savants. Après deux mois d'absence, il est temps de secouer cette brillante poussière de la capitale et de rejoindre ses paisibles pénates avec aussi peu d'ambition au retour qu'au départ. Le 25 juin nous partîmes de Paris, MM. de T... et P. de B... et moi, laissant l'abbé de B... malade à la maison de santé du docteur Purin, où il payait 240 francs par mois, médicaments non compris; nous prîmes la route de Limoges dans une nouvelle diligence, les *Jumelles*. Le 6 juillet, nous étions revenus à Saint-Sever.

1830.

En mars 1830, je revins à Paris pour présenter à l'Institut mes *Recherches anatomiques sur les hémiptères*: je logeai 6, rue de Bussy, chez mon ami Bory de Saint-Vincent. Dès mon arrivée, je soumis mon travail à Cuvier; en parcourant les planches, il me témoigna sa surprise et me complimenta sur le nombre et la valeur des détails: il me conseilla de le présenter au concours des prix de la fondation Montyon, ce que je fis. En juillet de la même année, ces Recherches obtinrent le prix de physiologie expérimentale (médaille d'or et impression dans les *Mémoires présentés à l'Académie des sciences par les savants étrangers*). J'ai déjà dit, dans ma courte notice sur mon illustre maître, qu'il m'engagea aussi à me mettre sur les rangs pour la succession à une place de correspondant de l'Institut laissée vacante par la mort de Sœmmering, dans la section d'anatomie. En avril 1830, je fus élu par 45 voix sur 51 votants. Je retrouvai à Paris presque tous les amis de 1818; Ramond, Bosc-Dantic, Léman, Delaroche, étaient morts depuis cette époque; je fis aussi la connaissance de plusieurs savants avec lesquels j'avais déjà eu ou j'entrepris des relations épistolaires.

Flourens. — De l'Académie des sciences, trente-six ans, taille moyenne, blond quoique méridional (de l'Hérault), figure ovale, régulière, bonne tenue, travailleur ardent, naturaliste de premier ordre, suppléant de Cuvier au cours du Jardin des Plantes; avant de nous connaître personnellement, nous avions eu occasion de nous apprécier mutuellement par notre coopération aux *Annales des sciences naturelles*, de Bruxelles, dont notre ami Bory était co-rédacteur: il m'a toujours témoigné de l'intérêt.

Gay. — Botaniste éminent, trente ans, taille un peu au-dessous de la moyenne, figure agréable, cheveux châtain clair, bonnes manières, était secrétaire d'un pair de France au Luxembourg.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 641.

J'enrichis alors son herbier d'un bon nombre de plantes espagnoles qui lui étaient inconnues, et il m'offrit en échange une Flore du Dauphiné, par Villars.

Général comte Dejean. — Pair de France, entomologiste et spécialement coléoptériste passionné. Quarante-cinq ans, petite taille, teint frais et fleuri, cheveux châtain clair, figure agréable, corps bien pris, mise soignée. Il avait récolté en Espagne et en Allemagne une prodigieuse quantité d'insectes dont il me donna un bon nombre ; nous avons correspondu jusqu'à sa mort. Il avait vendu sa collection malgré sa belle situation de fortune.

Chaubard (d'Agen). — Botaniste distingué, collaborateur de Saint-Amans pour la Flore agenaise. Trente-cinq ans, taille ordinaire, figure obronde, cheveux noirs, teint pâle, tempérament lymphatique, très sourd. Il était venu me voir à Saint-Sever pour consulter ma collection de lichens. A la suite d'un procès de famille, il se retira à Paris où il est mort; il suppléa Despréaux pour la description des plantes de l'expédition de Morée : homme instruit, mais devenu frondeur et hypochondriaque.

Duvau. — Zélé botaniste, avec lequel j'ai longtemps entretenu une correspondance amicale.

Ramond fils. — Jeune littérateur, fils du célèbre naturaliste ; je dînai avec lui chez sa mère.

Raspail. — Célèbre chimiste et démagogue. Trente-cinq ans, taille moyenne, maigre, pâle, blond, de tournure germanique quoique provençal (de Vaucluse) ; s'était beaucoup occupé des graminées, et c'est à leur sujet que j'eus quelques relations avec cette notabilité extra-scientifique.

De Candolle fils. — Est venu me faire une visite de la part de son père ; a continué le Prodromus.

Despréaux. — Botaniste de l'expédition de Morée avec lequel j'ai passé une soirée chez Bory ; il ne tarda pas à partir pour l'Amérique ; j'ignore son sort.

Brullé. — Entomologiste de l'expédition de Morée, petit, pâle. Trente ans. Devenu plus tard professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon, auteur de quelques travaux qui ont de la portée.

Wahlberg. — Botaniste suédois qui me fit visite à Paris et auquel je donnai des plantes espagnoles ; devenu secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de Stockholm.

Audouin. — Entomologiste distingué, gendre de Brongniart. J'ai contribué, je crois, à lui faire octroyer la chaire d'entomologie, vacante par la mort de Latreille, et qui m'avait été offerte. Il fut élu à l'Académie des sciences en 1838. Au moment de sa mort prématurée (1841), il rédigeait l'histoire des insectes nuisibles à la vigne, qui fut terminée par Milne-Edwards : il fut comme moi l'un des fondateurs de la Société entomologique (1832).

Lepelletier de Saint-Fargeau. — Entomologiste et surtout hyménoptériste très distingué. Soixante ans, taille ordinaire, manières de l'ancien régime, homme pieux, savant, modeste ; il m'affectionnait. Jusqu'à sa mort, j'ai entretenu avec lui des relations de science et d'amitié ; il était cousin du célèbre patriote de ce nom assassiné au Palais-Royal en 1793. Je le vis souvent en 1835 et 1838 à Saint-Germain-en-Laye où il résidait : il m'a donné la plupart de ses ouvrages.

Straus. — Savant anatomiste (animaux articulés). Quarante ans ; gros, court, tournure germanique, caractère peu sociable.

Fauché (d'Agen). — Pharmacien en chef à l'Hôtel des Invalides, naturaliste superficiel. Cinquante-cinq ans, taille ordinaire, teint fleuri, joli homme, très hospitalier.

Laurentie, du Houga (Gers). — Publiciste. Trente-cinq ans, taille moyenne, cheveux noirs, figure obronde, pâle, sublivide, beaucoup d'esprit naturel, exaltation politique et religieuse, d'une famille obscure. A la Restauration, il était au collège de Saint-Sever : d'abord élève, puis professeur sous le principalat de l'abbé Jourdan. Inspiré par le paroxysme politique du moment et par l'ambition de tenter fortune à Paris, muni d'une lettre de recommandation de l'abbé Jourdan à M. Lainé, ministre de l'intérieur, il partit pour la capitale ; il avait promptement épuisé ses modiques ressources, lorsqu'il devint feuilletonniste du journal *la Quotidienne* où ses articles de légitimisme ultra le mirent en relief. Il ne tarda point à être admis aux bénéfices du journal et finit par en prendre la direction : il obtint des emplois lucratifs, devint inspecteur dans l'instruction publique, se maria et vivait très honorablement à Paris. Quelques jours après mon arrivée, j'étais invité à dîner chez Laurentie avec plusieurs de ses amis; l'heure du repas était passée depuis longtemps, le maître de la maison se faisait attendre : on sut qu'il était aux Tuileries où se débattaient de graves questions politiques. Il arriva et nous annonça que la Chambre allait être dissoute et qu'on allait immédiatement recourir à de nouvelles élections. Le parti légitimiste, mal renseigné sur l'opinion de la province, paraissait compter sur une forte majorité ; Laurentie me questionna sur la candidature du général Lamarque : je n'hésitai pas à lui dire que la réélection du général était très probable ; il douta de la vérité de mon assertion, mais l'événement ne tarda point à la confirmer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 juillet 1886, MM. les docteurs Blanc, médecin sanitaire de France à Suez, et Th. David, directeur de l'hôpital dentaire de Paris, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— *Concours d'agrégation* (*anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Le dépôt des thèses a été effectué par les candidats, comme nous l'avions annoncé, hier jeudi 22 juillet 1886, de midi à quatre heures du soir. Immédiatement après l'ordre de leur soutenance, avec le nom des argumentateurs, a été tiré au sort. Les séances commenceront à neuf heures du matin aux dates ci-dessous désignées :

Anatomie et physiologie. — Première séance. — Lundi 26 juillet 1886. 1° M. Jaboulay : Relations des nerfs optiques avec les centres nerveux; argumenté par MM. Nicolas et Tapie. — 2° M. Ferré : Membranes muqueuses; argumenté par MM. Quenu et Guinard.

Deuxième séance. — Mardi 27 juillet. 1° M. Rodet. Actions nerveuses d'arrêt ou d'inhibition ; argumenté par MM. Assaky et Variot. — 2° M. Poirier : Développement des membres; argumenté par MM. Princeteau et René.

Troisième séance. — Mercredi 28 juillet. 1° M. Gilis : Prolifération de la cellule par Karyokinèse ; argumenté par MM. Jaboulay et Nicolas. — 2° M. Assaky : Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés ; argumenté par MM. Variot et Poirier.

Quatrième séance. — Jeudi 29 juillet. 1° M. Guinard : Comparaison des génitaux externes dans les deux sexes; argumenté par MM. Rodet et Assaky. — 2° M. Variot : Éléments figurés du sang; argumenté par MM. Poirier et Princeteau.

Cinquième séance. — Vendredi 30 juillet. 1° M. René : Propriétés physiologiques du muscle cardiaque ; argumenté par MM. Gilis et Jaboulay. — 2° M. Nicolas : Organes érectiles; argumenté par MM. Tapie et Ferré.

— *Concours d'agrégation* (*physique, chimie et pharmacie*). — Ce concours s'est terminé mercredi 21 juillet 1886, à six heures et demie du soir. Les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés des Facultés de médecine ci-après dénommées :

Physique. — Faculté de Lyon : M. Malosse. — Faculté de Montpellier : M. Didelot.

Chimie. — Faculté de Paris : M. Villejean. — Faculté de Lille : 1. M. Lambling ; 2. M. Morelle. — Faculté de Lyon : M. Hugounenq. — Faculté de Nancy : M. Guérin.

Pharmacie. — Faculté de Lille : M. Thibaut. — Faculté de Lyon : M. Florence.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19849.

39

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

DE L'ECZÉMA CHRONIQUE, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Dépôt pour la vente en gros : COIRRE et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

43

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DES HOPITAUX.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le Vin iodé de Moride est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre*; il résout le problème d'introduire, dans l'organisme, l'iode d'une manière régulière et presque insensible, sans fatiguer l'estomac, tandis que les iodures s'éliminent en pure perte, pour les neuf dixièmes, par les urines, en amenant souvent des troubles digestifs graves.

MORIDE et Cie, 13, rue Rougemont, Paris.

99

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes*, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

44

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

140

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

17

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

31

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

43

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie*.

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles* : un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

24

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

7

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(Dragées de BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 0,25; bi-iodure d'hydrarg., 0,005.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : 5f.

Elles ont sur le **sirop** le *grand avantage d'être d'un volume insignifiant et d'un emploi beaucoup plus commode et agréable*, et, en raison de leur **extrême solubilité**, leur absorption est tout aussi rapide. (*Affections rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses. — Maladies rebelles de la peau, etc.*)

Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, rue de Cléry, et toutes pharmacies.

33

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50
105, r. de Rennes, PARIS et Phies.

C. Freyssinge

97

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

23

QUINIUM ROY

Tonique — GRANULÉ — Fébrifuge

Extrait normal de quinquina formé de l'extrait aqueux et du quinium, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes** du quinquina.

Soluble dans l'eau et le vin.

Dosé à 0gr,10c d'alcaloïdes par cuiller à café.

DOSES : 1/2 cuiller à café à une cuiller à bouche.

Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.

Exiger la signature.

A. Roy

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

PhieCHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

113

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	**Peptonisent 30 grammes albumine.**
Ou cinq pilules Defresne...........	**Dédoublent 11 grammes corps gras.**
Ou une cuillerée sirop digestif.......	**Saccharifient 10 grammes amidon.**

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DEFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPOT : *2, rue des Lombards*, et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE*.

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : phie GIGON, 25, rue Coquillière. Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

N° 86. — MARDI 27 JUILLET 1886. 59e ANNÉE. MARDI 27 JUILLET 1886. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Épiplocèle ou adénite. — II. Abcès froid, injections d'éther iodoformé.

I. Je me suis arrêté assez longtemps, pendant la visite, auprès du lit de la malade qui est couchée au n° 14 de la salle Lisfranc, et je veux appeler tout spécialement votre attention sur elle et justifier la conduite que j'ai cru devoir tenir vis-à-vis d'elle, conduite qui a dû certainement vous paraître singulière.

Cette femme, je n'ai pas voulu l'examiner, j'entends par là la palper, je vous ai même aussi défendu de la toucher et je vous ai annoncé que je me bornerais à la médecine d'expectation, bien que la maladie dont elle est atteinte soit de celles qui peuvent être souvent très dangereuses si on ne les traite pas activement.

Voici pourquoi : Je vous ai dit et répété maintes fois que dans certains cas, lorsque l'on voulait quand même arriver à un diagnostic précis d'une lésion morbide, on risquait d'aggraver la nature même de cette lésion, et que, s'il n'y avait pas urgence absolue, il fallait savoir différer certaines recherches, à la condition, bien entendu, que cela n'eût pas d'inconvénients sérieux.

Or notre malade est arrivée à l'hôpital avec une tumeur inguinale occupant la région herniaire et un ballonnement assez prononcé du ventre. Elle nous racontait que cette tumeur datait de trois jours et qu'elle était apparue soudainement dans l'aine. La tumeur était dure, irréductible, douloureuse au toucher et s'accompagnant de quelques phénomènes abdominaux.

S'agissait-il d'une entérocèle, d'une épiplocèle ou d'une entéro-épiplocèle?

Si nous étions en présence d'une entérocèle, il ne fallait pas l'abandonner jusqu'à ce que l'intestin fût rentré, soit par le taxis, soit, à défaut de réussite, par l'entérotomie. Mais, je m'empresse de le dire, ce n'est point une entérocèle parce que nous n'avons pas de phénomènes très aigus, parce que la malade n'éprouve pas de très grandes souffrances, enfin parce que la tumeur est très dure et très bosselée.

Serait-ce une épiplocèle? Oui beaucoup plutôt, en raison de son volume médiocre, de sa dureté, de sa sensibilité, de sa forme lobée. Les hernies épiploïques enflammées sont de celles auxquelles il ne faut pas toucher, d'abord parce qu'on n'est pas certain de les réduire aussitôt, ensuite parce que le taxis peut entraîner avec lui des accidents d'inflammation suppurative.

Si pourtant nous avions affaire à quelque hernie crurale, nous serions forcé de manipuler la tumeur afin de pouvoir la diagnostiquer. Mais au premier abord nous constatons que la tumeur est à la fois au-dessous de l'arcade crurale et près de la ligne médiane, de sorte que ce ne peut être ni une hernie inguinale ni une hernie crurale. D'où j'en arrive à me demander s'il s'agit bien, en réalité, d'une hernie, et si en raison de la dureté de la tumeur, de son irréductibilité nous ne devrions pas plutôt émettre le diagnostic d'adénite inguinale, sachant surtout aussi que les plus internes des ganglions inguinaux se rapprochent beaucoup, comme ici, de la symphyse du pubis, c'est-à-dire de la ligne médiane.

En résumé donc de tous ces diagnostics possibles que nous venons de passer en revue, et éliminés l'un après l'autre, nous n'avons plus d'hésitation qu'entre celui d'épiplocèle et celui d'adénite inguinale. Comme nous vous l'indiquions tout à l'heure, cette femme nous déclare que sa tumeur est apparue en trois jours. Pour nous cela ne signifie rien, car les malades ne font remonter l'origine première de leur mal qu'au jour d'apparition de la tumeur, tandis que celle-ci peut être parfois plus ancienne.

Mais s'il s'agit bien, en dernier ressort, d'une adénite, quelle serait sa porte d'entrée? L'examen général ne nous fournit aucune donnée à cet égard.

En somme nous avons dû émettre un diagnostic réservé, et comme aucun accident quelque peu sérieux n'est encore survenu, et que toute manipulation pourrait avoir de graves inconvénients, qu'il s'agisse d'un épiplocèle ou d'une adénite inguinale, je vous les ai interdites comme je me les défends à moi-même, vous montrant ainsi qu'il ne faut pas vouloir quand même chercher à porter un diagnostic dans tous les cas, mais qu'il est de ceux-ci dans lesquels on doit savoir attendre.

II. Je vais, dans quelques instants, pratiquer une injection avec l'éther iodoformé dans un abcès qui paraît péné-

trer dans la cavité abdominale. Il s'agit d'un homme entré déjà une première fois à l'hôpital, nous a-t-on dit, pour une coxalgie. Ce qui est vrai, c'est que je n'en ai point trouvé les signes.

N'était-ce pas plutôt pour quelque sciatique ou quelque lésion profonde du côté des os du bassin? Toujours est-il que cet homme est porteur actuellement d'un abcès froid, d'un abcès ossifluent, dont le pus vient peut-être du sacrum, ou peut-être de l'os iliaque, peut-être aussi de l'articulation sacro-iliaque, abcès donnant lieu à des phénomènes de compression du côté du nerf sciatique avec amaigrissement du membre portant sur les parties innervées par le nerf sciatique autant que par le nerf crural.

Ces abcès profonds sont chose délicate; quelquefois ils se résorbent, d'autres fois ils s'ouvrent spontanément, mais dans d'autres cas il est nécessaire d'intervenir. La grande mode est de fendre ces abcès froids de part en part, de les gratter, les drainer et les injecter. Mais vu la profondeur à laquelle cet abcès siège, vu ses rapports avec les vaisseaux fémoraux, pareille pratique serait dangereuse en raison même de ce voisinage, elle serait incertaine aussi parce que tout pourrait ne pas être enlevé.

En pareil cas, la méthode qui convient le mieux est la méthode des injections, méthode nouvelle comme procédé et comme topique.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des syphilides.

Qu'entend-on par le mot syphilides? Les syphilides sont les manifestations cutanées de la vérole; ce sont des manifestations consécutives, des manifestations qui succèdent au chancre. Elles peuvent se développer à tous les âges de la syphilis, cependant jamais avant six ou sept semaines révolues. Elles forment un groupe de dermatoses se reliant entre elles par des caractères communs, mais se distinguant des autres dermatoses par des caractères différentiels.

Ces caractères communs sont les suivants :

1° Les syphilides constituent une affection apyrétique à évolution lente, chronique. Est-ce à dire pour cela que toutes, sans exception, évoluent sans que l'on constate jamais le moindre phénomène fébrile? Non, quelquefois au début on a observé une fièvre des plus légères, mais le fait est très rare (4 à 5 fois au plus sur 100). De plus, cette fièvre diffère de celle qu'on remarque dans les affections éruptives, en ce qu'elle est moins vive, qu'elle n'est pas méthodique, qu'elle n'est pas cyclique.

2° Les syphilides sont des dermatoses localement aphlegmasiques, c'est-à-dire en dehors de tout éréthisme local, de toute douleur, turgescence inflammatoire et tension locale. En un mot, elles se produisent *à froid*, de telle sorte qu'elles peuvent assez facilement échapper à l'attention des malades; c'est ainsi que nombre d'entre eux ignorent bien souvent, jusqu'au moment où leur médecin le leur apprend, qu'ils sont porteurs d'une roséole syphilitique.

3° Elles sont essentiellement aprurigineuses, c'est-à-dire dépourvues de tout prurit, de toute démangeaison, et c'est là un élément de diagnostic fort important, mais, je dois le dire tout de suite, qui fait parfois défaut. En effet, si l'on rencontre quelques exceptions, c'est dans les quatre cas suivants : 1° dans les formes lichénoïdes; 2° quand les syphilides sont situées au niveau du système pileux, des régions velues; 3° lorsque les syphilides sont fouettées par l'alcool; 4° enfin, dans certaines idiosyncrasies, comme l'hystérie. Mais, à part ces quatre conditions spéciales, les syphilides sont toujours, je le répète, aprurigineuses.

4° Enfin, quatrième caractère commun à toutes les syphilides, celles-ci sont justiciables du mercure, du traitement spécifique qui agit efficacement sur elles, ainsi que cela est parfaitement reconnu depuis plusieurs siècles.

A ces quatre caractères principaux, il convient d'en ajouter deux autres, moins généraux, plus particuliers, qui sont les suivants :

1° Certaines syphilides revêtent une coloration d'un genre spécial, lequel comporte deux variétés : *a.* la teinte cuivre; *b.* la teinte jambon. La première, signalée par Swediaur, frappe la vue par ses reflets brillants de teinte rouge mêlée de jaune, ton de cuivre, de casserole bien entretenue. Elle est beaucoup plus rare qu'on veut bien le dire dans les livres classiques, où l'on abuse généralement quelque peu de cette expression. La seconde, au contraire, est beaucoup plus commune; c'est une véritable couleur rouge-sombre, rouge-brun, rappelant la teinte de la chair musculaire du jambon. Elle a été indiquée par Fallope.

Le second caractère complémentaire, moins général, peut être ainsi défini : Les syphilides s'accusent souvent par une configuration particulière, par une tendance à prendre la forme cerclée complète ou incomplète, la forme d'un cercle ou d'un demi-cercle, d'une demi-lune, d'un croissant. Cette configuration se présente dans la lésion élémentaire ou bien quelquefois dans la coordination de plusieurs éléments éruptifs, c'est-à-dire des éléments ronds groupés en demi-cercle.

Certainement il n'y a pas que les syphilides qui *fassent rond*, mais d'autres dermatoses le font également; je citerai, par exemple, le psoriasis, l'herpès circiné, etc.; mais ce que la vérole a de plus caractéristique, c'est le demi-cercle, le croissant.

Avant d'entrer dans l'étude des diverses formes de syphilides que l'on rencontre dans la pratique, il convient de formuler encore quelques principes généraux.

Les syphilides réalisent à peu près tous les types des dermatoses ordinaires, selon l'âge de la syphilis. Ainsi elles ne produisent pas indifféremment une roséole au début de la syphilis ou lorsque celle-ci est âgée de vingt ans, par exemple; mais elles sont soumises à des lois chronologiques.

C'est ainsi qu'on constate des différences très prononcées entre les syphilides précoces et les syphilides tardives, autrement dit celles du début de la maladie ou celles qui se développent à un âge avancé de la syphilis. De là des types bien tranchés : les syphilides des jeunes périodes ou syphilides secondaires et celles des périodes éloignées ou syphilides tertiaires.

Voici les caractères qui les distinguent les unes des autres. Les syphilides secondaires sont superficielles, bénignes et résolutives; les syphilides tertiaires sont profondes, graves, non résolutives mais ulcératives, aboutissant à l'atrophie ou à l'ulcération.

Les premières sont profuses, disséminées, quelquefois généralisées même, et couvrent tout ou partie du corps; les secondes sont relativement discrètes, circonscrites, limitées à quelques départements ou régionales, comme on les appelle encore.

Les syphilides secondaires sont fréquemment *polymorphes*,

c'est-à-dire qu'elles se composent d'éléments éruptifs multiples disséminés à côté les uns des autres : la roséole, la papule non squameuse, la papule squameuse, la papule croûteuse, la papule érosive. Les syphilides tertiaires sont *monomorphes*, autrement dit elles sont composées d'un seul élément éruptif, partout et toujours le même chez le même sujet, que ce soit l'élément gourmeux, l'élément croûteux ou tout autre élément.

Les nombreux éléments des syphilides secondaires sont disséminés, jetés au hasard sur la peau, n'obéissant ainsi à aucun plan, à aucune discipline. Les syphilides tertiaires, au contraire, sont méthodiques, assujetties à un certain plan éruptif; elles sont disposées en bouquet, en couronne, en demi-circonférence, en croissant, etc. ; en un mot, elles sont coordonnées et non semées au hasard.

Tels sont les quatre grands caractères qui différencient les syphilides secondaires des syphilides tertiaires. Mais ces caractères sont-ils toujours constants? Non, d'une façon absolue, mais presque constants ou mieux ils sont habituels et ce n'est que par exception qu'ils n'existent pas. Ainsi, comme exception, je citerai les syphilides malignes précoces qui débutent d'emblée par le type ulcéreux tertiaire.

En résumé, je le répète, ces caractères sont si habituels qu'à première vue, pour ainsi dire, on peut fixer l'âge d'une syphilide, la syphilis harmonisant ses formes éruptives selon son âge.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit; petits kystes de la trompe de Fallope; mort par volvulus intestinal.

Emilie Tort..., cinquante-huit ans, célibataire, est entrée le 27 décembre 1885 à l'hôpital Saint-Joseph, pour une tumeur du ventre.

La mère de la malade est morte de tuberculose à l'âge de trente-deux ans. Elle a perdu une sœur à l'âge de trois ans, de méningite probablement. La menstruation s'est toujours faite régulièrement jusqu'à l'âge de quarante-deux ans, époque à laquelle elle a disparu sans accident.

Le ventre a commencé à grossir, il y a trois ou quatre mois seulement.

La malade ne souffre pas, elle n'a jamais eu de péritonites. Elle ne se plaint que du volume du ventre, et de la gêne dans la digestion.

Examen du ventre. — Le ventre est très volumineux (88 centimètres de tour), il a une forme étalée et est très développé dans la partie sous-ombilicale principalement. La peau n'est pas œdématiée, mais elle présente de grosses veines dirigées verticalement comme celles que l'on voit dans l'ascite. Par la percussion on constate que la masse s'étend jusqu'à l'ombilic, au milieu, et, sur les parties latérales, descend assez bas dans les fosses iliaques. On entend nettement le son intestinal dans les hypochondres.

La fluctuation est très nette et fait reconnaître la présence d'une grande poche principale à contenu très fluide. En bas et en avant, dans la région sus-pubienne, on voit une autre poche, plus petite, formant une médiocre saillie et paraissant plus résistante que la première.

La malade est endormie pour pratiquer l'examen par le toucher.

Toucher rectal. — L'utérus paraît abaissé, transporté un peu à droite, et son grand axe est manifestement dirigé de droite à gauche. Il est mobile et paraît peu influencé par les mouvements de latéralité transmis au kyste, mais abaissé par les mouvements d'avant en arrière. On ne sent le kyste nulle part.

Toucher vaginal. — La malade est vierge, elle a un hymen circulaire, qui se laisse dilater facilement. Du côté de l'utérus, on constate les particularités signalées plus haut. Dans le cul-de-sac droit on sent la partie inférieure du kyste qui est fluctuant mais dur.

4 janvier 1886. — Ovariotomie; incision partant de trois travers de doigt au-dessus du pubis, et allant jusqu'à l'ombilic, mais ne le dépassant pas. Le kyste se découvre, on voit nettement les deux poches. La supérieure est vidée avec le trocart et donne environ 6 litres d'un liquide brun verdâtre un peu pierreux. A la fin le liquide coule à côté du trocart mais il est recueilli avec des éponges. La seconde poche fournit un liquide filant comme de l'albumine, de l'œuf, et de la même limpidité, il en coule environ 500 grammes. En attirant la masse le trocart se dérange et le liquide s'écoule sur les parois du ventre; on le recueille avec des éponges.

En attirant la masse, on découvre une troisième poche qui contient environ 200 grammes du même liquide blanc et filant.

La masse est alors soulevée et extraite hors du ventre, elle contient encore d'autres poches d'un volume moindre. Le kyste occupe le côté droit; je ne trouve pas d'adhérences. L'utérus paraît sain, ainsi que l'autre ovaire. Je fais la ligature du pédicule, qui est très large, en trois points, et en ayant soin de mettre une ligature supplémentaire du côté externe. La ligature est faite avec du cordonnet de soie. Au moment où je sépare le kyste avec des ciseaux, en commençant par le bord interne, un vaisseau fournit du sang. Je place une nouvelle ligature sur la première, que je serre fortement La masse est alors facilement détachée, et le ventre refermé par des points de suture faits à la soie, qui comprennent le péritoine et toutes les parois abdominales.

Pansement à l'iodoforme et à la gaze au sublimé.

Examen du kyste. — Nous avons vu que trois poches ont été ponctionnées. Il en existe plusieurs autres, l'une du volume du poing, une autre du volume d'un œuf de dinde, qui paraît occuper la situation normale de l'ovaire.

Les parois de la grande poche sont épaisses et contiennent de grosses veines ; elles sont lisses à leur face interne et ne présentent pas de végétations. Par places on trouve des plaques calcifiées minces et adhérentes. Un kyste du volume d'un œuf fait saillie dans une des poches à contenu filant. Il est formé de petits kystes présentant une paroi blanche, nacrée, dure, et incrustée à sa surface de petits corps durs, brillants, comme des grains de sable et de dimensions microscopiques.

A la partie supérieure et postérieure de la poche est la trompe. La partie enlevée a 15 centimètres environ ; elle est très rouge. Vers le milieu se voient plusieurs petits kystes transparents du volume d'un grain de chènevis, de forme oblongue, et qui ne sont nulle part en relation avec la cavité de cet organe. Un kyste plus gros est placé sur la partie inférieure du pavillon.

L'organe de Rosenmüller, très développé, ne contient aucun kyste.

Sous le péritoine, à la face postérieure du ligament large, est un petit kyste du volume d'une tête d'épingle, transparent, et complètement indépendant du parovarium.

En soulevant la trompe, on peut constater que l'aileron moyen du ligament large est sain, sauf le semis de petits kystes signalés sur la trompe et le péritoine.

Nous avons donc affaire à un kyste multiloculaire développé dans l'ovaire droit.

Examen du liquide des kystes. — Premier kyste : liquide vert jaunâtre. — Deuxième kyste : liquide comme l'albumine de l'œuf.

Les deux liquides renfermaient en grande quantité de la paralbumine qui leur communique une consistance visqueuse et filante. Ils ne donnent pas de précipité par le sulfate de magnésie et en donnent un très abondant par le ferro-cyanure de potassium additionné d'acide acétique (caractère de la paralbumine).

Ils renferment tous les deux du chlorure de sodium. Le liquide du grand kyste jaune verdâtre en renfermait 4gr,28 par litre.

Matières extractives par litre. — Premier liquide jaune verdâtre : 23gr,20. — Deuxième liquide comme l'albumine de l'œuf : 66gr,10. (Examen fait par M. Germain, pharmacien.)

5 janvier. — La malade va bien. La nuit a été sans sommeil, quelques vomissements. Ventre sans gonflement ; seulement sensible au niveau de la cicatrice. Champagne. — Matin : T. 37°4 ; P. 96 ; soir : T. 37°,8.

6 janvier. — Même état. On donne un peu de bouillon, qui n'est pas gardé. Nausées de chloroforme. Respiration courte, 25 environ. — Matin : T. 37°, 2 ; soir : T. 37°,8.

8 janvier. — La malade ne souffre pas du ventre en dehors des vomissements de chloroforme. — Matin : T. 38°,2 ; P. 92 ; soir : T. 37°,7 ; P. 92. Elle a dormi quelques heures et ne se plaint pas. Elle a seulement un peu de sensibilité quand elle se remue. Pas de toux. La respiration est très courte : 25 ; mais la malade n'accuse pas d'oppression. Soir à dix heures la malade est calme. Pendant la nuit à deux heures, changement brusque, la malade est oppressée et très faible. Elle se refroidit et meurt sans souffrance à six heures du matin.

Autopsie. — Cadavre très maigre, ventre ballonné.

La suture est en bon état. Le tissu cellulaire sous-cutané est vasculaire et déjà un peu adhérent. Le péritoine renversé est accolé et réuni. Un des fils seul laisse échapper une gouttelette de pus blanc quand on le retire des parois.

Le péritoine pariétal a une teinte bleuâtre.

Intestin grêle très distendu, et porte de fines arborisations, mais pas trace de péritonite adhésive. Dans la fosse iliaque, on trouve un *volvulus.* Il est constitué par trois anses d'intestin grêle enroulées les unes autour des autres, très aplaties, mais sans vascularisation ni inflammation.

Le coude le plus élevé est à 40 centimètres du cœcum. A ce niveau l'intestin a un volume un peu supérieur à un crayon ordinaire, et sa teinte est tout à fait pâle, comme fibreuse. Le reste de l'intestin grêle est vide et très rétracté. Immédiatement au-dessus du coude, l'intestin est brusquement dilaté par des gaz et vascularisé. Cet état de ballonnement remonte jusqu'à l'estomac.

Le gros intestin est aplati et pâle. Dans le petit bassin est environ un verre de sérosité jaune vert, très ténue, sans pus ni fausses membranes. Le péritoine est pâle, nullement injecté.

L'utérus est renversé en arrière et touche le rectum ainsi que le moignon ligaturé. Au point de contact, le rectum est rouge sur une surface de 1 centimètre 1/2 et déjà un peu adhérent au rectum.

Le moignon est très vasculaire. Il est couvert par une mince couche gélatineuse qui l'accole au rectum. C'est une couche de lymphe plastique, sécrétée par la surface du rectum, et qui présente de fines arborisations.

On voit nettement que les bords du moignon sont renversés au dehors et adhérents au reste du ligament large ou à l'utérus. Le fil est presque partout enkysté, sauf en deux endroits où les bouts de fil coupés sont situés dans une petite loge, mais pas complètement isolés.

Les veines utéro-craniennes qui partent du moignon sont volumineuses et contiennent un sang très fluide. En résumé on trouve là tous les phénomènes ordinaires de la guérison.

L'ovaire de l'autre côté est dur, couvert de cicatrices, et contient un tout petit kyste du volume d'une tête d'épingle.

Le foie est un peu congestionné. Les reins et la rate sont sains.

Poumons. — Ils ont des adhérences anciennes avec les sommets des plèvres des deux côtés. Le poumon droit est lourd. Tout le lobe inférieur et une partie du supérieur ont une teinte noire fauve. A la coupe cette teinte s'accentue encore davantage, et le poumon paraît comme rempli par de la gelée de groseille épaisse. En le saisissant entre les doigts on voit qu'il crépite mal, mais il flotte cependant quand on le jette dans l'eau. C'est un état de congestion entièrement prononcé.

Le poumon gauche présente les mêmes lésions, mais moins avancées.

Le cœur est sain. Sur l'aorte il y a quelques plaques athéromateuses et un peu d'induration des valvules sigmoïdes qui sont suffisantes.

Rien à noter dans le cerveau.

On ne peut imputer la mort de notre malade au fait même de l'opération pratique, parce qu'elle n'a été causée ni par une hémorrhagie, ni par une péritonite. Quelle est la cause de ce volvulus formé par trois anses enlacées ? On peut se demander si la brusque dépression causée par l'enlèvement de la masse kystique en est la cause occasionnelle. Ce ne sont pas les mouvements imprimés par les mains des aides, car l'intestin n'est jamais sorti du ventre, et l'on n'a pas eu de réduction à opérer.

D'autre part, nous attirons l'attention sur l'état des poumons. C'est un état de congestion interne qui a certainement joué un grand rôle dans cette terminaison si rapide. MM. Verneuil en 1871 et Berger en 1876 ont montré à la Société de chirurgie que souvent, dans l'étranglement herniaire, le poumon avait été trouvé dans cet état. On l'a attribué à une irritation du grand sympathique intestinal, qui agirait par voie réflexe sur les nerfs pulmonaires et déterminerait cet état congestif. C'est là certainement un facteur important comme cause de terminaison fatale.

A tout ceci il faut ajouter la faiblesse, le choc traumatique, qui sont la suite inévitable de toutes les graves opérations chirurgicales, et qui n'ont pas permis à la malade de lutter efficacement contre la congestion pulmonaire. Quant au volvulus, qui n'était formé par aucune adhérence pathologique, il était de ceux que les cliniciens parviennent habituellement à surmonter quand le malade n'a pas de cause antérieure de grave débilitation.

PSEUDESTHÉSIE OPTIQUE ÉPIDÉMIQUE (METZ 1871)

Par M. le docteur H. Pierron,

Membre de la Société d'archéologie lorraine.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, quelques jours avant la mort de Legrand du Saulle, ses dernières cliniques sur l'état de folie transitoire ou durable, et les désordres intellectuels ou moraux de certains individus, à la suite des événements du siège et de la Commune de Paris. Ce lisant, j'ai pensé à publier un fait qui s'est passé à Metz en 1871, dont beaucoup de personnes ont gardé le souvenir, dont les journaux de la localité ont parlé à l'époque seulement. Ce sujet n'a été traité ni repris depuis par personne ; il intéresse à la fois les médecins, les historiens et les philosophes.

Ce sont des illusions populaires en masse, épidémiques, dues à l'interprétation des phénomènes impressionnels du sens de la vue par l'irisation des carreaux de vitre.

Cet état mental qui n'a pas été observé sur les Parisiens a duré en avril et en mai 1871, au moment où la plaie de la séparation saignait au vif et où les yeux se tournaient vers la commune de Paris qui devait, croyait-on, protester contre la capitulation et en flétrir les auteurs. Ces pseudesthésies ont occupé la population, l'ont tourmentée et ont eu sur elle des influences assez nuisibles à son équilibre intellectuel et moral.

Il serait nécessaire pour être complet de rappeler ici

quelques faits antérieurs qui ont aidé à enflammer l'imagination populaire.

En juin 1870, avant la guerre, on a vu à Metz une aurore boréale très brillante et d'une couleur rouge sang qui a frappé tout le vulgaire d'étonnement, et le cri : « c'est la guerre, c'est le carnage », était sur toutes les lèvres. Une nouvelle aurore a été vue en octobre 1870 avant la capitulation.

Lorsqu'est venue, quelque temps après, la déclaration de guerre ; puis le blocus, la capitulation de Metz, les défaites successives, l'écroulement de la France et de toutes les espérances ; enfin la séparation de la patrie, la folie patriotique a pu apparaître et se développer sur un terrain très favorable et si bien préparé. Toutes les âmes étaient dans le doute, il y avait un retour vers l'exaltation religieuse, tout contribuait à échauffer et à exciter l'imagination populaire et à lui faire transformer ce qu'elle verrait ou croirait voir en des rêves d'espérance ou en des réalités.

Les verres à vitre qui sont depuis longtemps exposés aux intempéries des saisons ou qui gisent enfouis subissent un phénomène particulier spécial dû à l'action de l'acide fluorhydrique, ils deviennent irisés. L'action chimique opérant lentement altère la surface du verre, le fait réfracter la lumière et donner des phénomènes de réseaux lumineux semblables à ceux de certains coquillages. Ces irisations ont des effets bizarres et fantastiques, elles ressemblent à des nuages, des paysages, des formes humaines, etc.

Un jour, la nouvelle se répand partout dans Metz qu'on pouvait voir, dans les carreaux d'un relieur de la place Saint-Louis, des figures, des hommes. C'étaient, affirmait-on, des zouaves qui croisaient la baïonnette, des artilleurs français : tout le monde les voyait, les avait vus. On avait essayé de frotter les vitres et de les laver, ces images reparaissaient intactes plus belles et plus visibles.

Tous s'étaient portés sur la place Saint-Louis, on voyait un grand rassemblement de personnes, surtout de femmes et d'enfants, qui regardaient et commentaient le phénomène. C'était pour eux le signe divin de la délivrance prochaine, c'était l'avant-garde de l'armée française que Dieu faisait voir, et on allait être délivré du joug des Allemands.

Des Allemands ayant voulu rire et se moquer de la foule, celle-ci a failli se porter sur eux à des voies de fait.

Ceux qui dans la population messine étaient des esprits forts ou qui connaissaient la cause de ce phénomène, se sont bien gardé d'arracher à ces malheureux leur espoir. Les rassemblements devenaient si nombreux et si tumultueux que la police est intervenue ; elle a fait disperser la foule, fait lessiver les carreaux ; puis elle a pris le parti le plus sage, de les faire remplacer. Peine perdue. Pendant ce temps-là, d'autres personnes ont vu, sur la place de la Cathédrale, le Christ en croix pleurant et saignant, la Vierge, des saints, et dans le lointain l'armée française s'avançant.

Dire combien les esprits étaient surexcités, combien ont cru à ces illusions de la vue, et combien le courage est revenu à ces braves gens, est impossible à répéter. On se serait cru en pleine croisade et on s'attendait à entendre le cri : « Dieu le veult ! »

Partout, dans les maisons, au foyer, dans les réunions, les cafés, on en parlait et on avait espérance.

Tous ces troubles de pseudesthésie optique se sont répandus avec passion dans la population qui était si malheureuse. On a recherché partout ces images et partout on en a vu. Cet état de susceptibilité cérébrale a duré jusqu'au moment où les journaux ayant expliqué ce phénomène ont recommandé le calme, et quand les Allemands ont eu la bonne idée de ne plus se mêler de troubler la contemplation de ce phénomène.

Alors tout est rentré dans l'ordre et l'espérance s'évanouit.

L'interprétation mentale de ces faits est très curieuse à étudier. Il faut surtout remarquer que le peuple persécuté, séparé de sa patrie, le peuple qui souffre, en un mot, s'éprend toujours de ses héros qui ont lutté pour son indépendance. L'histoire fourmille de faits de princes malheureux dans la guerre, qui ont tout perdu, mais qui n'ont jamais abandonné le chemin de l'honneur. Les héros du peuple messin, qui par ses tendances militaires était très chauvin, sont les zouaves, et qui dit zouaves veut dire l'enfant de la France et du peuple, le type du brave soldat et du gouailleur, l'idéal de tout Messin. L'artilleur s'explique par le séjour d'une école d'artillerie, de l'école d'application, leur polygone d'artillerie, où on allait entendre la musique répétant pacifiquement le *Dies iræ* des peuples.

La gradation des idées veut que tout peuple souffrant moralement se jette dans l'exaltation religieuse. Aussi on a vu le Christ pleurant les malheurs du pays et le triomphe de la religion réformée, saignant le sang des enfants de Metz morts ou dispersés.

Tout frappait l'imagination populaire, on avait vu les premiers des trois religions de la ville aller ensemble bénir, au cimetière Chambière, le monument élevé aux soldats morts pour la patrie.

Cet état impressionnel des esprits, la perte des espérances et de la patrie ont aidé à voir dans ces phénomènes les lueurs d'espérance qui animent tous ceux qui sont en danger de périr.

La philosophie peut tirer de cette épidémie des enseignements variés ; elle peut y voir les différentes phases de l'évolution des idées à travers les masses ; comment les peuples, sous des influences inconnues, ont pu adopter des idées contraires et opposées à celles que nous avons maintenant ; comment même ces idées se développent et prennent naissance.

L'histoire pourra s'aider de ce fait pour expliquer bien des passions populaires, bien des faits passés et bien des visions en masse.

Pour ne citer ici que le Labarum de Constantin vu par toute son armée ; il faudrait trouver un historien de toutes ces illusions douces ou cruelles, morales ou matérielles, aiguës ou chroniques, naturelles et surtout surnaturelles.

Ces faits dont j'ai été le témoin oculaire et que j'ai décrits très fidèlement, sont encore très vivants dans la population messine ; ils rappellent à tous les exilés qui couvrent la France les phénomènes dont ils ont été témoins ; et ils diront à ces rares Messins qui vont encore, dans la ville de Metz, contempler les carreaux de vitre, quelle a été leur peine et quelles ont été leurs espérances.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Questions mises à l'ordre du jour du deuxième Congrès.

PREMIÈRE QUESTION.

Nature, pathogénie et traitement du tétanos.

Discussion. MM. les docteurs Vaslin (d'Angers), Balestreri (de Gênes), Thiriar (de Bruxelles).

M. le professeur A. Socin (de Bâle). Discussion. — Observations

sur l'étiologie du tétanos tendant à donner les preuves que le tétanos est une maladie parasitaire. — Discussion. M. le docteur Maunoury (de Chartres).

DEUXIÈME QUESTION.

De la néphrotomie et de la néphrectomie.

M. le docteur Jeannel (de Toulouse). Observation de néphrectomie suivie de mort, où la tumeur rénale ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale.

M. le docteur Péan (de Paris). Communication au sujet de la méthode relative à la néphrectomie et à la néphrotomie.

M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg). Néphrectomie transpéritonéale pour kyste hydatique du rein. — Discussion. MM. les docteurs Le Dentu et Lucas-Championnière (de Paris).

M. le docteur Bouilly (de Paris). Trois observations de néphrotomie.

TROISIÈME QUESTION.

Des résections orthopédiques.

Discussion. MM. les docteurs Mollière (de Lyon), Vaslin (d'Angers) et M. le professeur Ollier (de Lyon).

QUATRIÈME QUESTION.

De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

M. le docteur Lagrange (de Bordeaux). Discussion. — Observation d'arthrite traumatique du coude chez un homme de trente-cinq ans; résection sous-périostée; néoformation de l'olécrane; retour presque complet des mouvements normaux et de la force du bras. — Discussion. MM. les docteurs Mollière (de Lyon), J. Reverdin (de Genève), Polaillon (de Paris).

QUESTIONS DIVERSES.

M. le docteur Chénieux (de Limoges). Le drainage et la réunion primitive.

M. le docteur Terrillon (de Paris). De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — Conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires.

M. le docteur Richelot (de Paris). De l'hystérectomie vaginale. — Indication et manuel opératoire.

M. le docteur Chaumier (Indre-et-Loire). La pseudo-scrofule au point de vue chirurgical.

M. le docteur Poncet (de Lyon). Des greffes osseuses dans les pertes des substances étendues du squelette.

M. le docteur Jules Hue (de Rouen). Rupture du périnée : de ses causes, de ses effets, des moyens de la prévenir.

M. le docteur Desnos (de Paris). Extirpation d'un papillome de la vessie par la voie hypogastrique.

M. le docteur Abadie (de Paris). Des procédés actuels de l'opération de la cataracte.

M. le docteur Palezowski (de Paris). De l'ophtalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires. — De l'emploi du thermo-cautère dans la chirurgie oculaire.

M. le docteur Chalot (de Montpellier). Sur la maladie de Paget, faux eczéma de l'aréole du sein. — Sur l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate : technique, indications et résultats.

M. le docteur J. Reverdin (de Genève). Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

M. le docteur Le Dentu (de Paris). Examen des procédés d'opération du varicocèle d'après des observations personnelles.

M. le docteur Thiriar (de Bruxelles). Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale. — Présentation d'un individu opéré *in extremis* de colotomie.

M. le docteur Vaslin (d'Angers). Des modifications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions. — Étude clinique sur l'ostéomyélite et son traitement.

M. le docteur Leriche (de Lyon). Tumeur coccygienne congénitale.

M. le docteur Terrier (de Paris). De la cure radicale des hernies épigastriques non étranglées.

M. le docteur Lucas-Championnière (de Paris). De la résection du genou. — De la trépanation des os atteints d'ostéite simple et tuberculeuse.

M. le docteur P. Reclus (de Paris). Sur une opération nouvelle de fistule recto-vaginale.

M. le docteur S. Pozzi (de Paris). Sur le diagnostic et le traitement des kystes du vagin.

M. le docteur A. Marchand (de Paris). Traitement chirurgical du prolapsus utérin.

M. le docteur Maunoury (de Chartres). De la température dans les maladies charbonneuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Bonhomme-Lacour. — Est affecté au 138e de ligne.

M. Lœwel. — Est affecté au 67e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Fribourg. — Est affecté aux hôpitaux de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle en date du 22 juillet 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Sabathier, pour l'hôpital d'Amélie-lès-Bains ; — Huchart, pour l'hôpital de Perpignan ; — Vigenaud, pour l'hôpital de Bourges ; — Jourdan, pour le 100e d'infanterie ; — Dubarry, pour le 88e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Robert, pour le 56e d'infanterie; — Grandgury, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Dorez, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied ; — Chambé, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied; — Hussenet, pour le 103e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe Jette, pour le 3e chasseurs d'Afrique.

M. le pharmacien aide-major de première classe Barthe, pour l'hôpital de Vichy.

— *Concours d'agrégation (section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle).* — Les séances continueront, à neuf heures du matin, aux dates ci-dessous indiquées :

Sixième séance. — Lundi 2 août. 1° M. Quenu : Arcs branchiaux chez l'homme ; argumenté par MM. Guinard et Rodet. — 2° M. Tapie : Travail et chaleur musculaires ; argumenté par MM. Ferré et Quenu.

Septième séance. — Mardi 3 août. M. Princeteau : Progrès de la tératologie depuis I. Geoffroy Saint-Hilaire ; argumenté par MM. René et Gilis.

Histoire naturelle. — Huitième séance. — Mercredi 4 août. 1° M. Nabias : Les galles et leurs habitants ; argumenté par MM. Planchon et Barrois. — 2° M. Barrois : Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux ; argumenté par MM. Planchon et Nabias.

— La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, cette année, du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Quatre séances seront consacrées à des *questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *questions diverses*. (Voir plus haut, p. 689.)

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux questions mises à l'ordre du jour ou faire toute autre communication sont priés d'en aviser le secrétaire général avant le 15 août, *dernier délai*. Ils devront donner le titre de leur communication et, si possible, les *conclusions*.

Toutes les communications et cotisations doivent être envoyées à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Jean Dussaud, interne provisoire, fils de M. le docteur Dussaud (de Nîmes), qui a succombé, le 20 de ce mois, à l'âge de vingt-quatre ans, à une angine diphtéritique contractée dans son service à l'hôpital des Enfants-Assistés.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19866.

N° 87. — JEUDI 29 JUILLET 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 29 JUILLET 1886. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bergeron, comme ancien rapporteur de la première commission du vinage, M. Brouardel, en qualité de président du Conseil supérieur d'hygiène, avaient à donner leur opinion dans la discussion sur les alcools, et ils l'ont fait en fortifiant par des développements nouveaux les arguments exposés, d'une façon concise, mais frappante, par M. Dujardin-Beaumetz.

De son côté, M. Léon Le Fort est venu exprimer le regret de ne trouver dans les conclusions de la commission rien qui rappelât ces arguments qui l'avaient vivement impressionné. Il voudrait que l'Académie proclamât nettement la nocuité des alcools industriels, nocuité que ne possédaient ni les vins naturels, ni l'alcool de vin. Il voudrait qu'elle fît allusion au changement considérable qui s'est produit à ce point de vue dans la pratique du vinage depuis 1870.

Le vinage n'a donc pas trouvé, dans le sein de l'Académie, d'autre défenseur que M. Gallard et, sur cette question, tous les orateurs qui se succèdent à la tribune parlent dans le même sens.

Mais en ce qui touche l'abaissement du titre des vins admis sans surtaxe et la tolérance d'impureté dans les alcools, il n'en est plus ainsi.

M. Le Fort a donné la preuve de ce que nous rappelions naguère, de ce fait qu'en France, très souvent, les vins naturels de certaines régions, et non seulement les vins de luxe, mais même des vins à bas prix, ont une proportion d'alcool qui se trouve comprise entre les limites de 12 et de 15 pour cent. Il serait absurde d'obliger, en se basant sur une raison d'hygiène publique, les propriétaires honnêtes de ces vins à les mouiller d'abord, ce qui les conduirait fatalement à les dédoubler d'une façon plus radicale, en les vinant pour les ramener au titre voulu. Évidemment la commission ne connaissait pas bien l'état des choses et la composition normale des vins, qu'elle frappait, voulant les protéger.

M. Brouardel a protesté contre la tolérance des alcools impurs renfermant des alcools toxiques dits supérieurs dans une proportion quelconque, soit du centième, comme le portait primitivement le rapport de la commission, soit du millième, suivant la correction apportée ensuite à ce chiffre d'après l'avis de M. Roussel.

Espérons que la commission tiendra compte de ces critiques dont elle doit sentir toute la gravité, et que l'Académie se refusera d'ailleurs à venir appuyer par son vote une mesure fiscale désastreuse pour la viticulture française, ainsi que l'a si bien montré M. Le Fort.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Luxation sous-cotyloïdienne du fémur.

Le jeune homme qui va faire le sujet de cette leçon nous présente une variété des plus rares des luxations de la cuisse et d'un diagnostic assez difficile. C'est un garçon très fort, très vigoureux, bien développé, qui, en voulant traverser, pendant une violente pluie d'orage, la chaussée pavée en bois et fortement détrempée de la rue de Rivoli, tomba les deux jambes écartées. Ses camarades vinrent aussitôt à son secours pour l'aider à se relever, mais l'impotence étant absolue, ils l'amenèrent immédiatement à l'Hôtel-Dieu. En tous cas, il n'aurait pas, paraît-il, beaucoup souffert.

Lundi matin, à l'heure de la visite, les phénomènes étaient suffisamment accusés pour ne laisser aucun doute sur l'existence d'un déplacement du fémur gauche. Mais il s'agissait de savoir si ce déplacement se compliquait ou non de fracture. La cuisse gauche était dans l'abduction, la jambe à demi-fléchie sur la cuisse et la cuisse à demi-fléchie sur le bassin. Le genou était porté en dehors, mais il ne présentait aucun gonflement.

Au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on constatait une très grande dépression en coup de hache ; le trochanter n'était plus dans sa situation normale ; je le trouvais rétracté en dedans et remplacé par une sorte de tumeur molle comme s'il s'agissait de quelque suffusion sanguine, tandis que, en réalité, cette tuméfaction était formée par les tissus mous.

Certain que j'étais en présence d'une luxation de la cuisse, j'allai à la recherche de la tête du fémur ; je ne la rencontrai ni au-dessous de l'épine du pubis, dans le trou obturateur, ni plus bas, et j'étais assez intrigué. Ce ne fut que le lendemain que je la rencontrai située au-dessous de

la cavité cotyloïde ; en déprimant les adducteurs et en imprimant à la cuisse un mouvement de rotation, je sentis la tête rouler sous la main. Ainsi la tête du fémur était en dedans, non pas sur la branche pubienne ni sur le trou obturateur, mais bien sur la branche ascendante de l'ischion, c'est-à-dire dans la position caractéristique de la luxation sous-cotyloïdienne. De plus, depuis lundi, on observe une ecchymose dans l'endroit correspondant à la tête de l'os.

En résumé, déformation du membre, cuisse à demi fléchie dans l'adduction, trochanter en retrait, saillie du côté du périnée à la face interne et supérieure de la cuisse formée par la tête du fémur, ecchymose considérable au même niveau ; conclusion : luxation sous-cotyloïdienne du fémur sur la branche ascendante de l'ischion.

En pareils cas la luxation s'accompagne assez souvent de fracture, non pas du col du fémur, mais du bord de la cavité cotyloïde.

Ces fractures du rebord cotyloïdien sont le résultat de la forte violence qui a amené la luxation, et ont pour conséquence la sortie de la tête fémorale de la cavité cotyloïde. Or, le fragment brisé se trouvant pour ainsi dire suspendu, il n'est pas possible de savoir s'il y a fracture tant que la réduction n'est pas faite ; au contraire dès que celle-ci est obtenue, la crépitation se perçoit assez facilement. Mais ce que l'on doit savoir aussi, c'est que la fracture du rebord cotyloïdien permet à la luxation de se reproduire avec une certaine facilité. Cela m'est arrivé dans les deux cas que j'ai déjà eu l'occasion d'observer et qui ont été publiés dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*. Dans ces deux cas, la luxation s'est reproduite deux et trois fois et a dû être réduite de nouveau autant de fois jusqu'à ce que la réduction ait été convenablement maintenue au moyen d'un appareil.

Chez notre malade d'aujourd'hui il est très possible qu'il y ait fracture également, car il est tombé les jambes écartées comme dans l'un des deux cas de luxation sous-cotyloïdienne que j'ai observés, cas dans lequel trois fois la luxation s'était reproduite, trois fois je dus la réduire de nouveau et la maintenir enfin réduite, en dernier lieu, à l'aide d'un appareil inamovible. Cet homme guérit parfaitement sans qu'il lui en restât rien de fâcheux ; j'en parle d'autant mieux que depuis quinze ans que l'accident a eu lieu, j'ai de temps à autre l'occasion de le revoir.

Quelques mots maintenant sur les luxations de la cuisse en général. Ces luxations sont externes lorsqu'elles se font dans la fosse iliaque ; elles sont postérieures lorsqu'elles ont lieu dans l'échancrure sciatique. Les premières se transforment quelquefois en luxations postérieures. Les premières ont lieu en haut et en dehors ; les secondes, en bas et en dehors également. Il y a les luxations ilio-pubiennes ou en avant, dans lesquelles la tête du fémur se place sur le pubis ; on la sent sous la peau ; la réduction en est très facile. Enfin il y a la luxation sous-cotyloïdienne, c'est-à-dire celle dont nous avons aujourd'hui même un exemple.

De cette dernière Malgaigne a rapporté dans son livre six observations, dont une lui appartient en propre. Mais ces six luxations ont été divisées par lui en deux variétés : l'une, dans laquelle la tête du fémur va se placer au-dessous de la cavité cotyloïde et sur la branche ascendante de l'ischion, il l'appelle la luxation sous-cotyloïdienne proprement dite ; l'autre, dans laquelle la tête était placée au périnée près de la racine des bourses ; notamment dans un cas où elle était si rapprochée du bulbe qu'elle avait déterminé par compression de l'urèthre une rétention d'urine ; cette seconde variété porte le nom de luxation périnéale.

Depuis la publication du livre de Malgaigne, plusieurs autres cas ont été observés, de sorte que, celui d'aujourd'hui compris, on compte actuellement dans la science 15 à 18 observations de luxations sous-cotyloïdiennes ou périnéales.

Dans ces différents cas, le membre est presque toujours dans l'adduction comme chez notre malade, mais de plus il est tantôt dans l'extension, tantôt dans la demi-flexion, et la jambe est tantôt en dehors, tantôt en dedans. Tantôt il y a impotence, tantôt au contraire le malade peut continuer à marcher ; enfin selon les cas il y a ou non de la douleur. La luxation donne souvent lieu à un certain degré de raccourcissement (1 à 2 centimètres le plus ordinairement, quelquefois 3 et même 4 centimètres, comme dans l'observation de Roux). Mais je dois avouer que la science est encore assez peu renseignée sur cette question.

Comme traitement, je dirai que, dans tous les cas de luxation sous-cotyloïdienne, la réduction a été obtenue, ce qui n'est pas l'habitude dans les luxations de la cuisse.

D'ailleurs depuis la découverte du chloroforme cette question a été très simplifiée, et l'obstacle a été d'autant plus facilement surmonté par cela même que l'on annihile toute résistance musculaire. Dans les luxations du genre de celle qui nous occupe ici, c'est le sillon profond qui sépare la tête du col du fémur qui forme obstacle en venant buter contre la cavité cotyloïde ; mais cet obstacle lui-même devient presque nul sous l'influence du chloroforme. Les obstacles à vaincre sont, en résumé, de trois sortes : 1° l'action musculaire, facilement vaincue par le chloroforme ; 2° la déchirure en fente de la capsule que nous n'avons pas à craindre ici ; 3° enfin la saillie du rebord de la tête sur le col.

En somme, nous avons toutes chances de réussite.

Les mouvements de réduction consistent à saisir le fémur et, le bassin étant immobilisé, à tirer dans le sens de la cuisse, puis, à un moment donné, porter celle-ci en dedans, soit en réalité une extension oblique, puis en dedans avec léger mouvement de rotation, ou mieux traction sur le fémur pour ramener la tête dans l'axe de la cavité cotyloïde, rotation légère, et reporter brusquement en dedans.

Afin d'éviter la reproduction de la luxation, on maintient le membre luxé dans une forte adduction en dedans.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

De la bronchite des enfants en général, trachéite, trachéo-bronchite, bronchite aiguë simple, bronchite capillaire, broncho-pneumonie.

I

Les affections des bronches sont toujours très fréquentes et très nombreuses chez les jeunes enfants. D'ailleurs ces petits êtres n'ont jamais une inflammation limitée des voies aériennes, mais à la fois du coryza, de la pharyngite, de la laryngite, puis de la trachéite et de la bronchite. Chez eux donc la bronchite n'est jamais simple, mais elle se complique toujours de trachéite et de laryngite ainsi que de

congestion pulmonaire. La bronchite, d'abord localisée dans les moyennes bronches, tend à se généraliser et à devenir bronchite capillaire simple, ou bien se transforme en broncho-pneumonie, en pneumonie lobulaire. De là dès modifications dans la thérapeutique à intervenir.

Les bronchites peuvent se diviser, d'après leur symptomatologie, en : bronchite épidémique ou grippe ; bronchite pseudomembraneuse ou diphtéritique, c'est-à-dire la véritable diphtérie ; bronchite de la coqueluche ; elles constituent ainsi des bronchites spéciales auxquelles il faut ajouter celle de la rougeole. Puis viennent les bronchites chroniques, dartreuses ; celles qui s'accompagnent d'emphysème, de dilatation des bronches, de fausses membranes non diphtéritiques, lesquelles ne sont autre chose que du mucus concrété ; celles qui compliquent la phthisie, etc.

En un mot, nous dirons que tout enfant atteint d'inflammation des voies aériennes est beaucoup plus prédisposé que l'adulte à la généralisation de cette inflammation. Je vous citerai, comme exemple des plus récents, celui d'un enfant de la ville, âgé de dix-neuf mois, pour lequel j'ai été appelé dimanche dernier à sept heures du soir pour la première fois. Le matin il avait seulement du coryza ; mais, pendant toute la journée, il était resté exposé au froid ; le soir, il avait déjà une bronchite intense. Le lendemain matin, l'inflammation s'était généralisée, il s'agissait d'une bronchite capillaire, puis les poumons se congestionnaient avec phénomènes d'asphyxie, convulsions, et le soir même l'enfant succombait. C'est ainsi qu'un mal, en apparence bénin dès le début, peut devenir très rapidement grave, et les poumons, frappés d'atélectasie, entraîner la mort pour ainsi dire en quelques heures.

Toutes les bronchites sans exception s'accompagnent, par suite de la tendance à la généralisation, de congestion de l'arbre aérien.

Ainsi, comme je vous le disais tout à l'heure, la trachéite, par exemple, n'existe jamais seule, mais elle a toujours été précédée d'une laryngite, voire même souvent aussi de pharyngite et de coryza ; et, d'autre part, elle est la première étape de la bronchite. Ses symptômes sont : chez l'enfant comme chez l'adulte, une sensation de constriction et de châtouillement (mais l'enfant ne sait pas le dire) une toux grasse, profonde, sans dyspnée, ni étouffements ; à l'auscultation, on n'entend pas de râles anomaux ; l'expectoration, quand l'enfant veut bien cracher, est formée de mucosités.

La bronchite des moyennes bronches peut être très légère ou très intense. Tout enfant atteint de bronchite présente de l'emphysème pulmonaire au bout de huit, dix ou quinze jours. Lorsque la bronchite est des plus graves, elle se complique de congestion pulmonaire intense avec adénopathie des ganglions situés au niveau du hile des poumons et emphysème. Bref, chez l'enfant, la bronchite a des allures particulières.

L'enfant est ordinairement pris, au début, par l'extrémité supérieure des voies aériennes, et l'inflammation gagne peu à peu, de proche en proche, les parties moyennes et inférieures de l'arbre aérien. La symptomatologie de la bronchite aiguë des moyennes bronches est caractérisée par une toux plus ou moins grasse, quelquefois si impérieuse qu'elle devient incessante, quinteuse, coqueluchoïde, s'accompagnant de vomissements, surtout le matin et le soir, toux profonde sans reprises bruyantes, toux due à un certain nervosisme ou à l'état des ganglions intrathoraciques. Comme signes physiques : percussion sonore, râles sonores, sibilants, puis sous-crépitants ; puis un peu d'emphysème et des poussées de congestion entraînant de l'apnée sans matité.

Si la maladie est consécutive à la rougeole ou si elle accompagne la coqueluche, il faut se méfier de voir les malades devenir en proie à une dyspnée effroyable, à de l'orthopnée, à une sécrétion bronchique rapide, menaces d'asphyxie, angoisses et même la mort.

C'est ainsi qu'il y a bronchites et bronchites, des bronchites très légères avec un très petit mouvement fébrile, et des bronchites secondaires ou consécutives pouvant devenir graves et se transformer en bronchites capillaires.

La bronchite généralisée n'est autre que la bronchite ordinaire avec des phénomènes plus rapprochés de l'oreille, avec de gros râles mêlés de râles fins, tendance à la forme capillaire, c'est-à-dire l'extension de l'inflammation à tout l'arbre aérien.

La bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, propres surtout aux enfants, ne sont qu'une seule et même maladie, à des degrés différents. La bronchite capillaire est l'inflammation des dernières ramifications bronchiques ; elle n'existe jamais sans que les alvéoles pulmonaires soient prises, mais elle peut être restreinte ou étendue, c'est-à-dire avec un maximum d'intensité dans lesdites alvéoles, et caractérise la pneumonie lobulaire. Comme complications constantes, je citerai l'emphysème, la congestion, l'adénopathie bronchique.

Les dernières ramifications bronchiques présentent une coloration rouge vif, elles se dilatent volontiers ; leur consistance est moindre, elles sont ramollies ; la sécrétion, en apparence muco-purulente, contient de l'épithélium, des leucocytes et de la fibrine. De sorte qu'il s'agit en réalité d'une inflammation fibrineuse. La fibrine est quelquefois si adhérente qu'elle forme de véritables bouchons dans les voies aériennes. Dans les alvéoles du poumon, les produits sécrétés sont les mêmes, ce sont des mucosités d'apparence sanglante ; les parois des alvéoles sont ramollies. La maladie va-t-elle jusqu'à la broncho-pneumonie, on voit des nodules du poumon faisant saillie, rougeâtres, puis grisâtres par dépôt de leucocytes et de fibrine ; les alvéoles, distendues, forment de véritables vacuoles remplies d'air et de produits de sécrétion. Ces nodules pulmonaires sont généralement disséminés, quelquefois cependant ils se réunissent en certains points et constituent la pneumonie pseudo-lobaire. En même temps, on constate une inflammation aiguë des moyennes bronches, un emphysème pulmonaire disséminé partout, ainsi que des congestions de différents ordres : congestion autour du point enflammé ou symptomatique ; congestion migratrice ; congestion passive des deux bases ; enfin une inflammation ganglionnaire concomitante.

L'un des caractères de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie, c'est l'insidiosité. La maladie ne vient pas d'emblée, mais elle est toujours consécutive ou secondaire, ce qui la différencie de la pneumonie franche. Elle survient à la suite de la rougeole ou comme une des conséquences de la coqueluche, ou bien encore à la suite d'antécédents morbides passés inaperçus des parents, ce qui fait qu'on est porté à la considérer alors comme étant apparue d'emblée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet 1886. — Présidence de M. Trélat.

DISCUSSION SUR LES ALCOOLS

M. BERGERON rappelle que si l'Académie a voté en 1870 des conclusions favorables au vinage, ces conclusions étaient diamétralement contraires à celles de la commission, que M. Bergeron, lui, a soutenues jusqu'au bout en qualité de rapporteur.

M. Bergeron a toujours été complètement hostile à la suralcoolisation des vins ; il n'a pas varié sur ce point, car il considère l'addition d'alcool, même en faible proportion, comme troublant l'harmonie de ce produit vivant de la fermentation du raisin, de cette combinaison savante d'éléments toniques et utiles.

M. Gallard a soutenu que l'Académie ne doit pas se déjuger ; autant vaudrait fermer à tout progrès les portes de cette enceinte. D'ailleurs il s'est produit depuis 1870, comme l'a dit M. Dujardin-Beaumetz, un fait considérable et désastreux : l'invasion du phylloxéra, qui a détruit la plus grande partie de nos vignobles du Midi, et qui a eu pour conséquence la disparition totale des armagnacs et des 3/6 de Montpellier, et par suite la substitution des alcools de grain, de mélasse et de betterave, aux esprits de vin, pour le vinage. Or ces alcools industriels contiennent en proportion variable des alcools, dits supérieurs, qui sont manifestement toxiques.

S'il est possible, par une série d'opérations successives et coûteuses, de purifier ces alcools industriels, il est évident que, pour le vinage on emploiera surtout ceux qui coûtent beaucoup moins ; et c'est pourquoi l'ivresse, même de vin, est devenue brutale et féroce, de joyeuse et bruyante qu'elle était autrefois.

Actuellement les grandes voies de circulation, les boulevards, sont absolument envahis à certaines heures par des buveurs de menthe, de cassis et d'absinthe, qui donnent au public le spectacle écœurant soit de leur loquacité tapageuse et violente, soit de leur hébétude licencieuse ; et c'est bien pis encore dans les bas-fonds des quartiers populeux.

En 1871, M. Bergeron fut chargé par l'Académie de rédiger un *avis au peuple* sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques. Après cela on put croire un instant que les malheurs du pays avaient servi de leçon. Malheureusement toute illusion est aujourd'hui impossible. Le mal a repris sa marche ascendante, et nous voyons chaque jour s'accomplir sous nos yeux la déchéance morale que nous n'avions que trop prévue et qui nous fait entrevoir l'avenir sous les plus sombres couleurs.

La pratique du vinage favorise plus que jamais le développement de la funeste industrie des distilleries, dont la production est sans limite, et qui produisent l'acool à si peu de frais qu'ils peuvent en livrer des fleuves à des prix assez bas pour être à la portée des buveurs les plus misérables.

Aussi M. Bergeron prie-t-il l'Académie, en présence des catastrophes de l'avenir, de dégager, en votant la première conclusion du rapport, la part de responsabilité qui lui incombe comme gardienne de l'hygiène physique, et, dans ce cas particulier, de l'hygiène morale des populations.

M. LE FORT a été frappé de l'opposition établie par M. Beaumetz entre l'ivrognerie produite par le vin, et l'alcoolisme résultant des alcools industriels ! Il voudrait que cette différence, généralement inconnue du public, fût formellement indiquée dans les conclusions de l'Académie.

Il voudrait aussi que ces conclusions fussent plus explicites sur un autre point, également mis en lumière par M. Beaumetz, la différence de la manière dont on pratique actuellement le vinage et de celle qui était usitée en 1870 quand l'Académie déclarait que c'était une pratique innocente, c'est-à-dire avant que le phylloxéra eût détruit les vignes et fait remplacer les eaux-de-vie de vins par des alcools de grain, de betterave, etc.

Le phylloxéra a détruit plus de moitié des vignes. Il a rendu la production du vin tellement insuffisante en France que nous importions déjà, en 1883, 8199957 hectolitres de vin d'Espagne ou d'Italie au lieu de 86848 hectolitres que nous exportions en 1870. Voilà pourquoi il faut aujourd'hui interdire le vinage. Parce que, se faisant souvent à l'étranger et toujours au moyen d'alcools impurs, il est devenu essentiellement nuisible, ce qu'il n'était pas il y a seize ans. Quant au mouillage, il faut l'interdire parce que c'est le corollaire naturel du vinage.

Sur toutes ces questions, M. Le Fort est foncièrement d'accord avec la commission, à laquelle il reproche seulement de n'être pas assez explicite. Mais il s'en écarte absolument en ce qui touche la mesure fiscale qu'elle propose, car c'est une mesure fiscale que de surtaxer les vins contenant plus de 12 p. 100 d'alcool.

Cette mesure atteindrait d'abord les grands crus de Bourgogne, ainsi que le prouvent une multitude d'analyses. Lors de l'Exposition de 1878, M. Boussingault a trouvé sur 88 types de Bourgogne, 77 qui dépassaient 12 p. 100 ; et en effet, dans les bonnes années, les vins de Bourgogne atteignent parfois jusqu'à 15 p. 100.

Mais, chose plus grave pour le projet, cette mesure atteint aussi des vins d'une valeur beaucoup moindre, tels que certains vins du Roussillon et de l'Ardèche, dont elle doublerait presque les prix.

Sur 846 types de ces vins communs, M. Boussingault en a trouvé 428, plus de moitié, dans lesquels l'alcool dépassait 12 p. 100.

Il faudra donc mouiller ces vins, les altérer avant de les livrer au commerce.

Ce n'est pas tout. Le jour où les peuples étrangers verraient les Français frapper eux-mêmes d'une surtaxe, comme s'ils étaient fraudés, les vins renfermant plus de 12 p. 100 d'alcool, ils ne les admettraient plus chez eux que surtaxés. Or, par exemple en Angleterre, ce serait pour nos vins de Bourgogne la mort de tout notre commerce d'exportation.

Quant au coupage, M. Le Fort le considère comme innocent, puisque l'administration des hôpitaux de Paris en donne elle-même une formule dans les contrats qu'elle passe avec ses fournisseurs.

Voici cette formule pour l'année 1886 :

Vin du Lot	15 p. 100
Vin de la Dordogne	20 —
Vin de Sainte-Foy	10 —
Vin du Roussillon	10 —
Vin du Minervois	20 —
Vin de Huesca	10 —
Vin de Haro	15 —

Ce mélange contient 25 p. 100, le quart, de vin d'Espagne.

Si le coupage pouvait être nuisible, on ne ferait pas boire un tel mélange aux malades de nos hôpitaux.

Pour en revenir à la conclusion, elle manquerait complètement son but en ce qui touche les vins étrangers, particulièrement les vins d'Espagne. En la proposant, on croit pouvoir empêcher ainsi les vins d'Espagne d'entrer en France chargés d'alcools allemands. Or il n'en serait rien. En effet les vins d'Espagne sont d'abord coupés de moitié d'eau avant d'être envoyés à la frontière. C'est près de la frontière qu'on les ramène à 15 degrés en les mélangeant d'alcool, et la grande proportion de substances qu'ils contiennent les fait ressembler encore à du vin quand ils ont été traités de la sorte. Au besoin on ajoute des matières colorantes.

Tout cela pourra s'effectuer tout aussi bien si le degré d'alcool admis est de 12 au lieu de 15 p. 100.

M. Le Fort conclut en proposant de renvoyer, à titre d'amendements, à la commission, les trois propositions suivantes :

1° Au point de vue exclusif de l'hygiène, le vinage des vins insuffisamment alcooliques, dans le but de permettre leur transport et leur conservation, ne saurait être considéré comme nuisible lorsqu'il se fait avec de l'eau-de-vie de vin. Malheureusement on est obligé de reconnaître que le vinage ne se pratique guère aujourd'hui qu'avec des alcools autres que ceux du vin ; qu'il devient dès lors une véritable falsification dont le résultat est trop souvent de compromettre la santé publique et de provoquer l'alcoolisme. L'Académie croit donc qu'il serait prudent de ne tolérer

aujourd'hui que le sucrage des mouts par l'addition de raisins secs ou de sucre cristallisé.

2° L'abus fréquent du vin pur et naturel amène l'ivrognerie; l'abus de l'alcool du vin suralcoolisé ou viné avec des alcools de mauvaise nature a de plus pour conséquence un empoisonnement chronique qui se traduit par une maladie constitutionnelle, l'alcoolisme..., capable de se transmettre héréditairement sous forme de maladies diverses.

3° Des laboratoires de vérification, institués à la frontière, aux points de pénétration assignés aux vins étrangers, repousseront l'admission sur notre territoire des vins suralcoolisés, falsifiés par l'addition d'alcools de mauvaise nature ou colorés artificiellement.

M. **BROUARDEL** dit que le vin est le produit de la fermentation alcoolique du jus de raisin frais, et il demande à l'Académie de rester absolument fidèle à cette définition.

Le vin est *un aliment*. Il l'est surtout par les acides, les sels qu'il renferme; c'est par ces acides et ces sels qu'il joue le rôle de reconstituant, qu'il peut combattre le scorbut, etc. Or quand on y ajoute de l'alcool en proportion forte, il se trouble et une partie des éléments qu'il contient sont précipités. Quand on procède plus habilement, plus modérément, il arrive encore, ainsi que l'ont prouvé les analyses de M. Girard, que le vin perd rapidement d'année en année une notable partie de ses substances extractives. Et cela devait être. En effet, l'alcool, joint à l'acidité, représente au moins de 13 à 14 p. 100 dans le vin; mais si l'on force la proportion de l'alcool, on fait diminuer par là même celle de l'acidité; on trouble donc l'équilibre de la constitution de ce liquide, et le mélange offre les dangers d'une liqueur qu'on boirait seule. D'ailleurs l'alcool décompose le vin, et au point de vue de la qualité il lui nuit assez pour que dans les pays où le vin est vraiment bon, les partisans mêmes du vinage renoncent à des mélanges qui lui ôteraient beaucoup de sa valeur vénale.

Au vinage est lié le mouillage, qui apporte au vin de nouvelles causes d'altération. Il est probable que la fermentation acétique très facile des vins mouillés est une des causes les plus actives de la dilatation de l'estomac, devenue si fréquente de nos jours.

Les vins que nous recevons d'Espagne sont surtout vinés avec des alcools allemands, et c'est pourquoi l'importation des alcools allemands en Espagne a atteint en quelques années 333 000 hectolitres (c'est le chiffre de l'année 1882).

M. Brouardel rappelle qu'il y a vingt-cinq ans, comme en témoignent ses registres d'observations, les cirrhoses du foie, l'albuminurie et la néphrite interstitielle étaient infiniment plus rares qu'elles ne le sont aujourd'hui, et il accuse de cette différence les liqueurs et les vins fraudés.

Les alcools industriels employés actuellement sont pour la plupart très impurs et très toxiques. Les procédés assez délicats qui permettent de les purifier ne sont employés que dans les grandes usines.

Or il n'est pas possible de mesurer quantitativement les alcools supérieurs et les autres substances toxiques qui se rencontrent dans l'alcool. Il y aurait donc un grand danger à les autoriser en proportion quelconque, et c'est pourquoi M. Brouardel propose de modifier ainsi la dernière phrase de la 4e conclusion :

« Elle pense que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs. »

M. Brouardel insiste encore sur les difficultés pratiques que peut présenter le sucrage et les soins qu'il demande pour produire un bon effet. Il rappelle que, d'ailleurs, la question du ferment est très importante, car les travaux de M. Pasteur ont montré qu'on pouvait produire des liqueurs alcooliques de goûts très différents suivant le ferment employé.

« Je tenais, dit-il en concluant, à bien mettre en évidence que c'est méconnaître ce qui constitue le vin lui-même que de le traiter comme un liquide aqueux contenant plus ou moins d'alcool, — que c'est un aliment vivant, — que l'addition d'une trop grande quantité d'alcool tue le vin et le réduit alors à ce liquide dont je parlais plus haut, de l'eau et de l'alcool. Je n'avais pas à rappeler à l'Académie les ravages toujours croissants de l'alcoolisme, elle les connaît; je n'ai fait que les signaler en insistant sur ce fait que nous ne trouvons plus maintenant des alcooliques seulement parmi les buveurs de profession, mais même chez des personnes intoxiquées lentement, journellement, par l'ingestion ignorée d'eux d'alcools de mauvaise qualité.

Je voterai donc les deux premières conclusions de la commission. Je voterai également la troisième qui propose d'abaisser de 15 degrés à 12 degrés la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe. Je suis convaincu que cette prescription limitera, dans une large mesure, l'audacieuse falsification qui se pratique à notre frontière, en ajoutant, car cela est juste, que l'on ne trouve pas exclusivement, parmi ceux qui la pratiquent, des personnes étrangères à notre nationalité.

On a reproché à cette mesure de frapper des vins naturels français cotant plus de 12 degrés, quelques crus de la haute Bourgogne et les vins du Roussillon. Vous mettez, disait-on, un impôt sur le soleil. Il faut remarquer d'abord que dans le Bulletin statistique de janvier 1881 trois départements seulement ont déclaré que leurs vins avaient un degré supérieur à 12 degrés. De plus, cette question a été soulevée à la Chambre, et le 30 juillet 1884, M. le sous-secrétaire d'État aux finances disait : « Un règlement d'administration publique suffit pour exempter du droit de surtaxe les vins qui ont naturellement plus de 12 degrés. Il n'y a qu'à reproduire en changeant le chiffre de 15 degrés en celui de 12 l'article 3 de la loi du 2 août 1872. » D'après cette déclaration, les représentants du Roussillon se sont considérés comme satisfaits. L'Académie n'a pas, suivant moi, à se préoccuper de cette question; il suffit de la signaler à l'attention du législateur.

Je ne voterai pas la quatrième conclusion de la commission dans son texte actuel. C'est pour justifier mon opinion que je suis entré dans ces longs détails sur la fermentation; j'aurais désiré qu'ils fussent donnés par quelqu'un de plus compétent que moi. Mais ils étaient indispensables, car il ne faut pas se dissimuler que si la loi limite, comme nous le désirons, le taux légal du vin à 12 degrés, elle n'aura pas supprimé le vinage; elle aura simplement mis un frein à ses excès. Elle rendra le mouillage, qui en est la conséquence habituelle, moins lucratif et l'addition des matières colorantes moins usuelle. Mais puisque l'alcoolisation du vin, en proportion moindre, je le sais, mais en notable proportion, se fera encore, puisque l'industrie peut fournir des alcools purs, l'Académie a le droit, se souvenant des travaux de quelques-uns de ses membres, de déclarer qu'en prohibant d'une façon absolue l'entrée dans la consommation d'alcools impurs, elle écarte une des causes les mieux démontrées des lésions d'origine alcoolique. Je demande donc que la dernière phrase de la 4e conclusion soit ainsi rédigée :

« L'Académie pense que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs. »

J'applaudis sans réserve à la 5e conclusion de la commission. Je ne veux pas prolonger outre mesure cette communication. Aussi je me bornerai à appeler l'attention de notre éminent rapporteur sur le message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les pétitions et les postulats relatifs à la question de l'alcoolisme résumant la grande enquête qui, en Suisse, a eu pour résultat le vote de la loi contre les ravages de cette intoxication; on y verra dans quelle large mesure sont associées les conditions défectueuses des logements des ouvriers et les habitudes de cabaret. Quand les habitations sont incommodes ou malsaines, l'ouvrier n'y reste que pendant la nuit et souvent il entraîne au cabaret sa femme et ses enfants. Il y a un lien entre ces deux questions; nul ne peut mieux que notre éloquent collègue le mettre en évidence.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans une épreuve qui m'a été adressée gracieusement par M. Richelot, le 15 courant, je vois que cet honoré confrère revendique pour lui-même la priorité, à propos de l'application des pinces de Péan sur les ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale.

Il me fait l'honneur de citer mon observation, que vous avez publiée dans votre journal; mais, par contre, il élève des doutes sur la valeur de mon assertion. J'ai dit que M. Péan est le premier qui ait conseillé l'usage des pinces dans l'opération susdite.

Voici ce que j'ai à ajouter comme explication :

Déjà, dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 juillet 1885, dans une leçon sur l'hystérectomie vaginale par M. Péan, j'ai lu que ce chirurgien conseille de laisser de longues pinces dans le péritoine *pendant vingt-quatre heures*, si les ligatures ne tiennent pas ou qu'un vaisseau vienne à saigner.

Au mois de novembre 1885, *le* 7, *j'assistais* à une de ses cliniques du samedi, et j'ai entendu M. Péan citer très simplement, et comme une chose qui lui est familière, l'application de deux pinces longues sur les ligaments larges, avant de sectionner les ligaments, et leur maintien dans la cavité péritonéale.

Je ne pourrais affirmer que M. Péan a employé lui-même le procédé que je lui ai entendu conseiller, mais à coup sûr il l'a enseigné avant la communication de M. Richelot à la Société de chirurgie, et c'est d'après son inspiration que j'ai employé ce procédé d'hémostase, deux jours avant M. Richelot, le 26 avril 1886.

Agréez, monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

L. Buffet,
Chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

181. M. Jaubert. Du parasitisme microbien latent. — 182. M. Helme. Contribution à l'étude des pneumonies infectieuses. — 183. M. Roche. Des hémorrhagies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus. — 184. M. Baylin. De l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures. — 185. M. Georges. Étude sur la peptonurie et sa pathogénie. — 186. M. Godart. De la chrysarobine ou acide chrysophanique du commerce. — 187. M. Coculet. Contribution à l'étude du lupus éléphantiasique. — 188. M. Capdeville. Étude sur le Piligan (Lycopodium Saussurus). — 189. M. Couillebeault Quelques considérations sur l'herpès parasitaire dans les pays chauds et sur le traitement par le *Cassia alata*. — 190. M. de Campos Salles. De l'ozène et des rhinites fétides. — 191. M. Isnard. Fièvres traumatiques et épitraumatiques. De leur diagnostic au lit des malades. — 192. M. Polo. Étude sur la perforation du tympan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les différents concours du clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

1° *Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Morel-Lavallée; chef de clinique adjoint : M. le docteur Feulard.

2° *Clinicat des maladies des enfants.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Queyrat; chef de clinique adjoint : M. le docteur Legendre.

3° *Clinicat des maladies mentales.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Pichon; chef de clinique adjoint : M. le docteur Rouillard.

4° *Clinicat médical.* — Chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs Bourcy et Sapelier; chefs de clinique adjoints : MM. les docteurs Duflocq et Œttinger.

5° *Clinicat chirurgical.* — Chefs de clinique titulaires : MM. les docteurs Barette, Castex et Guinard; chef de clinique adjoint : M. le docteur Hache.

6° *Clinicat obstétrical.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Loviot; chef de clinique adjoint : M. Boissard.

7° *Clinicat ophthalmologique.* — Chef de clinique titulaire : M. le docteur Valude; chef de clinique adjoint : M. le docteur Kolt.

— Le concours ouvert pour la nomination à deux places de prosecteur s'est terminé avant-hier lundi; ont été nommés : 1. M. Boiffin; 2. M. Hartmann.

— Le concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé avant-hier soir, lundi 26 juillet 1886. Ont été nommés : MM. les docteurs Marchant et Bazy.

— Le concours ouvert le 28 juin dernier pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés, s'est terminé samedi matin 24 juillet 1886. Le nom de M. le docteur Seglaz a été proclamé.

— Un concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en 1887, s'ouvrira dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria n° 3, le lundi 11 octobre 1886, à midi précis.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont tous tenus de prendre part audit concours, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mercredi 22 du même mois inclusivement.

— Nous sommes heureux d'annoncer que notre ami M. le docteur Fort, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique, membre correspondant de l'Académie royale des sciences de Lisbonne, vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Christ de Portugal.

— Le Congrès international d'hydrologie de Biarritz aura lieu du 1er au 8 octobre 1886, sous le patronage et la présidence d'honneur de M. le ministre du commerce et de l'industrie, et sous la présidence effective de M. le docteur Durand-Fardel.

Pour les renseignements, s'adresser au secrétaire général du congrès, M. le docteur F. Garrigou, à Luchon (Haute-Garonne), et au bureau du secrétariat général du congrès, à Biarritz (Basses-Pyrénées).

— M. Stanistas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera, du vendredi 6 au lundi 16 août 1886, une excursion géologique en Suisse, conformément à l'itinéraire suivant. Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le vendredi 6 août, à neuf heures dix minutes du soir, où l'on prendra le train pour Genève.

Première journée, samedi 7 août : Genève; — deuxième journée, dimanche 8 août : Berne, lac de Thoune, Dœrlingen; — troisième journée, lundi 9 août : d'Interlaken à Grindelwald par le Wengernalp; l'Eiger; la Jungfrau; — quatrième journée, mardi 10 août : de Grindelwald à Meirigen; la grande Scheideck; le glacier de Rosenlaui; — cinquième journée, mercredi 11 août : de Meirigen à l'hospice du Grimsel; — sixième journée, jeudi 12 août : de l'hospice du Grimsel, par le col de la Furca, à Andermatt; vallée d'Uri; glacier de Galenstock; — septième journée,

vendredi 13 août : d'Andermatt, par la vallée de la Reuss, à Altorf et à Fluelen; — huitième journée, samedi 14 août : de Fluelen à Lucerne, par le lac des Quatre-Cantons; ascension du Righi; le mont Pilate ; — neuvième journée, dimanche 15 août : chemin de fer pour Berne, Neuchatel, Pontarlier et Paris, où l'on sera rentré le lundi 16 août 1886 au matin.

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer de Paris à Genève et de Pontarlier à Paris sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie du Muséum d'ici au mercredi 4 août 1886, quatre heures du soir, et y verseront le montant de la demi-place, soit la somme de 49 fr. 90 cent.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Muséum, au laboratoire de géologie.

— Pour paraître le 15 décembre prochain : *Almanach-annuaire des médecins et pharmaciens de la France, de l'Algérie et des colonies*, pour l'année 1887. — Prix : 2 francs en souscrivant; hors Paris : 2 fr. 50 (*franco*). On ne paie qu'après réception. — On souscrit, dès à présent, chez Alcan-Lévy, éditeur, 24, rue Chauchat, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19879.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La trémulence et la faiblesse musculaire comme signes du début des fièvres typhoïdes.

A côté des théories étiologiques, constamment changeantes, des systèmes thérapeutiques, qui se renversent les uns les autres, il est dans la science médicale une branche où tous les progrès sont définitifs, où ce qui est acquis garde à jamais sa vérité, son actualité; cette branche, c'est ce qu'on nommait toujours, en langage d'école, la séméiologie.

Ce qui reste toujours debout, toujours intéressant, aussi jeune, c'est la description des symptômes, c'est la clinique proprement dite.

Qu'on voie, par exemple, dans Arétée, le tableau de l'attaque d'épilepsie, et on le croirait tracé d'hier, car on ne peut rien faire de plus frappant.

Qu'on lise aussi les œuvres des élèves de Boerrhaave, de Van Sweeten, etc., et en admirant l'art avec lequel ils savaient observer, on appréciera mieux la gloire de leur maître, dont, au contraire, les théories iatrophysiques ne représentent plus rien aujourd'hui.

M. le professeur Peter est un des rares cliniciens modernes qui, se rattachant à la tradition de ces observateurs éminents, les connaisse à fond et les apprécie.

Dernièrement, à propos d'une jeune malade qui était entrée dans son service presque au début d'une fièvre typhoïde, il s'attacha à montrer combien, au point de vue du diagnostic différentiel des fièvres continues, un signe déjà signalé par Stoll, et trop oublié aujourd'hui, pouvait éclairer le praticien.

Stoll, en décrivant l'état de la langue dans ce genre de fièvre, qu'il connaissait bien, mais auquel de son temps on n'avait point encore attribué le nom de typhoïde, notait, en première ligne, qu'elle était *tremula*. Or la jeune fille dont il s'agit, présentait, à un haut degré, cette trémulence de la langue, alors que, chez elle, la maladie, parvenue au milieu du premier septénaire, ne se manifestait encore ni par l'éruption caractéristique, ni par les évacuations spéciales, etc.

En effet, dès le second jour, en regardant bien, on peut noter chez les typhiques ces oscillations vibratoires de l'extrémité de la langue, cette trémulence qui d'ailleurs n'affecte pas seulement cet organe, mais se retrouve dans d'autres muscles, particulièrement dans ceux des lèvres et dans tous ceux qui ne reposent pas sur un plan solide.

Or ce phénomène, la trémulence, n'est pas un phénomène commun dans le cours des affections aiguës. Il ne ressemble pas, d'ailleurs, aux grands tremblements, aux frissons du premier stade des fièvres paludéennes, etc. Il se rapprocherait plutôt de la trémulence des alcooliques, et, comme cette dernière, il est l'indice d'une intoxication déterminée.

Quelle que puisse être la théorie que l'on adopte sur la nature de l'agent infectieux qui cause la fièvre typhoïde, il n'en est pas moins vrai que le typhique est intoxiqué. Il est possible que ce soit par les produits d'un germe vivant venu du dehors, d'un microbe. Cela ne change rien à la question.

Quelle qu'en soit la source, le poison se traduit par certains symptômes qu'il importe de bien connaître.

Or le tremblement, qui tient tant de place dans le tableau des caractères de l'alcoolisme chronique, n'en tient pas moins dans celui des signes de l'action aiguë du germe typhique.

Et cependant on le néglige d'ordinaire, pour insister sur l'enduit blanc qui recouvre parfois la langue, sauf ses bords, enduit qui souvent manque et ne signifie rien.

Les oscillations vibratoires du muscle lingual, de l'orbiculaire des lèvres, etc., trahissent l'influence du poison sur tout le système musculaire.

Comme dans l'alcoolisme chronique, le muscle tremble, et il est atteint dans sa puissance contractile. La trémulence s'accompagne d'un certain degré de parésie, d'affaiblissement fonctionnel. Il peut y avoir plus, et les dégénérescences, les lésions du tissu musculaire, souvent définitives, que l'on peut observer à la suite des fièvres typhoïdes, sont plus profondes encore, comme elles sont plus rapides dans leur marche, que les altérations des mêmes tissus produites par les alcools, surtout par les alcools dits supérieurs.

Dans une maladie au début, que l'on soupçonne pouvoir

être une fièvre typhoïde, la première chose à faire est donc de rechercher s'il existe un peu de tremblement du bout de la langue et des lèvres.

Ceci constaté, pour savoir si la puissance musculaire est affaiblie, il faut, comme le faisait Chomel, faire tenir debout le malade. On le voit bientôt qui chancelle, comme le ferait un ivrogne : la tête lui tourne, il tomberait s'il gardait longtemps cette position sans être soutenu par rien.

Dès lors chez quelqu'un qui, d'ailleurs, n'est pas un ancien alcoolique et n'a pas d'affection des centres cérébraux facile à reconnaître, telle qu'une paralysie générale, le diagnostic différentiel est déja net.

Pour le compléter, on fait alors coucher le malade et on observe son attitude.

Chez la jeune fille à l'occasion de laquelle M. le professeur Peter insistait sur ces points de clinique, cette attitude était, à un degré remarquable, celle de la résignation, c'est-à-dire de laisser-aller à la fois moral et physique.

La face n'exprimait ni crainte, ni désir, ni préoccupation, ni même souffrance; les membres reposaient, affaissés, dans la position où ils se trouvaient.

Si l'on posait une question précise, la jeune malade y répondait bien exactement, mais brièvement et d'une voix lente, comme fatiguée et presque indifférente. En l'interrogeant, on apprenait d'elle que son sommeil était troublé, comme celui des alcooliques, par des rêves effrayants. Mais elle disait cela comme on raconte un fait qui vous serait étranger, sans rien de cette mimique expressive par laquelle les alcooliques accentuent souvent leurs récits.

Voilà encore un autre trait du tableau caractéristique qu'il faut avoir présent à l'esprit.

Le praticien, quand il se trouve pour la première fois en face d'un malade, doit savoir sur quoi il peut dès lors baser une opinion précise.

Il n'y arriverait qu'à la longue par les tracés thermométriques, et encore on sait aujourd'hui combien sont fréquentes les exceptions aux règles posées sur ce sujet.

Il lui faudrait longtemps attendre, s'il se guidait sur l'apparition des taches rosées lenticulaires, de la diarrhée, etc., car ce n'est guère avant le second septénaire que ces symptômes se dessinent.

Mais si, se basant sur la vraie clinique, il a bien dans l'œil la physionomie de l'individu intoxiqué par le poison typhique, il le reconnaîtra, comme un œil un peu exercé reconnaît à première vue l'alcoolique qui s'intoxique de longue date.

La gastrotomie en cas de rétrécissement de l'œsophage.

La chirurgie a tellement changé depuis vingt ans que les opérations qui paraissaient alors les plus hasardeuses sont aujourd'hui presque vulgaires.

On n'hésite plus à ouvrir l'estomac, non seulement pour y aller chercher des corps étrangers, tels que la fameuse fourchette extraite par M. Labbé, mais pour avoir ainsi une voie d'introduction pour les aliments quand la voie normale, celle de l'œsophage, est fermée.

On ne discute plus sur le point de savoir si c'est possible; mais si c'est pratique; si cela donne des résultats avantageux pour le malade dans des conditions déterminées, par exemple en cas de cancer.

Il est douteux qu'il soit bien utile d'ouvrir l'estomac quand une affection cancéreuse, portant sur cet organe, ferme le cardia et empêche ainsi les aliments de pénétrer.

Mais quand cet organe est resté sain, quand l'œsophage seul est en question, fût-il même affecté d'une affection maligne, d'un épithélioma ou d'une autre forme de cancer, on ne voit pas pourquoi on ne secourrait point, par une opération d'urgence, le malheureux qui va mourir de faim.

Les bénéfices possibles d'une gastrotomie pratiquée dans ces conditions sont absolument démontrés par l'histoire d'un homme opéré il y a quatre mois par M. Nicaise, dans son service de l'hôpital Laennec.

Ce malade, âgé de soixante-quinze ans, couché au n° 1 de la salle Malgaigne, entra le 19 mars dernier.

Il racontait que sa santé avait toujours été excellente jusqu'en 1885. Dans sa famille on vivait longtemps et on se portait bien. Son père était mort à quatre-vingt-dix-sept ans, sa mère à quatre-vingt-treize, ses deux frères, qui vivaient encore et dont l'un avait soixante-cinq ans et l'autre soixante, n'avaient jamais eu aucune maladie.

Au commencement du mois de février, en 1885, il prit froid et il attribue à ce refroidissement l'origine de sa maladie.

Quoi qu'il en soit, un jour, se mettant à manger, il s'aperçut que la première bouchée, une bouchée de viande, ne passait pas jusqu'à l'estomac. Il la sentait peser et il la rejeta par un effort de vomissement.

Jusqu'alors jamais il n'avait ressenti aucun trouble, aucune gêne dans la déglutition. Il n'avait, non plus, jamais éprouvé aucune douleur, aucun malaise dans la région de l'estomac. Il mangeait, avalait, et digérait très bien.

Mais à partir de ce moment, les aliments solides ne pénétrèrent plus jusqu'à l'estomac. Il dut se nourrir, d'abord, de bouillie, de viandes hachées, etc., puis l'obstacle augmentant peu à peu, vint un temps où il ne put plus avaler que des aliments tout à fait liquides.

Tel était le cas depuis quatre mois, lors de son entrée à l'hôpital.

Souvent il lui arrivait de rendre des aliments plusieurs jours après les avoir ingérés, et ils revenaient sans odeur, sans être modifiés par un commencement de travail digestif, tels qu'il les avait pris.

Jamais il n'a vomi de sang.

Quand on essaya de pratiquer le cathétérisme, on reconnut que l'obstacle était infranchissable, même aux sondes du plus petit calibre.

La nutrition devenait impossible. Les liquides eux-mêmes étaient maintenant le plus souvent rejetés. La maigreur était devenue excessive, mais sans que le teint fût cachectique à proprement parler.

Le 22 mars, au moment de la visite, M. Nicaise trouva ce malade sur le point de mourir de faim. Sa faiblesse était telle qu'il était évident qu'il ne passerait pas la journée.

Il lui parut qu'en pareil cas toute hésitation, tout retard serait coupable, et il pratiqua sur-le-champ la gastrotomie, après avoir anesthésié le malade par le chloroforme.

Il faut bien savoir que quand l'estomac, privé depuis longtemps d'aliments, habituellement vide, s'est rapetissé et est revenu sur lui-même, il ne se présente pas tout d'abord sous la main de l'opérateur, une fois la cavité du péritoine ouverte.

Il faut pratiquer l'incision de la paroi abdominale le plus haut possible, en rapprochant de l'appendice xyphoïde son extrémité supérieure. M. Nicaise lui donna une étendue de 6 centimètres environ.

Puis le péritoine une fois ouvert, il y introduisit la main, relevant le bord du foie et suivant sa face inférieure jusqu'à ce qu'il sentît l'aorte, et dans son voisinage immédiat la petite courbure de l'estomac.

Une fois certain de tenir cet organe, M. Nicaise fit peu à peu glisser ses doigts sur sa surface, sans le lâcher, de manière à se rapprocher le plus possible de la grande courbure. Puis il y pratiqua une petite ouverture, juste suffisante pour permettre l'introduction facile de la sonde destinée à introduire les aliments.

Le pourtour de cette ouverture fut fixé aux bords de la plaie par une série de points de suture, après qu'on eût pris soin de ramener la muqueuse jusqu'au contact de la peau. On appliqua de l'iodoforme, puis un pansement de Lister.

Mais une demi-heure plus tard, on soulevait le pansement pour pratiquer une première injection alimentaire.

Depuis ce moment, le malade fait cinq repas par jour. A minuit on lui injecte deux œufs. Le matin, à six heures, de la viande hachée ; à dix heures, des pommes de terre ; l'après-midi, à deux heures, de nouveau de la viande hachée ; le soir, à six heures, un potage.

Sous l'influence de cette alimentation reconstituante, il avait d'abord repris des forces ; il se levait, se promenait au jardin. Mais, depuis un mois environ, la faiblesse est redevenue telle qu'il ne peut plus quitter son lit.

Il est probable que l'affection organique, qui avait causé le rétrécissement de l'œsophage, poursuit sa marche, produisant petit à petit l'infection générale, et une de ces cachexies que l'alimentation, même la plus généreuse, est impuissante à entraver.

Mais enfin, n'a-t-on pas obtenu, dans ce cas, tout ce qu'on obtient généralement, en cas de tumeur cancéreuse, par une opération quelconque, le prolongement de la vie, et une amélioration très considérable, bien que momentanée, dans l'état du malade ?

Voilà déjà plus de quatre mois que cet homme serait mort, si on ne l'eût pas opéré d'urgence. Et sur cette période de survie, les premiers mois surtout représentent une époque où il n'était pas trop à plaindre, ne souffrant pas, se nourrissant, dormant, se promenant, vivant presque comme un homme en santé.

Prolapsus utérin, cystocèle, rectocèle ; ablation du col de l'utérus, élytrorrhaphie antérieure ; colpopérinéorrhaphie.

Une autre malade, couchée salle Chassaignac, n° 1, dans le même service, offre un bel exemple d'opérations successives concourant vers un même but et l'atteignant en réalité.

Cette femme, âgée de quarante ans, était atteinte, quand elle entra à l'hôpital, d'une infirmité triple. En effet, elle présentait un prolapsus utérin considérable, avec cystocèle et rectocèle.

C'était une blanchisseuse qui avait eu, paraît-il, une existence assez misérable. Elle eut trois grossesses : une première il y a dix-sept ans ; elle mit au monde un garçon qui vit et se porte bien ; une seconde en 1871 : elle accoucha à huit mois d'un enfant mort ; une troisième, il y a neuf ans, qui se termina cette fois à terme, mais qui devint le point de départ de ses souffrances ultérieures.

En effet, dès le troisième jour, elle voulut se lever et se remettre au travail. Tout à coup, durant un effort, elle éprouva une douleur très vive, et elle s'aperçut qu'il lui sortait comme une tumeur entre les jambes. Deux mois après, elle souffrit beaucoup tant du bas-ventre que des reins. Les règles revenaient alors, très abondantes, mais non douloureuses. Ce n'est qu'à partir de l'année dernière, et, à ce qu'elle raconte, à partir d'une émotion « qui lui retourna les sangs » qu'elles ont cessé d'apparaître.

En examinant cette femme, M. Nicaise constata qu'en dehors de l'abaissement de la matrice elle présentait cet allongement sous-vaginal du col, si bien décrit par Huguier.

Il lui parut donc qu'avant tout il lui fallait raccourcir ce col, et, le 25 mai, après avoir endormi la malade, il en diminua la longueur de 2 centimètres 1/2 par un évidement conoïde.

Cette opération réussit très bien, et les suites en furent fort simples. Mais le cystocèle et le rectocèle réunis n'en constituaient pas moins encore une infirmité fort gênante.

Pour y remédier, vers la fin de juin, M. Nicaise pratiqua une élytrorrhaphie antérieure ; c'est-à-dire que, sur la paroi antérieure du vagin, il détacha un long lambeau losangique très superficiel, dans le but d'aviver la muqueuse et de rétrécir le vagin, en accolant l'un contre l'autre les deux côtés de cette surface avivée, après avoir replié la paroi sur la ligne médiane, et l'avoir fixée ainsi par des points de suture.

Le résultat cherché fut pleinement obtenu.

Il ne restait plus qu'à rétrécir également la paroi postérieure et l'entrée de la vulve par un avivement semblable. Cette dernière opération de colpopérinéorrhaphie eut lieu le 20 juillet dernier, et elle réussit comme les deux autres. Déjà les points de suture métallique sont retirés. La cicatrisation paraît complète, la vulve étroite, et il est probable que cette femme va pouvoir sortir, complètement guérie, et capable de reprendre enfin son travail, abandonné depuis plus d'un an.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

IRRÉDUCTIBLE DEPUIS TROIS ANS, CHEZ UNE FEMME DE SOIXANTE-DOUZE ANS ; — EMPLOI EXCLUSIF DES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE MORPHINE.

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé).

Mme G..., concierge à Saint-Mandé, âgée de soixante-douze ans, est atteinte, depuis vingt-cinq ans, d'une hernie crurale du côté gauche (entéro-épiplocèle) : il y a trois ans qu'elle est irréductible, la malade n'ayant jamais porté de bandage.

Les premiers accidents datent du 18 février 1885 ; ils se bornaient à des coliques. A dater du 1er mars, celles-ci sont accompagnées de vomissements.

Je suis appelé auprès de la malade, à cinq heures du soir, le 4 mars. Les vomissements, qui avaient cessé depuis deux jours, avaient reparu ; les coliques étaient très violentes.

Je trouve une tumeur fort volumineuse, de la grosseur d'une tête d'enfant, dure, peu sensible, sans inflammation, conique, à sommet inférieur ; le pouls est petit, fréquent (96) ; la face n'est pas altérée ; température presque normale de la peau ; vomissements bilieux fréquents.

Je pratique le taxis avec modération pendant un quart d'heure environ infructueusement, sans toutefois provoquer beaucoup de douleur. J'injecte à la région supérieure et intérieure de la cuisse 1 centigramme de chlorhydrate de morphine à 1/50, sans rien obtenir.

J'opère le taxis pendant un quart d'heure inutilement. Deuxième injection sous-cutanée de morphine à 1 centigramme, ramollissement marqué de la tumeur ; rentrée de la moitié des organes

herniés. Troisième injection, de même dose. Après un quart d'heure de manœuvres, je réduis complètement la hernie la plus récente, l'ancienne restant irréductible.

Quelques symptômes de narcotisme se sont manifestés pendant la nuit : somnolence interrompue par un peu d'agitation, hallucinations, nausées, vertiges. Les coliques sont en partie apaisées.

Le matin du 5, sortie de quelques portions d'intestin et d'épiploon. La malade a moins souffert des douleurs abdominales; la tumeur est sensiblement ramollie, réduction facile.

A quatre heures, réapparition de la tumeur qui a diminué de volume et qu'on fait rentrer sans difficulté.

A neuf heures, elle est notablement ramollie et se réduit facilement.

La malade rend tout ce qu'elle prend : le bouillon, le lait, l'eau de seltz vineuse avec addition de glace.

Le 6, la nuit et la soirée précédente ont été assez bonnes.

Je la vois le matin à dix heures; elle a vomi une grande quantité de matières d'une odeur acide très prononcée, noirâtres; coliques faibles, se bornant aux régions entourant l'ombilic; température presque normale; pouls à 84. Sortie de quelques anses d'intestin; tumeur sensiblement ramollie. Réduction facile.

A quatre heures, je fais boire à la patiente quelques gorgées de lait glacé qu'elle vomit immédiatement, en même temps qu'un demi-vase de matières claires, acides et d'une teinte noirâtre, sans odeur rappelant les fèces : même état que le matin. Taxis opéré avec facilité.

A neuf heures du soir, la tumeur est notablement diminuée de volume, tout à fait malléable par son peu de consistance; les vomissements ont cessé entièrement ainsi que les douleurs abdominales.

La nuit suivante a été excellente; tous les symptômes d'étranglement se sont dissipés. La malade a bien dormi.

Le 7, à cinq heures du matin, elle a fait rentrer sa hernie sans aucun effort.

Deux heures après, il s'opère une débâcle complète : les garde-robes se succèdent jusqu'à deux heures de l'après-midi. D'ailleurs tous les accidents dépendant de la hernie n'ont plus reparu.

Le 8, application d'un brayer.

Le 9, la patiente a mangé un œuf à la coque et une côtelette.

La diarrhée s'était reproduite pendant les nuits du 9 au 10 et du 10 au 11.

Depuis cette époque, je vois la malade tous les jours; elle jouit d'une excellente santé.

Cette observation vient s'ajouter à beaucoup d'autres, — le nombre actuel est de 43, — pour démontrer l'utilité des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine dans les cas d'irréductibilité des hernies; mais, de plus, elle peut fournir de nouvelles considérations pratiques sur leur emploi.

En effet, on a pu voir que la malade était très âgée (soixante-douze ans); qu'elle était atteinte de hernie crurale volumineuse depuis vingt-cinq ans; qu'elle n'avait jamais porté de bandage et que, depuis trois ans, la hernie était irréductible; que les symptômes d'étranglement dataient de trois jours quand je fus appelé, — le 4 mars dernier, — il y avait coliques violentes, vomissements, absence de selles, etc.

On pouvait craindre qu'eu égard à l'ancienneté de la tumeur, il n'y eût des adhérences de la hernie avec les parties environnantes.

Les manœuvres de taxis pratiquées pendant un quart d'heure ayant été infructueuses, je fais une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine à 1 centigramme sans résultat.

Après dix minutes de taxis, deuxième injection de la même dose de morphine : la tumeur se ramollit sensiblement et rentre de moitié, à la suite d'efforts de réduction d'un quart d'heure de durée environ.

Troisième injection d'un centigramme; quinze minutes de taxis opèrent la rentrée complète de la nouvelle hernie; l'ancienne persistant. En tout, 3 centigrammes en une heure et demie. Quelques accidents de narcotisme se manifestent, mais sans aucune gravité.

Le lendemain, 5 mars, les symptômes d'étranglement continuent : la malade vomit tout ce qu'elle prend, quoiqu'on lui ait prescrit les boissons glacées : pouls à 96, température presque normale. Les coliques sont beaucoup moins fortes, se faisant sentir autour de l'ombilic seulement, sur une très petite surface; le ventre est souple.

La hernie, quoique diminuée, a toujours des tendances à sortir, en perdant toutefois de sa dureté d'une manière constante. Je répète les manœuvres trois fois dans la journée et la soirée, opérations qui deviennent de plus en plus faciles.

Le 6, la malade vomit, le matin et à quatre heures du soir, un demi-vase de matières liquides très acides, noirâtres, bien que les autres symptômes d'étranglement soient notablement amendés : la tumeur est beaucoup moins volumineuse.

Le même jour, à neuf heures du soir, tous les accidents sont très peu prononcés : plus de vomissements; coliques à peine appréciables; pouls à 80; réduction immédiate de quelques anses d'intestin restant de la nouvelle hernie.

La nuit suivante est très bonne.

Le 7, à cinq heures du matin, la malade réduit sans aucun effort la hernie ancienne et nouvelle.

Deux heures après survient une débâcle complète; des selles abondantes ont lieu jusqu'à deux heures de l'après-dîner.

La malade se lève le 8, cinquième jour à partir des accidents d'étranglement, après lui avoir préalablement appliqué un brayer.

Dans les nuits du 9 au 10 et du 10 au 11, elle a été prise de diarrhée qui n'a pas eu de suite.

La hernie a donc été réduite dans sa totalité au bout de soixante heures, sans que l'administration des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose de 3 centigrammes, ait été renouvelée, et à l'exclusion de toute autre médication.

Depuis lors les symptômes d'étranglement ont été toujours en s'atténuant, bien qu'un jour les selles noirâtres eussent fait leur apparition.

La tumeur se ramollissait de jour en jour, diminuant de volume et devenant de plus en plus réductible; la fièvre, ainsi que les coliques, tombait en même temps.

Les grands accidents d'étranglement avaient été conjurés, dernier effet que produit toujours ce mode de traitement; en supposant qu'elles n'amènent pas immédiatement la réduction de la hernie; point pratique de la plus grande importance, confirmé d'ailleurs par 43 observations et qui répond péremptoirement à la sérieuse objection qu'on adresse à ma méthode, en disant qu'elle fait perdre du temps et compromet ainsi le succès de la kélotomie.

Au lieu de causer une perte de temps, elle fait gagner au contraire un temps précieux en rendant le praticien maître des grands accidents et arrêtant pour le moment leurs suites fâcheuses, leur marche souvent fatale, ce qui prépare favorablement l'issue de l'opération, quand elle est jugée nécessaire.

D'un autre côté, les bons effets du taxis opéré progressivement chez ma malade viennent à l'appui de la manière d'agir de M. le docteur Trélat, qui a cité dans la *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 977, un fait de hernie réduite au bout de plusieurs semaines par des manœuvres progressives de taxis; mode de traitement rendu encore bien plus efficace lorsqu'on le fait précéder de l'emploi des injections morphinées.

On a droit de conclure de ces considérations pratiques qu'on peut ne pas se presser pour se décider à opérer, en usant de cette dernière méthode, mais qu'il faut persister dans son application; car bien que, pour le plus grand nombre des cas, la réduction ait eu lieu au bout d'une heure, une heure et demie, deux heures, il est arrivé parfois que la hernie n'est rentrée qu'après quelques heures, le lendemain ou le surlendemain ou même le troisième jour, comme on a pu le voir chez la malade actuelle, en se réduisant spontanément ou à l'aide d'un taxis très modéré.

Sur un instituteur de Saint-Mandé, j'ai pratiqué des injections de morphine quotidiennement pendant huit jours et j'ai obtenu la rentrée de la tumeur chaque fois; celle-ci ayant perdu droit de domicile avait une tendance continuelle à se reproduire, étant irréductible depuis quinze jours.

L'usage que j'ai fait des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine date du 11 juillet 1876. Sur les 43 faits que j'ai recueillis, 11 m'appartiennent : je n'ai échoué qu'une seule fois. La malade a été opérée heureusement d'une hernie crurale par M. le docteur Delens à l'hôpital Saint-Antoine, le 21 novembre 1884, après quarante-huit heures d'invasion de l'étranglement.

Les 32 autres observations m'ont été fournies presque toutes par des médecins de province.

Le plus grand nombre a paru dans la *Gazette des hôpitaux* (12 et 14 juin 1877; 27 mai, 23 décembre 1882; 10, 15 février, 26 avril, 10 mai, 7 juin 1883).

Voir encore une thèse du docteur Boussenot, soutenue à la Faculté de Paris en 1881 ; un article du *Progrès médical* du 31 mai 1884; et l'*Avenir médical*, 6 mars 1883.

Voici les résultats statistiques de l'emploi de ce moyen de traitement :

43 cas observés,

Succès	33
Demi-succès	3
Insuccès	7
Total	43

Par les mots demi-succès, je désigne les cas dans lesquels la hernie, bien que rentrée, n'a été réduite que tardivement, et surtout à cause de quelqu'autre moyen de traitement administré conjointement avec les injections morphinées.

En publiant cette observation, j'ai eu principalement pour but de fixer un point de doctrine qui est l'objet de sérieuses controverses et de démontrer que, contrairement aux autres moyens mis en usage pour obtenir la réduction des hernies irréductibles, les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine remplissent cette indication dans la grande majorité des cas, en évitant la kélotomie, qui est entourée de dangers sérieux; opération rendue souvent impraticable, soit à cause de la répulsion des malades, soit à cause de l'absence des hommes spéciaux. Je m'estimerai très heureux si la publication de pareils faits servait d'encouragement pour l'adoption de cette méthode de traitement.

DES INSTRUMENTS DE CATHÉTÉRISME EN GOMME

DANS LE DIAGNOSTIC DE LA PIERRE DANS LA VESSIE.

Par M. le docteur Henri Picard.

Les instruments de cathétérisme en gomme peuvent certainement révéler la présence d'une pierre dans la vessie.

Si le calcul se trouve placé dans cet organe de telle sorte qu'il obstrue en partie l'orifice uréthro-vésical, il est fort probable qu'un instrument en gomme, introduit dans son intérieur, *frottera* sur lui en traversant cet orifice et transmettra, par conséquent, à la main qui le dirige, la sensation particulière produite par ce frottement. Mais si le corps étranger n'est pas, en partie au moins, dans l'axe de l'urèthre, le frottement n'aura pas nécessairement lieu, à moins que l'instrument soit courbe ou coudé et son bec tourné sur les côtés ou le bas-fond de la vessie.

Presque jamais, d'ailleurs, le frottement ne permettra de distinguer nettement si le corps étranger est contenu dans la vessie ou le fond de l'urèthre.

Quant à la sensation causée par le choc, on ne peut la percevoir, par la raison bien simple que la mollesse des instruments en gomme s'oppose à sa production. Le choc n'ayant pas lieu, le son qu'il fait entendre, quand on se sert de cathéters métalliques, n'existe pas.

D'un autre côté, et c'est là un point fort important, parmi les instruments de cathétérisme en gomme, il en est un : *la bougie à boule ou exploratrice*, susceptible de faire croire à la présence d'une pierre qui n'existe pas.

Poussez, jusque dans la vessie, une de ces bougies *non percée*. Pour peu que les parois de cet organe soient dures et sclérosées, la postérieure, en venant frapper contre l'olive, communiquera à la main une sensation spéciale, une sorte d'impulsion qu'on pourra très bien croire la conséquence de la rencontre de l'instrument avec un corps étranger.

Si l'olive de la bougie dont vous vous servez est *percée* et que, la vessie contenant de l'urine, vous y poussiez cette olive et la retiriez par une suite de mouvements alternatifs d'entrée et de sortie, vous éprouverez une sensation de choc tout à fait semblable à celle que pourrait produire un corps étranger. Cette sensation trompeuse, pour une main inexpérimentée, est due à ce que, chaque fois qu'on pousse l'instrument dans la vessie, après l'en avoir retiré, il se précipite dans le conduit, dont il est percé, une quantité de liquide proportionnée à la force d'impulsion qui lui est imprimée, c'est une sensation de flot.

En résumé, le frottement est la seule indication exacte fournie par les instruments en gomme, au point de vue du diagnostic de la pierre. Sa constatation permet d'en affirmer la présence, mais sans donner aucune notion précise sur son siège, son volume, son nombre, sa consistance.

Par contre, la bougie à boule peut procurer une sensation trompeuse pouvant faire croire à une pierre qui n'existe pas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juillet 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

Dynamogénie. — M. Ch. Féré rapporte des expériences dont il ressort que l'excitation intense du sens chromatique développe ce sens. C'est ainsi que l'exposition au rayon rouge peut réveiller la vision du violet ou du moins augmenter la sensibilité différentielle des couleurs. En même temps que la sensibilité aux excitations colorées, se développent l'acuité visuelle, le champ visuel et la sensibilité tégumentaire de l'œil : c'est d'ailleurs un point sur lequel M. Féré a déjà appelé l'attention.

Exhalation d'acide carbonique. — M. Gley, au nom de M. Garnier (de Nancy), fait une communication sur les conditions

d'exhalation de l'acide carbonique par le poumon. Cette question a été diversement interprétée. On comprend mal, en effet, comment cette exhalation peut se faire, étant donné que l'acide carbonique est contenu sous une si faible tension dans le sang. Robin et Verdeil admettaient autrefois l'existence d'un *acide pneumique* qui permettrait la décomposition des phosphates alcalins du sang. Récemment MM. Quinquaud et Gréhant, niant l'acide du sang admis par Ludwig et son école, font jouer un rôle important à la présence de globules qui agiraient, en pareil cas, à la façon d'une poudre inerte.

M. Léon Garnier croit qu'il faut revenir à l'idée d'un acide, comme il l'a démontré par les injections d'une substance susceptible de se décolorer seulement en présence d'un acide et qui l'a toujours été.

Ainsi les phosphates alcalins du sang décomposés permettraient de comprendre l'exhalation de l'acide carbonique, malgré la faible tension sous laquelle il est contenu dans le sang.

Anhélation du chien. — **M. CH. RICHET** a voulu juger de l'influence de la chaleur sur les chiens. Par une température de 31 degrés à l'ombre, il a exposé deux chiens au soleil : l'un était muselé, l'autre ne l'était pas. Le premier, dans l'espace d'une heure, a successivement présenté les températures suivantes : 40 degrés; 41°,8; 43 degrés; 44°,25; 44°,75. Alors des symptômes graves ont apparu : d'abord anéanti, le chien a bientôt présenté des hémorrhagies intestinales, buccales, oculaires; il a eu des hématémèses et est devenu paraplégique. A la fin, la respiration s'embarrassant et les battements de cœur devenant très précipités, comme il allait mourir, placé sous un courant d'eau froide, il est revenu à une température de 38°,3; il a guéri, du reste, après huit jours de maladie.

Dans les mêmes conditions, au contraire, le chien non muselé, après trois heures d'exposition au soleil, n'avait que 41°,7 de la température; il était fatigué, mais hors de tout danger.

Ainsi donc la muselière a suffi pour rendre un chien exposé au soleil tellement sensible à la température extérieure qu'en une heure il a failli mourir.

Cette muselière ne permet pas au chien d'ouvrir la gueule : ainsi l'anhélation ne se fait pas et l'animal, qui a besoin pour les respirations précipitées qu'il fait quand il a chaud de la béance complète de toutes les voies respiratoires, succombe parce qu'il n'a plus une évaporation pulmonaire suffisante pour le refroidir.

Les 250 respirations par minute de l'anhélation ne peuvent se faire que si la gueule est largement ouverte.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

193. M. GILBERT RENARD. De la contracture hystérique traumatique. — 194. M. LAJUGIE. Contribution à l'étude de l'eczéma de la jambe. — 195. M. ÉCOT. Contribution à l'étude de l'ablation des ganglions tuberculeux du cou. — 196. M. CHRISTINE. Plaie des tendons. — 197. M. LAPLACE. Traitement des anévrysmes externes par un nouveau procédé de compression directe. — 198. M. MONTUIS. Étude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies infantiles. — 199. M. MULETTE. Contribution à l'étude de la pneumonie typhoïde. — 200. M. MULLER. Essai sur la dyspepsie cardiaque. — 201. M. BERNARD. Histoire des microscopes; ce que leur doit la médecine. — 202. M. DELPORTE. Considérations sur la phlegmatia alba dolens puerpérale. — 203. M. TALAT. Recherches sur la coloration des tissus, chez les animaux vivants, au point de vue histologique. — 204. M. BOURASSEAU. Traitement du choléra à l'hôpital de la Charité pendant l'épidémie de 1884. — 205. M. DILLAY. De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. — 206. M. CAZAUX. De l'eau chaude dans les prostatites aiguës. — 207. M. JULIEN. Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. — 208. M. CHARRIER. Contribution à l'étude de l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement. — 209. M. BONNEL. Le céphalotribe. — 210. M. QUINQUETON. De l'hystérie chez l'homme. — 211. M. BRESSELLE. Guérison spontanée des anévrysmes. — 212. M. CAMILLE JOSEPH. De l'albuminurie gravique et de l'éclampsie puerpérale. — 213. M. GUARY. Essai sur les conditions de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs intra-craniennes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A partir du 1er août prochain et pendant toute la durée des vacances scolaires MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris seront remplacés dans leur service hospitalier par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : M. le docteur Robin. — Clinique chirurgicale : M. le docteur Peyrot. — Clinique ophthalmologique, M. le docteur Peyrot.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale : M. le docteur Quinquaud. — Clinique chirurgicale : M. le docteur Kirmisson.

Hôpital de la Charité. — Clinique médicale : M. le docteur Landouzy. — Clinique chirurgicale : M. le docteur Bouilly.

Hôpital Necker. — Clinique chirurgicale : M. le docteur Paul Segond.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le docteur Hanot.

Hôpital de la clinique d'accouchements. — Clinique obstétricale : M. le docteur Ribemont.

Hospice de la Salpêtrière. — Clinique des maladies nerveuses : M. le docteur Raymond.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique des maladies infantiles : M. le docteur Hutinel.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Bordier est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Sigalas, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé à M. Paul Bert, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, député.

M. Dastre, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (chimie).

M. Pellat, maître de conférences de physique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique).

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Paris :

MM. Chatin (anatomie); Jannettaz (minéralogie); Salet (chimie organique); Mouton (physique); Joly (chimie); Vélain (géologie); Pruvot (zoologie); Riban (chimie); Pellat (physique).

— Un concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1887, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, s'ouvrira dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria n° 3, le jeudi 14 octobre 1886, à quatre heures précises.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mercredi 29 du même mois inclusivement.

— Pendant le cours de la session qui s'est terminée mercredi, le Conseil supérieur de l'instruction publique a adopté un projet

de décret portant création d'un certificat d'études à exiger des aspirants au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Estor, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé le 27 juillet 1886, à l'âge de cinquante-six ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19887.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Tumeur sarcomateuse intrathoracique.

Je vous ai montré récemment la malade du n° 1 de la salle Sainte-Anne, qui était arrivée à l'hôpital avec une dyspnée extrêmement intense, laquelle se présentait par moments avec des accès de redoublement formidables.

A l'auscultation, on percevait des bruits stridents dans toute la poitrine et particulièrement du côté droit, où l'on entendait un sifflement laryngo-trachéal très prononcé. A la percussion, on constatait une matité relative sous la clavicule droite, notamment dans un point où les téguments, comme repoussés en avant, faisaient une certaine saillie.

Bref, après un examen attentif, j'avais conclu, comme vous vous en souvenez, à la compression de la trachée et des bronches par une tumeur. Mais de quelle nature était cette tumeur? anévrysmale, ganglionnaire ou maligne?

Elle n'avait rien d'un anévrysme, pas de battements, rien, et, de plus, la femme était jeune, ce qui permettait encore d'éloigner ce diagnostic.

D'autre part, la malade présentait bien quelques-uns des phénomènes que l'on observe dans les cas d'engorgement des ganglions intrathoraciques, d'adénopathie bronchique, mais ordinairement, alors, on constate une extension de l'adénopathie aux ganglions du cou, une augmentation de volume de ces ganglions; or ici il n'en était rien. Donc, par exclusion, j'en étais arrivé à parler d'une tumeur néoplasique et à vous dire qu'il me paraissait bien s'agir, chez notre malade, d'une tumeur maligne se rapprochant du cancer, c'est-à-dire soit d'un sarcome soit d'un adénome.

Je pourrais vous citer plusieurs observations quelque peu analogues par les phénomènes morbides, par la symptomatologie, où le diagnostic, que j'avais porté de tumeur maligne, fut absolument confirmé à l'autopsie par la mise à nu d'une tumeur cancéreuse quelconque ou d'un adénome.

Quoi qu'il en soit, le pronostic était fort grave et, à brève échéance, j'entrevoyais une terminaison fatale. Et, de fait, des accidents de cyanose, un œdème considérable du cou et des phénomènes d'asphyxie ont mis promptement fin aux jours de notre malade. L'autopsie a pleinement montré que nous ne nous étions pas trompé et qu'il s'agissait d'une tumeur franchement maligne, à tendance constamment envahissante, ainsi que M. Gaucher, auquel je donne maintenant la parole, va vous le démontrer par une explication détaillée des coupes qu'il fera passer successivement sous vos yeux.

M. GAUCHER. Ainsi que M. le professeur Hardy vient de vous le dire, l'autopsie a confirmé absolument son diagnostic.

En effet, sur le côté droit de la trachée, nous avons trouvé des masses néoplasiques comprimant cet organe, ainsi que les vaisseaux voisins, masses se prolongeant dans le parenchyme pulmonaire jusqu'à la scissure interlobaire. La bronche droite était comprimée dans toute son étendue, et nous avons découvert aussi des noyaux, de même nature que la masse principale, à la surface de la muqueuse bronchique, montrant ainsi la tendance du néoplasme à la généralisation vers l'arbre aérien. Enfin il existait aussi des noyaux disséminés dans le reste du poumon.

Par contre, les autres organes ne présentaient rien de particulier, aucun noyau cancéreux.

Le néoplasme avait l'aspect d'une tumeur encéphaloïde; j'entends par là qu'elle était blanchâtre, lardacée, qu'elle ressemblait à de la substance cérébrale et laissait, par la pression, suinter un suc blanchâtre comme l'encéphale lui-même.

L'examen microscopique de cette tumeur nous a révélé une constitution un peu différente, selon les régions que l'on étudiait. En certains points, elle était constituée par des travées fines, blanchâtres, formant un véritable réseau, et dans l'intérieur des loges qu'il renfermait, on trouvait des éléments cellulaires arrondis, assez petits, affectant les dimensions des globules blancs du sang et pressés les uns contre les autres. Les cloisons de ces loges étaient plus ou moins fines.

La tumeur, vue ainsi, avait tout à fait l'aspect de ce que l'on a décrit sous le nom de lymphadénome.

Mais, sur d'autres points, ces cloisons n'avaient plus la minceur des précédentes; elles étaient épaisses, formant des travées fibreuses, dont les loges renfermaient des éléments à peu près semblables à ceux que nous venons d'indiquer, si ce n'est qu'ils étaient plus allongés; la tumeur en ce point avait bien plutôt l'aspect du sarcome fasciculé. Enfin, en

d'autres points encore, elle avait les apparences d'une tumeur fibreuse et cancéreuse.

En résumé, la masse néoplasique présente les caractères histologiques à la fois du lymphadénome, du sarcome et du fibro-sarcome. Elle est d'autant plus intéressante à étudier qu'elle permet de rapprocher le lymphadénome de la grande classe des sarcomes, dont il n'est, en réalité, qu'une variété, et non pas une tumeur leucémique rentrant dans la lymphadénie, comme on l'a quelquefois prétendu.

Ces tumeurs sont constituées par un réseau réticulé formé par du tissu conjonctif et dont les éléments ne sont pas autre chose que des cellules embryonnaires de tissu conjonctif.

Mais, pour en revenir au néoplasme de la malade qui vient de succomber, je dirai qu'il s'agit bien d'un sarcome, d'une tumeur embryo ou fibro-plastique, c'est-à-dire maligne et d'origne conjonctive, c'est-à-dire une tumeur cancéreuse. Elle en a eu le processus, elle en a eu la terminaison fatale.

Par son début, par sa marche, par son évolution, enfin par sa terminaison, je le répète, et non pas seulement par son caractère anatomo-pathologique, elle a montré sa malignité. Ce n'est pas la cellule qui détermine la bénignité ou la malignité d'une tumeur. En effet, si on laisse de côté les tumeurs osseuses, musculaires ou cartilagineuses, on peut grouper les autres tumeurs en deux classes : les tumeurs conjonctives et les tumeurs épithéliales. Et dans chacune de ces deux classes, nous rencontrons des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Il ne faut donc pas exagérer le rôle de l'anatomie pathologique, qui n'est pas une science à part mais le corollaire de la clinique.

HOPITAL MILITAIRE DU DEY. — M. Dieu.

Trois fractures du crâne avec enfoncement.

(Observations recueillies (1) par M. Ségrestan, médecin aide-major.)

I

Observation I. — *Fracture directe du pariétal droit avec plaie et enfoncement circonscrit. Accidents méningitiques au dixième jour; trépanation; cessation immédiate des accidents; guérison.* — Augustin N..., cultivateur, constitution forte, tempérament sanguin, engagé volontaire au 1er régiment de zouaves, depuis le 21 mai 1883, n'a jamais eu de maladies antérieures.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier 1885, ce militaire reçoit à la tête, au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal droit, un violent coup de pierre; il tombe et reste sans connaissance pendant environ un quart d'heure; puis, relevé par ses camarades, il peut marcher et rentrer facilement seul à la caserne.

Le 2, il se présente à la visite, la tête inondée de sang, et est envoyé d'urgence à l'hôpital du Dey, où l'on constate au point frappé une plaie contuse de 4 centimètres d'étendue allant jusqu'à l'os. De plus, l'exploration de la plaie avec le doigt permet de reconnaître un enfoncement de la paroi osseuse, enfoncement bien limité par une fêlure de la table externe.

Ces signes physiques ne s'accompagnent ni de troubles généraux (pas de fièvre), ni d'aucun symptôme cérébral.

Dans ces conditions, aucune intervention plus active ne semblait à ce moment nécessaire. On se borne à raser les bords de la plaie, à la rendre aseptique par des lavages à l'eau phéniquée tiède et à la panser tous les deux jours comme il suit : les lèvres sont maintenues écartées par deux tampons d'étoupe antiseptique, imbibés de glycérine iodoformée, et toute la tête est recouverte d'un pansement de Lister.

Cependant, vu la gravité du traumatisme, le blessé est laissé au repos le plus complet et sous une surveillance rigoureuse, avec notation de la température deux fois par jour. Son état se maintient excellent : bon sommeil, pas de troubles digestifs, bel aspect de la plaie, qui est indolente, qui bourgeonne et se rétrécit tous les jours; bien-être tel que, le 9 janvier, le malade demande à lire et à se lever. On ne permet pas la lecture, mais on l'autorise à s'asseoir quelques instants à côté de son lit.

Le lendemain, 10, il se lève, quitte la salle et va s'asseoir sur un banc du jardin sans être incommodé : le thermomètre marquait toujours 37 degrés matin et soir.

Le 11 au matin, T. 39°,5. P. 100. L'infirmier de garde et ses voisins disent que le malade a été agité et a mal dormi. Nous le trouvons à la visite dans l'état suivant : cris plaintifs, coma dont on le tire difficilement; il répond cependant lorsqu'on l'appelle, et il accuse de violentes douleurs de tête. On constate par moments qu'il a des nausées, des soubresauts de tendons, surtout dans le membre supérieur gauche, beaucoup d'hyperesthésie cutanée, surtout à gauche.

Rien d'anomal du côté des yeux, sauf un peu de paresse du releveur de la paupière gauche. D'autre part, l'examen de la plaie ne révèle aucune complication locale capable d'expliquer l'intensité de ces symptômes généraux, vraisemblablement méningitiques.

Calomel, 1 gramme, et lavement purgatif. Le même jour, à midi, T. 40°,3; à trois heures, T. 39°,5. Même état grave, sauf un peu moins de paresse et un peu plus de netteté dans les réponses. Séance tenante, après chloroformisation, l'opération du trépan est pratiquée. La tête est lavée et rasée : deux incisions cruciales de 10 centimètres forment quatre lambeaux que quelques coups de rugine décollent de la voûte du crâne. Leur écartement met à découvert un enfoncement osseux circonscrit par la fêlure déjà constatée, enfoncement de forme elliptique, dirigé de l'angle postéro-supérieur vers l'angle antéro-inférieur du pariétal droit, fixé et engrené dans le reste du pariétal, sans fissures apparentes, mesurant 43 millimètres dans son grand diamètre et 3 centimètres dans son plus petit.

La plus large couronne du trépan, placée sur l'os sain, au bord antéro-interne de la fêlure, ne permet pas de mobiliser le plateau enfoncé; une deuxième rondelle osseuse, enlevée à côté de la première, facilite l'ablation par morceaux de la table externe et de la table interne, également fracturée.

La dure-mère, mise à nu dans une étendue de 4cq,5, montre sur sa face externe, à la partie antérieure de la plaie, un gros caillot adhérent et dur, et en arrière quelques gouttes de pus s'écoulent au moment où, à l'aide de l'élévatoire, on fait sauter le fragment postérieur. On ne touche pas au caillot; même pansement qu'avant l'opération.

Revenu du sommeil chloroformique, le malade a une céphalalgie moins vive et répond mieux aux questions. Cependant, à neuf heures du soir, il a encore des soubresauts de tendons, il pousse des gémissements et sa température est de 40°, 2.

Le 12, T. 39°,8 le matin. Hébétude persistante, soubresauts de tendons, moins d'hyperesthésie. — Calomel, 1 gramme, et lavement purgatif. Application, à chaque apophyse mastoïde, de dix sangsues successivement deux par deux.

Le 13, T. 37 degrés le matin et 37°,8 le soir. Mal de tête léger, bon sommeil, disparition de tous les symptômes méningitiques. — Le peu de nourriture prise est bien supportée. Deux selles abondantes.

Le 14, T. 37°,2 le matin et 38°,2 le soir. État général excellent, salivation mercurielle légère. — Potages, un œuf.

Le 15, T. 37 degrés matin et soir. État général très bon; le pansement renouvelé montre que la plaie a un excellent aspect. La dure-mère et l'os se couvrent d'une couche rosée de petits bourgeons charnus, soulevée par les battements cérébraux; le soir, on

(1) Ces observations ont été recueillies l'année dernière, alors que M. Dieu était médecin chef de l'hôpital militaire du Dey.

trouve l'opéré à dessiner sur un carnet. — Une portion, deux portions de vin.

Le 16, T. 38°,8 matin et soir. Plus de mal de tête, bon appétit, selle abondante.

Les 17, 18, 19, 20, même état général excellent.

Le 21, le malade se lève.

Les jours suivants, il circule librement; depuis, son état a toujours été ce qu'il était antérieurement à l'accident.

Les pansements, toujours les mêmes, deviennent de plus en plus rares. La plaie opératoire marche rapidement vers la cicatrisation et la suppuration a toujours été aussi minime que possible.

Aujourd'hui, 26 février, la plaie est cicatrisée; les battements cérébraux sont encore perceptibles à travers la cicatrice.

Cet homme sera proposé pour la réforme.

Obs. II. — *Fracture directe du frontal droit avec plaie et enfoncement. Guérison après expectation.* — J... (Antoine), vingt-trois ans, cavalier au 2e hussards, entre à l'hôpital du Dey dans la soirée du 18 mai 1885.

Cet homme, environ deux heures avant son entrée, avait été démonté dans un exercice de voltige et en même temps atteint au front par un coup de pied qui le laissa inanimé sur le sol du manège. A l'infirmerie, il avait reçu des premiers soins qui dissipèrent l'état syncopal, puis avait été transporté d'urgence à l'hôpital.

A son entrée, son état est le suivant : au côté droit du front, à deux travers de doigt environ au-dessus de la tête du sourcil, se trouve une plaie contuse à légère concavité inférieure, sensiblement transversale et de 4 centimètres d'étendue. Sa lèvre supérieure, décollée sur une hauteur de 1 centimètre environ, forme une sorte de lambeau sous lequel le doigt ou le stylet s'engagent obliquement en haut pour arriver dans une dépression irrégulière creusée aux dépens de l'os frontal. Cet enfoncement de l'os est également perçu à travers les téguments; il présente une inclinaison progressive jusqu'à la limite de la plaie osseuse, exactement située vis-à-vis de la plaie tégumentaire et au-dessus d'elle. Cette disposition indique manifestement que la force a agi obliquement sur la surface frappée.

Au niveau de la fracture, on ne sent ni esquilles libres ni fragments.

Les symptômes généraux se réduisent à ceux d'une commotion de moyenne intensité : somnolence, lenteur dans le pouls et la respiration.

La plaie est traitée antiseptiquement et l'on applique vingt sangsues aux apophyses mastoïdes.

Diète absolue, boisson pour la soif et isolement dans un cabinet.

19 mai. La nuit a été tranquille. Le malade accuse seulement une douleur gravative de toute la tête. — T. soir, 37°,6.

20 mai. État général satisfaisant. La torpeur du début a diminué. Dans la soirée, la douleur de tête augmente, et deux fois le malade a fait des efforts de vomissements. Le pansement est renouvelé; un peu de sérosité sanguinolente s'écoule de la plaie. — T. soir, 37°,8.

21 mai. La douleur de la veille s'est accentuée et un léger œdème apparaît à la racine du nez. T. matin, 38°,2. Trente grammes d'huile de ricin administrés le matin amènent une débâcle.

Dans l'après-midi, la fièvre augmente avec la température qui monte à 39°,8. Cette élévation de température sans autres symptômes généraux, mais jointe au phénomène local de l'œdème, nous fait soupçonner l'existence d'une complication au niveau de la plaie. Celle-ci est mise à nu : ses bords sont rouges, œdématiés, présentant un commencement d'agglutination. Désunis par un stylet, ils laissent écouler la valeur environ d'une cuillerée à bouche de pus. — Le pansement est rétabli après lavage phéniqué. La température, prise à neuf heures du soir, est de 37°,8. La douleur de tête a notablement diminué.

22 mai. La nuit a été très bonne. Il n'y a plus eu de douleur de tête et l'œdème de la racine du nez a presque complètement disparu. T. matin, 39 degrés. Le soir, 37°,4. Cependant il survient un peu d'agitation et la douleur de tête reparaît.

23 mai. T. matin, 36°,9. Les accidents légers de la veille ont disparu avec l'écoulement spontané d'une notable quantité de pus dont les bords du pansement sont tachés. Celui-ci est renouvelé, et, pour prévenir la rétention, un bout de drain est conduit sous la lèvre supérieure de la plaie jusqu'à l'endroit de la fracture. — T. soir, 36°,8.

24 mai. Nuit bonne. T. matin, 37°,3. Les diverses fonctions s'accomplissent bien; l'appétit renaît. Le malade accuse encore une douleur céphalique très localisée au voisinage de la plaie. — T. soir, 38 degrés.

25 mai. Bon état général. La plaie ne présente rien de particulier. — T. matin, 37°,3.

26, 27 et 28 mai. L'état général se maintient bon. La température est normale.

29 mai. Pansement; plaie granuleuse, rosée. Le drain raccourci n'a plus que 1 centimètre 1/2 de longueur.

30 mai. Le malade se lève pour la première fois pendant deux heures. Il mange une portion depuis deux jours.

1er et 2 juin. Une vive douleur apparaît limitée au niveau de l'apophyse zygomatique droite. Cette région paraît tuméfiée et les mouvements de la mâchoire sont quelque peu gênés. Douze sangsues sont placées *loco dolenti*.

3 juin. Douleur beaucoup moins vive.

A dater de ce jour, les pansements sont renouvelés suivant les besoins de la suppuration qui est entretenue par des esquilles non encore détachées. La plaie extérieure est partout cicatrisée, sauf en un point resté fistuleux. Le malade va et vient, mange avec appétit.

6 juillet. La région orbitaire présente subitement un gonflement œdémateux considérable. Applications de cataplasmes qui amènent une amélioration locale. Mais la plaie reste toujours fistuleuse, présentant de légers accidents locaux à répétition.

Le 20 juillet, pour en finir, la plaie, qui est en grande partie cicatrisée, est ouverte au bistouri, et à l'aide de pinces et de la curette de Wolkmann, des fragments osseux non complètement mobilisés sont extraits. Pansement antiseptique. La plaie se cicatrise rapidement et d'une façon définitive.

Le 7 août, le malade quitte l'hôpital pour aller en convalescence. — Les apparences sont pour une guérison complète.

Le 1er décembre. De retour de convalescence, il est proposé pour un congé de réforme n° 1 avec gratification renouvelable. Son état général est excellent; mais il dit conserver dans la région de sa blessure un sentiment de pesanteur constant avec douleurs intermittentes et obnubilations passagères.

COQUELUCHE

TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION DE L'ULCÉRATION SUBLINGUALE (1).

Par M. le docteur L. Gay (de Dion).

Observation. — Le 7 juillet, la dame R..., qui m'est adressée par le bureau de bienfaisance de la commune de Dion, amène chez moi ses deux enfants atteints de la coqueluche : une fille et un garçon jumeaux.

La fille est atteinte de la coqueluche depuis un mois; le garçon depuis huit jours seulement, mais, chez lui, la coqueluche se complique d'un épanchement pleurétique du côté droit.

Je constate chez les deux enfants l'existence de l'*ulcération sublinguale* que je cautérise au nitrate d'argent le 7 juillet. En outre, application d'un vésicatoire de 10 centimètres de diamètre sur le côté droit, chez le garçon.

Le 8, cautérisation de l'ulcération sublinguale chez les deux.

Le 10, même opération.

Le 11, la petite fille ne tousse plus, je la considère comme gué-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 640.

rie, et, par précaution, je lui badigeonne l'intérieur de la bouche avec un linge trempé dans la mixture suivante :

Miel. . . . . 30 grammes.
Acide chlorhydrique . . . . . . 30 gouttes.

Je cautérise de nouveau le petit garçon au nitrate d'argent au lieu indiqué précédemment.

Le 12, absence de toux chez la petite fille. Chez le garçon, épistaxis répétés, le jour et la nuit.

Le 13, absence de toux chez la petite fille. Guérison confirmée de l'ulcération sublinguale. Le garçon a moins toussé la nuit ; les vomissements ont cessé complètement ainsi que les épistaxis.

Le 14, un mieux sensible se manifeste chez le petit garçon, il n'a eu que trois accès de toux.

Le 15, le petit garçon ne tousse plus. L'ulcération sublinguale et le piqueté de la muqueuse tendent à disparaître.

Le 16, l'enfant, qui ne tousse plus, entre en convalescence.

La petite fille a donc été guérie de la coqueluche dans l'espace de cinq jours, et le petit garçon dans l'espace de neuf jours ; moins de temps par conséquent que n'en demande la guérison d'un rhume ordinaire en général.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juillet 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Une épidémie de rubéole. — M. H. DESPLATS (de Lille) adresse une note sur une épidémie de rubéole qu'il vient d'observer. La rubéole a été importée de Douai par des jeunes filles regagnant leur pensionnat. Le nombre des sujets atteints a été assez grand; c'étaient surtout des jeunes filles entre quinze et vingt ans. La contagiosité de la rubéole n'est pas moindre que celle des autres fièvres éruptives. Une atteinte antérieure de rougeole et de scarlatine ne confère pas l'immunité contre la rubéole.

L'éruption est le premier symptôme; elle n'est précédée d'aucun prodrome, c'est-à-dire d'aucun malaise ressenti par la malade qui, souvent, après une nuit d'excellent sommeil, constate l'éruption à son réveil. Quand l'attention est attirée de ce côté, on peut cependant percevoir, un ou deux jours avant l'éruption, une légère adénopathie mastoïdienne.

L'éruption ne touche jamais les muqueuses oculaire, nasale et bronchique. Ses sièges habituels sont la face (front et joues), la poitrine, le dos des mains. Les petites élevures rouges qui la constituent sont souvent confluentes; cette confluence des éléments éruptifs contraste d'une façon significative, au point de vue du diagnostic, avec la bénignité extrême des symptômes généraux. La desquamation qui succède à l'exanthème est furfuracée. On peut percevoir encore pendant quelques jours un certain degré de tuméfaction ganglionnaire cervicale, de sorte que la rubéole semble commencer et finir par les ganglions, qui d'ailleurs ne suppurent que très exceptionnellement.

Disparition de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique du foie. — M. TROISIER fait connaître deux faits nouveaux.

Un homme de quarante ans, observé par M. Descouts, présentait, en 1884, de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, une teinte ictérique très marquée. Les urines contenaient du pigment biliaire, pas d'albumine, pas de sucre. Le volume du foie ne pouvait être vérifié, à cause de l'abondance de l'ascite.

Le malade disait avoir eu déjà, quatre ans auparavant, une ascite que le régime lacté avait fait disparaître. Deux années de sobriété maintinrent la guérison; mais, étant retombé dans ses excès alcooliques antérieurs, il avait vu reparaître l'ascite et, en outre, l'œdème des jambes et l'ictère.

M. Vulpian, ayant vu, à cette époque, le malade, porta le diagnostic de cirrhose alcoolique et admit un pronostic fatal pour un temps peu éloigné. Le malade fut soumis au régime lacté, aux purgatifs, à l'eau de Vichy. Bientôt l'ascite diminua, puis disparut comme l'œdème et l'ictère. Le malade paraît aujourd'hui très bien portant.

La seconde observation est celle d'un ouvrier emballeur vu en 1884 par M. Siredey, qui diagnostiqua : cirrhose hépatique alcoolique avec ascite. Le patient, très amaigri, était malade depuis cinq ou six ans. Cependant, après deux mois de régime lacté, l'ascite avait disparu. Il est vrai qu'alors apparut une tuberculose pulmonaire à laquelle il succomba. On peut se demander, par conséquent, si l'ascite passagère n'était pas causée par une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Ce fait est donc moins concluant.

M. Troisier discute ensuite les opinions diverses que peuvent soulever les cas de disparition de l'ascite. L'affection dont les malades sont atteints alors est-elle bien une cirrhose? Ne peut-on admettre, avec M. Leudet, l'existence d'une ascite par irritation péritonéale? Dans l'hypothèse d'une cirrhose, n'y a-t-il pas lieu de croire avec M. Dieulafoy que, lorsqu'une ascite considérable survient à une époque rapprochée du début, elle est beaucoup moins le résultat de la compression des vaisseaux-portes dans le foie que de lésions de leurs origines péritonéales?

M. Troisier incline, quant à lui, à admettre : 1° que certaines formes d'hépatite alcoolique peuvent avoir un processus subaigu ; — 2° que l'exsudat, au lieu de s'organiser en tissu fibreux, peut se résorber graduellement et permettre le rétablissement de la circulation ; — 3° que la cirrhose vulgaire, même à la période confirmée, peut subir un temps d'arrêt et rétrocéder, le pronostic étant ainsi moins constamment sombre qu'on l'a enseigné jusqu'ici.

M. DIEULAFOY insiste sur l'existence d'une hydropisie du péritoine causée uniquement par les altérations des racines péritonéales de la veine-porte. Deux observations qu'il a recueillies récemment ont révélé des lésions histologiques de la partie périphérique de ce vaisseau, lésions qu'il fera bientôt connaître.

M. LETULLE cite une observation d'ascite récente chez une femme alcoolique de quarante-six ans. L'analyse chimique du liquide extrait par la ponction a montré que ce liquide avait, par sa composition, plutôt les caractères d'un exsudat subinflammatoire de péritonite que ceux du liquide de la cirrhose.

Pneumothorax chez les enfants. — M. SEVESTRE a observé deux pneumothorax chez des enfants de seize mois, l'un consécutif à la rupture d'une petite caverne, l'autre survenu dans le cours d'une pleurésie. Ces faits sont moins rares qu'on le croit; la symptomatologie du pneumothorax chez l'enfant ne diffère guère de ce qu'elle est chez l'adulte.

Des courants continus dans le traitement du pied bot. — M. GÉRIN-ROZE a guéri par les courants continus, sans opération, deux pieds bots équins varus consécutifs à une paraplégie par mal de Pott.

PRÉSENTATION DE MALADE

Kyste hydatique du foie. — M. GÉRIN-ROZE présente un malade guéri d'un kyste hydatique du foie par incision de la poche au thermo-cautère, mais chez lequel s'est produite, depuis cette époque, une volumineuse tumeur herniaire par éventration au niveau de la cicatrice.

M. FÉRÉOL conclut de ce fait à la supériorité de la laparotomie, qui ne rend pas aussi facile la rétraction du foie.

M. GÉRIN-ROZE pense que les adhérences qui se sont formées après l'opération se sont rompues ou distendues par suite de la rétraction du foie.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 juillet 1886. — Présidence de M. GRÉHANT.

COMMUNICATIONS

Influence des excitations psychiques ou sensorielles sur la tension vasculaire périphérique. — M. FÉRÉ fait une communication ayant pour but de démontrer qu'il y a une augmentation de la tension dans les vaisseaux périphériques sous l'influence d'excitations psychiques, sensorielles ou sensitives. Cette augmentation de la tension vasculaire périphérique s'observe concurremment avec celle de la force musculaire et de la sensibilité.

De la respiration. — M. GRÉHANT fait connaître le dispositif qui lui a servi à démontrer l'absorption d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique chez les animaux aquatiques. Des expériences qu'il a faites, il résulte qu'il y a une très grande activité dans la respiration des poissons.

Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen. — M. P. SEBILEAU fait une communication sur les complications cardiaques qu'il a observées dans le service de son maître, le docteur Terrillon, chez certaines malades atteintes de volumineuses tumeurs de l'abdomen.

Quoiqu'il n'ait point constaté l'existence des troubles primitifs du cœur droit, récemment décrits par Rose (de Zurich) et rappelés par M. Nélaton (thèse d'agrégation, 1886), il admet leur possibilité et les interprète par la mise en jeu d'un réflexe comparable à celui par lequel se produisent les ectasies du ventricule droit à la suite des affections gastro-hépatiques (théorie du professeur Potain, démontrée vraie par les expériences de M. Morel, d'Arloing).

Il insiste surtout sur les troubles qu'il a observés du côté du cœur gauche. Selon lui, ce sont eux qui sont de beaucoup les plus fréquents, et les altérations fonctionnelles du cœur droit, suivant en cela la loi générale de pathologie cardiaque, seraient souvent secondaires.

Ces lésions du cœur gauche sont, suivant les cas, ou de l'*hypertrophie* ou de la *dilatation;* ces deux états marquent, du reste, une période différente dans l'évolution d'un même processus; ils peuvent coexister.

L'hypertrophie se traduit par peu de symptômes : elle est d'autant plus difficile à constater que la tumeur, refoulant le diaphragme, ne permet pas de juger du volume du cœur, et annihile en partie les résultats de la percussion. Le bruit de galop n'a jamais été observé.

La dilatation, qui produit une insuffisance mitrale, se traduit par les symptômes de cette affection (souffle systolique à la pointe, frémissement cataire, etc.)

Passant à l'interprétation de ces troubles fonctionnels, M. Sebileau discute successivement la valeur des six hypothèses que l'on peut faire sur l'origine de l'augmentation de pression dans le système aortique : 1° compression des gros vaisseaux de l'abdomen; 2° excès de pression dans la circulation abdominale générale; 3° augmentation du champ circulatoire; 4° lésions rénales secondaires par compression des uretères; 5° spasme réflexe des capillaires généraux; 6° altérations du sang. Mais, en définitive, l'augmentation de pression, quelle que soit son origine, est la condition *sine qua non* de l'existence de la dilatation et de l'hypertrophie.

Discutant dans quelles proportions de fréquence les tumeurs de l'abdomen produisent des troubles fonctionnels du cœur gauche, le présentateur ne croit pas qu'on puisse encore formuler une loi :

Ces troubles n'ont pas encore été décrits, les observations sont trop peu nombreuses. La résistance des tumeurs, leur vascularisation, leur nature utérine, semblent être, jusqu'à présent, les meilleures conditions d'existence des hypertrophies, des dilatations du ventricule gauche et de l'insuffisance valvulaire qui en est la conséquence.

M. Sebileau termine en indiquant la marche de ces troubles fonctionnels, leur importance dans les cas d'intervention ou de non-intervention, et indique enfin les caractères différentiels qui les séparent des souffles anémiques, des lésions organiques de l'endocarde et du péricarde, et des bruits extra-cardiaques.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1886.

214. M. KAHN. Étude clinique du champ de fixation monoculaire. — 215. M. DESORMES. Nature et traitement de la conjonctivite granuleuse. — 216. M. LEBLANC. Contribution à l'étude des fractures verticales du bassin. — 217. M. BROUSOLLE. De la claudication chez les enfants. — 218. M. CHRISTEN. Étude sur les déplacements herniaires des kystes paraovariques. — 219. M. ROBELIN. Étude sur les vessies à cellules. — 220. M. DUCHASTELET. Capacité et tension de la vessie. — 221. M. BASORA. De quelques modifications des bruits du cœur dans le cours de la néphrite. — 222. M. BATAILLE. Traumatismes et névropathies. — 223. M. GAUDRY. Contribution à l'étude du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes. — 224. M. LARDEMER. Parallèle entre la version et le forceps dans les cas de rétrécissement moyen du bassin. — 225. M. FOURNIAL. Contribution à l'étude de l'albuminurie du travail. — 226. M. VOJTASIEVICZ. Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale. — 227. M. BARRAUD. Ténotomie et tarsotomie comme moyens de traitement du pied bot invétéré chez l'adulte. — 228. M. ZIPFEL. De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire au point de vue chirurgical (ostéotomie, résection, ostéoclasie). — 229. M. DEREUX. Des accidents consécutifs à l'opération dans les cas de rétention menstruelle. — 230. M. JOANNY. Contribution à l'étude des arthropathies chez les ataxiques. — 231. M. DENOTOVITCH. De l'antipyrine dans la fièvre hectique des tuberculeux. — 232. M. DEJEAN. Contribution à l'étude des hémoptysies dans la dilatation des bronches. — 233. M. COUTRAY DE PRADEL. Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie au début. — 234. M. BERNARD. Des injections intra-veineuses dans le traitement du collapsus algide et asphyxique du choléra. — 235. M. LAVERHNE. Contribution à l'étude de l'atrophie linéaire de la peau. — 236. M. DUTARD. Contribution à l'étude de l'épanchement sanguin et de son traitement par la compression. — 237. M. GONIET. De l'hystérectomie vaginale en France. — 238. M. BRODEUR. De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins. — 239. M. CARPENTIER. Du diagnostic des néphrites interstitielles sans albuminurie. — 240. M. TOURDOT. De l'alcoolisme dans le département de la Seine-Inférieure. — 241. M. POTTIER. Étude sur les aliénés persécuteurs. — 242. M. MALFILATRE. Contribution au traitement, par le cathétérisme, des laryngosténoses, après la trachéotomie. — 243. M. LEGUÉVEL. Du traitement des fractures ouvertes des membres dans leur continuité. — 244. M. GENESTEIX. Du traitement des avortements. — 245. M. LAURENT. Traitement de l'angine diphthéritique par le perchlorure et l'oxichlorure de fer magnétique. — 246. M. JUVIGNY. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nouveau-né et de l'adulte.

DÉCRETS

RELATIFS AUX AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE DROIT ET DE MÉDECINE ET DES ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE.

Le Président de la République française,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie sont membres de la Faculté ou École à laquelle ils sont attachés : ils prennent rang immédiatement après les professeurs.

Ils font partie de l'assemblée de la Faculté ou École, avec voix délibérative ou consultative, suivant les distinctions établies par l'article 19 du décret du 28 décembre 1885.

Art. 2. — Ils participent aux examens, remplacent les professeurs momentanément absents et font des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires.

Art. 3. — L'organisation des conférences est arrêtée à la fin de chaque année scolaire, pour l'année scolaire suivante, par le conseil de la Faculté ou École.

Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le nombre des agrégés chargés chaque année de conférences ne peut être inférieur au tiers ni supérieur à la moitié du nombre des chaires de la Faculté.

Art. 4. — Les agrégés sont chargés des cours prévus par les articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

Ils peuvent être chargés de cours complémentaires.

Art. 5. — Sont abrogées les dispositions des décrets et règlements antérieurs contraires au présent décret.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 juillet 1886.

Jules Grévy.

Le Président de la République française,

Décrète :

Article premier. — Les agrégés des Facultés de droit, de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie, continuent de recevoir, pour les services énumérés à l'article 2 du décret de ce jour, les traitements fixés par le décret du 14 janvier 1876.

Art. 2. — Les agrégés chargés d'un cours en vertu des dispositions des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885 reçoivent, outre leur traitement d'agrégé :

A Paris, un traitement de 3000 francs.

Dans les départements, un traitement de 2000 francs.

Art. 3. — Les agrégés qui touchent actuellement, en vertu des dispositions des articles 1 et 2 des décrets des 20 août et 15 octobre 1881, un traitement supérieur au total des traitements fixés par le présent décret, recevront une indemnité égale à la différence et soumise à retenue dans le cas où, à dater du 1er novembre 1886, ils seraient chargés d'un cours par application des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

Art. 4. — Sont abrogées toutes les dispositions des décrets et arrêtés antérieurs, notamment celles des décrets des 20 août et 15 octobre 1881.

Art. 5. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 juillet 1886.

Jules Grévy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 30 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Mondon, Daclot, Chové et Facieu.

— Par décret en date du 31 juillet 1886, M. le médecin principal Forné a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Tavernier est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Léon Havrez est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, aide préparateur des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

— M. Alfred Marche est chargé d'une mission aux îles Mariannes, pour y faire des recherches relatives à la géographie, à l'histoire naturelle, à l'anthropologie et à l'ethnographie.

M. E. Raoul, pharmacien de première classe de la marine, est chargé d'une mission scientifique dans les colonies françaises, à l'effet de recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

— L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique une nouvelle liste des communications qui doivent être faites pendant la session du Congrès qui doit s'ouvrir à Nancy le 12 de ce mois. Nous y relevons les questions suivantes qui intéressent plus particulièrement les sciences médicales :

M. Arnould (Jules). Sur l'état sporadique de la fièvre typhoïde.

M. Brémond (F.). Hygiène professionnelle du blanchissage et des travaux qui le précèdent ou le suivent.

M. Brouardel. Sur la réforme des lois relatives à l'hygiène.

M. Canu (Eug.). Sur l'anatomie des mollusques et la systématique des infusoires.

M. Carnot (A.). Principes à consulter dans le choix des terrains destinés à recevoir les eaux d'égout des villes. — Application à la ville de Paris.

M. Cartailhac. Étude anthropologique des habitants de la vallée de Bethmale.

M. Certes. Sur l'emploi des matières colorantes pour les études histologiques et physiologiques.

M. Chatin. Anatomie comparée végétale appliquée à la phytotaxie. — Sur la mesure de la graduation organique dans les végétaux. — Aperçu de la flore de Paris et du Dauphiné.

M. Deshayes. Du rôle des ptomaïnes dans les empoisonnements par les substances alimentaires.

M. de Ferry de la Bellone. De l'organisation générale des champignons hypogés et de celle des tubéracés en particulier.

M. Gariel (C.-M.). Du grossissement dans les instruments d'optique et en particulier dans le microscope.

M. Gérardin (A.). L'hygiène et les lavoirs publics.

M. Grynfeltt. Le bassin spondylisématique.

M. Guillaume. Relation entre les températures moyennes de l'air et celles du sol.

M. Haller (A.). Sur l'isomérie des camphols et des camphres. — Sur la cyanacétophénone.

M. Hanriot. Faits sur l'eau oxygénée.

M. Henry (E.). Sur la répartition du tannin dans les bois de chêne.

M. Houdaille. Sur l'évaporation de l'air en mouvement.

M. Kunckel d'Herculais (Jules). Sur l'organisation des animaux articulés. — Appareils de sécrétion chez les insectes.

M. Ladame. Note sur un cas de myopathie atrophique progressive.

M. Ladureau (A.). Étude sur un ferment inversif de la saccharose. — Sur la saccharine du docteur Fahlberg.

M. Lantier (E.). Considérations économiques, sociales et politiques sur le décret du 18 août 1810, concernant les remèdes nouveaux ; sur la loi du 5 juillet 1844, concernant les brevets d'invention ; sur le décret du 3 mai 1850, concernant les remèdes nouveaux.

M. Lardier. Du phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez les alcooliques ; auto-traumatisme et auto-infection.

M. Langlois (Marcellin). Théorie atomique et moléculaire ; résultats obtenus. — Propriétés physiques de l'eau et du mercure. — Observations hygrométriques.

M. Le Dentu (A.). De l'œsophagotomie interne à temps espacés. — Des scarifications comme traitement préparatoire de l'ablation dans certaines hyperplasies éléphantiasiques.

M. Liébault. Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine chez les adultes et chez les enfants au-dessus de trois ans.

M. Maurel. Du sang dans les différentes races humaines. — Des lois de l'acoustique et du stéthoscope. — Habitations et vêtements dans les pays chauds.

M. Meunier (J.). Sur l'isomorphisme et l'hexabromure de ben-

zine avec l'hexachlorure du même hydrocarbure. — Sur la saponification de l'hexabromure de benzine. — Sur la synthèse de l'hexachlorure de benzine.

M. Ollivier. De l'hématémèse hystérique.

M. Stœber. Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis dans l'œil et en particulier dans l'iris.

M. Vuillemin (P.). Les unités morphologiques en botanique. — Recherches mycologiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19898.

N° 90. — JEUDI 5 AOUT 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 5 AOUT 1886. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil excelle dans un genre de talent qu'affectionnaient singulièrement les écoles du moyen âge; il aime, comme il le dit lui-même, à exécuter *des variations* sur un thème donné, à égrener une pensée dans des catégorisations multiples, en donnant autant que possible le même chiffre à ses divisions consécutives s'il en fait plusieurs.

Le thème choisi cette fois pourrait ne pas paraître très neuf en s'attachant au fond des choses; il se rapproche singulièrement d'une vérité presque banale à force d'avoir été répétée par les cliniciens de toutes les époques, vérité que Jules Guérin a magistralement développée à bien des reprises pendant les soixante ans de sa carrière active.

De tout temps on a remarqué que le germe n'était pas tout, même quand il s'agit de l'affection la plus puissamment contagieuse. Pour qu'une maladie éclate, il faut encore que le terrain s'y prête, autrement le germe introduit n'y évolue pas jusqu'au bout, il reste à l'état complètement latent, ou il se manifeste si peu que, par rapport au tableau clinique des phénomènes résultant de son évolution totale dans un milieu bien disposé, ce qu'il produit sur ce terrain, mauvais pour lui, semble à peine une ébauche. Mais que les conditions de l'organisme viennent à changer, et l'on peut voir ce germe, jusqu'alors à l'état latent ou presque latent, prendre tout à coup un développement considérable et produire tous ses effets.

Depuis les découvertes de M. Pasteur, on ne parle plus de germes morbides, mais de microbes. On sait que les microbes spéciaux de toutes les maladies sont, en quantité, contenus dans l'atmosphère des grandes villes : que nous en avalons, que nous en respirons, que nous en avons sur notre peau; et que cependant nous n'en ressentons pas habituellement les conséquences pathogéniques. Personne donc n'aura la pensée de contester à M. Verneuil l'existence, plus que démontrée, d'un *parasitisme microbique latent*. Les chirurgiens n'ont pas attendu que cette expression fût inventée pour laver avec soin, avant de les inciser, la peau et les muqueuses à l'aide de solutions dites parasiticides, afin d'y détruire les microbes qui s'y trouveraient à l'état latent. Les médecins vaccinaient déjà depuis près d'un siècle, afin d'obtenir empiriquement par ce moyen l'état de latence pour les germes de la variole que leurs clients pourraient recevoir en eux. Les syphiliographes, non moins empiriquement, administraient le mercure ou l'iode aux syphilitiques, afin de réduire à l'état de latence les germes de cette maladie, qu'ils savaient bien exister encore, tout prêts à se réveiller un jour.

Ce qui manquait, c'était de bien connaître au juste, scientifiquement, pourquoi et comment se produisait et s'entretenait cette latence des germes morbides, cette innocuité relative de ces germes nommés actuellement microbes, non seulement quand ils sont déposés sur les surfaces extérieures, mais quand ils se sont déjà introduits dans l'économie.

Ce problème, qui préoccupe les cliniciens depuis si longtemps, M. Verneuil ne nous paraît pas l'avoir résolu.

Nous nous sommes demandé en quoi son nouveau mémoire accroissait la somme de connaissances acquises qui forment le bagage commun.

On n'a pas à se poser une question semblable quand il s'agit de M. Pasteur et de ses élèves. Eux, ils incorporent les conceptions de l'ancienne clinique : s'armant du microscope, ils montrent, dans des éléments figurés, quelques-uns déjà de ces germes que jusque-là on se contentait de voir avec les yeux de l'esprit.

Les immenses progrès réalisés dans ces derniers temps par la chirurgie ne permettent pas de contester les services qu'ils ont rendus.

Mais les conséquences de leurs découvertes paraissaient tellement forcées que la plupart des praticiens les avaient tacitement déduites.

Est-ce un progrès d'avoir accouplé les mots *parasitisme, microbique* et *latent* pour exprimer l'inconnue d'un problème qui se dresse devant tous les yeux?

Ce ne sont pas les expressions qui forment les termes d'un problème, et l'on ne change rien à ceux-ci quand on modifie celles-là. Autrement l'œuvre de Piorry en nosologie deviendrait d'une incomparable immensité.

Nous avons donc surtout admiré l'art du rhétoricien alors que nous écoutions les distinctions de M. Verneuil et ses développements oratoires; mais sans bien sentir la portée que ce discours, d'ailleurs si bien fait, pouvait avoir en science médicale.

Si M. Verneuil eût ajouté quelques notions, fussent-elles empiriques, à ce qui était connu déjà sur les causes capa-

bles de réveiller un jour des germes à l'état latent, ou, comme on le disait autrefois, de *manifester une diathèse,* nous eussions vivement applaudi à cet apport.

Mais il ne nous a pas paru qu'il en fût ainsi.

Cependant, comme M. Verneuil a présenté à l'Académie la thèse qu'un de ses élèves vient de passer sous ce même titre, en faisant d'expresses réserves sur la hardiesse des idées que l'élève, s'inspirant du maître, mais allant encore beaucoup plus loin, a exposées dans cette thèse, nous nous réservons de la lire pour discerner mieux le nouveau de la théorie de M. Verneuil.

La commission des alcools a tenu compte des observations qui lui étaient faites.

Elle a supprimé, et nous l'en félicitons vivement, de ses conclusions, l'article par lequel elle proposait de frapper d'une surtaxe les vins naturels d'une partie de nos crus français.

Elle a également supprimé la tolérance d'un centième ou même d'un millième d'alcools toxiques, dans les esprits dont on se sert pour fabriquer les liqueurs de table.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Deux cas d'anévrysme de l'aorte ascendante.

Au mois de janvier dernier, nous avions dans nos salles une femme chez laquelle un diagnostic précis avait été très facile; il s'agissait d'anévrysmes multiples de l'aorte. Cette femme allait aussi bien que possible néanmoins, lorsque, quelque temps après, elle fut prise d'un érysipèle grave de la face avec hyperthermie, fièvre, etc., si bien que je redoutais vivement que cette nouvelle affection fût l'occasion d'une terminaison fatale de sa maladie première. Eh bien! fait très curieux, cet érysipèle n'eut, au contraire, aucune influence, aucun effet fâcheux sur ses tumeurs anévrysmales multiples. Quelques semaines plus tard, la malade était même si bien rétablie de sa maladie intercurrente qu'elle quitta l'hôpital, malgré moi, je l'avoue, me promettant de revenir cependant si son aorte déterminait quelques phénomènes morbides. Jusqu'à présent, nous ne l'avons pas revue, d'où je conclus qu'elle continue à se bien porter. Voici donc un exemple très remarquable d'anévrysme à marche lente ou plutôt arrivé à un état stationnaire si solide qu'il n'a pu être modifié par un érysipèle grave de la face.

Comme contraste, comme opposition, je vous entretiendrai aujourd'hui d'un homme de notre service, porteur d'un anévrysme de l'aorte, qui est le type aussi complet que possible de la marche rapide, continue, extensive de cette lésion vasculaire.

Cet homme, âgé de quarante ans, est d'une bonne constitution; il est marchand de bois et n'appartient pas à la population ordinaire de nos hôpitaux; il s'est toujours très bien porté jusqu'au mois de septembre 1885.

A cette époque, il a commencé à souffrir d'une douleur assez vive dans le côté *droit* de la poitrine, douleur irradiant quelquefois en arrière et en avant. Il a été soigné d'abord dans son pays, à Châlons-sur-Marne, pour une névralgie intercostale. N'éprouvant aucune amélioration du traitement mis en œuvre, il vint à Paris à la fin de septembre et entra à la Maison municipale de santé; il n'éprouvait toujours d'autre phénomène que cette même douleur et, de temps à autre, dans certains mouvements, une petite gêne de la respiration. Même diagnostic : névralgie intercostale. Traitement : frictions et révulsifs; séjour un mois, amélioration, retour à Châlons. Cet homme reprend ses travaux jusqu'aux premiers jours de janvier, où la douleur prend une intensité plus grande, mais sans aucun autre symptôme. Ce n'est pas là, du reste, un fait exceptionnel, c'est ainsi même que bien souvent les choses se passent, si ce n'est que, parfois, des troubles respiratoires s'ajoutent à la douleur. Si à cette époque on eût examiné le cœur, y aurait-on trouvé quelque chose? Je ne saurais le dire. Toujours est-il que ce n'est que vers le milieu de février, en faisant une friction sur le point douloureux, qu'il s'aperçut d'une grosseur au niveau du point douloureux. Il consulta aussitôt son médecin de Châlons qui, d'emblée, reconnut une tumeur anévrysmale, et quelques jours plus tard m'adressa ce malade, lequel entra le 10 mars à la Pitié, salle Jenner, où il est encore actuellement. Ajoutons que du jour où la tumeur apparaissait, les douleurs cessaient.

Donc, à son arrivée, nous constations l'existence, dans le deuxième espace intercostal droit, près du sternum, d'une tumeur peu élevée et mesurant 4 centimètres de diamètre à sa base. La peau qui la recouvrait ne présentait aucun changement de coloration, aucune altération. La tumeur était agitée de battements; la percussion donnait une matité très nette; à l'auscultation, au pourtour et au centre, on entendait très distinctement deux claquements, claquements normaux de même timbre et de même tonalité que ceux du cœur, sans aucun souffle. Bref, le diagnostic ne pouvait laisser aucun doute; il s'agissait d'une tumeur anévrysmale de l'aorte ascendante, avec intégrité de ses parois.

Après avoir hésité un peu sur la conduite à tenir, je soumis tout d'abord notre malade au traitement suivant, qui, dans un certain nombre de cas, a donné de très bons résultats : repos *absolu*, bromure et iodure de potassium, lait. L'iodure détermina une éruption rapide et très abondante, mais la médication n'eut aucune action sur la tumeur, qui continua à se développer. Je vous disais que j'avais commencé par hésiter sur le traitement à employer; voici pourquoi : la tumeur anévrysmale qui siégeait sur la paroi antérieure de l'aorte ne devait pas être unique, car l'examen de la poitrine en arrière, du côté droit, décelait un certain degré de compression de la bronche droite : stase sanguine, respiration rude, soufflante, etc.; tandis qu'à gauche les bronches ne présentaient rien de particulier; d'où il me parut pouvoir dire qu'il existait quelque autre tumeur anévrysmale développée sur la paroi postérieure de l'aorte.

Mais en face de l'insuccès de la médication bromo-iodurée, en face de l'augmentation de volume de l'anévrysme, je n'hésitai plus à recourir à l'électro-puncture, après avoir eu soin au préalable de demander le consentement du malade, prévenu, — comme on doit toujours le faire en pareil cas, — des accidents possibles, immédiats ou un peu plus tardifs, c'est-à-dire 1° du déplacement des caillots formés dans le sac anévrysmal, de leur lancement dans la circulation et de la formation d'embolies mortelles; 2° de la formation de quelque abcès sous-cutané pouvant s'ouvrir soit vers la peau, soit dans le sac anévrysmal, et devenir alors ainsi l'occasion de la rupture de l'anévrysme.

Le malade ayant donc consenti, je priai M. Boudet de Paris d'appliquer lui-même l'électro-puncture. Le cas d'ailleurs paraissait des plus favorables, la tumeur était encore petite et les douleurs du début avaient cessé. La première séance eut lieu le 30 mars; une seule aiguille d'abord fut appli-

quée pendant dix minutes, aucun incident; puis la seconde aiguille fut placée à son tour, mais une zone de rougeur, un peu violacée, s'étant produite accompagnée de douleur, de sensation de brûlure, le courant fut aussitôt interrompu et la séance terminée. Les résultats immédiats furent très satisfaisants; les battements étaient moins superficiels, plus éloignés, et la consistance de la tumeur avait augmenté. Les jours suivants, rien de particulier; le durcissement, la condensation de la tumeur durèrent une huitaine de jours, puis devinrent moins nettes, ce que voyant, nous fîmes une seconde séance d'électro-puncture le 13 avril; cette fois les deux aiguilles furent appliquées, chacune pendant dix minutes, sans déterminer aucun accident. Nous observâmes une modification instantanée dans la poche anévrysmale; la tumeur durcit; on ne percevait plus aucun battement mais un simple soulèvement, si bien que nous crûmes un moment à la formation d'un thrombus sous-cutané, car la tumeur était à la fois plus dure et plus saillante. Il n'en était rien; le fait était dû à la formation d'un caillot solide.

Déjà nous nous réjouissions des résultats obtenus, déjà nous nous prenions à espérer en la guérison par occlusion, lorsque certains accidents nous forcèrent bientôt à en rabattre. Le malade fut pris d'une toux quinteuse des plus menaçantes pour la solidité de la tumeur, et qui ne put être calmée que par le bromure de potassium à haute dose. La douleur qu'il avait éprouvée au début de sa maladie reparut avec sensation de dilacération et nous n'obtînmes quelque accalmie que grâce aux injections de morphine. En même temps, le malade avait, pendant quelques jours, une expectoration sanguinolente qui ne laissa pas de nous préoccuper vivement, de nous faire redouter de voir l'anévrysme s'ouvrir dans les bronches. Puis cette expectoration fut remplacée par l'accentuation des phénomènes de compression bronchique. Enfin, pendant ce temps, les résultats obtenus du côté de la tumeur disparaissaient, celle-ci s'affaissait en même temps qu'elle s'étendait et les battements redevenaient superficiels.

C'est dans ces conditions que nous fîmes une troisième séance d'électro-puncture le 15 mai avec une seule aiguille. Les choses se passèrent encore d'une façon satisfaisante; l'amélioration qui s'en suivit fut très appréciable, moindre cependant qu'à la suite de la seconde séance, et la tumeur continua à grossir, si bien que le 28 mai, elle avait doublé de volume. A cette date, les douleurs devinrent plus intenses, plus atroces même que jamais, avec sensation de déchirement extrêmement pénible. Nous devions faire une quatrième séance, mais l'état du malade nous en empêcha. En effet, le lendemain 29 mai, la tumeur avait pris une extension énorme; les deux côtes avaient cédé pour lui livrer passage, la peau avait continué à s'amincir malgré les applications de collodion faites pour la soutenir.

A dater de ce moment, nous avons dû renoncer à l'électro-puncture pour nous borner à un moyen que je n'aime pas du tout employer mais qui seul nous restait : les applications de glace afin de favoriser, si possible, la coagulation du sang.

Pendant tout ce temps, les signes stéthoscopiques n'ont pas été modifiés : toujours persistance des deux battements, toujours absence de souffle. Ce caractère négatif, du reste, est la règle dans les anévrysmes de l'aorte ascendante, le souffle n'apparaissant que dans le cas d'altération secondaire des parois.

Bref il nous faut considérer aujourd'hui notre malade comme perdu; sa tumeur ne s'ouvrira probablement pas par la peau, mais par la bronche ou par le médiastin, et de plus nous avons toujours en perspective l'inconnu de la compression de la bronche droite.

Les résultats du traitement méritent une grande attention, car nous n'avons eu aucun des accidents toujours possibles de ce traitement, car nous avons eu aussi, après chaque séance, une amélioration très notable quoique passagère, l'aortite détruisant chaque fois les bons résultats obtenus. L'électro-puncture a donc fait ce qu'elle a pu et ce qu'elle devait faire; malheureusement cela n'a pas duré. Aussi, quels que soient les bénéfices immédiats que l'on en retire, ne faut-il pas compter trop tôt sur cette méthode, mais savoir attendre un certain temps, un mois, deux mois peut-être pour se prononcer.

Encore un mot et j'en ai fini. Au point de vue de l'étiologie de cet anévrysme, nous n'avons pas trouvé grand'chose. Cet homme n'est pas syphilitique; il ne paraît pas être non plus un alcoolique. Tout ce que nous avons trouvé dans ses antécédents, c'est que son frère est mort d'apoplexie à 63 ans. Or qui dit apoplexie dit lésion vasculaire, de sorte que, en dernière analyse, la tumeur anévrysmale de notre malade pourrait être considérée comme un fait d'hérédité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 août 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Chénier, vétérinaire en premier, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

COMMUNICATIONS

Du parasitisme microbique latent. — M. VERNEUIL divise les parasites qui peuvent se rencontrer chez l'homme en *macrobes* et en *microbes*.

Il distingue, quant aux régions où ils peuvent se trouver, six districts :

1° Surface tégumentaire avec ses plis, ses saillies et ses cryptes;

2° Cavités muqueuses en communication immédiate ou médiate avec l'atmosphère;

3° Cavités séreuses ou espaces conjonctifs;

4° Cavités vasculaires sanguines et lymphatiques;

5° Parenchymes glandulaires ou autres;

6° Foyers pathologiques divers.

Il distingue, quant aux conditions dans lesquelles vivent les hommes qui les portent, six catégories :

1° Sujets sains;

2° Sujets bien portants issus de parents sains;

3° Sujets bien portants issus de parents ayant été atteints de microbopathies ou l'étant encore;

4° Sujets bien portants, mais ayant été eux-mêmes atteints de microbopathies;

5° Sujets en convalescence de microbopathies.

6° Sujets actuellement en puissance de microbopathies.

Dans la première catégorie, les microbes sont encore extérieurs.

Dans la seconde, ils ont pénétré dans l'organisme sans se manifester par aucun symptôme. Il en est ainsi dans ce que l'on nomme la période d'incubation, et ce que M. Verneuil appelle la latence prémorbide.

Dans la troisième, les microbes ont pu venir par infection ou être apportés congénitalement et rester latents pendant des années.

Dans la quatrième, on peut se demander si, une fois passée la

microbopathie, elle n'a pas laissé derrière elle, à l'état latent, des microbes susceptibles de la réveiller.

« Bien souvent, dit M. Verneuil, dans mes leçons, j'ai exécuté des variations sur ce thème : *Restitutio ad integrum, res rarissima;* prenant précisément pour preuve les maladies infectieuses qui d'ordinaire laissent dans l'organisme des traces indélébiles. »

Dans la cinquième, l'existence de ces microbes encore existants fait le danger de contagion (dans la scarlatine, par exemple, etc.)

Dans la sixième, bien qu'un genre de microbes soit en train de révéler son existence par des foyers morbides, d'autres existent à l'état latent.

M. Verneuil développe longuement chacun de ces points. Puis il termine ainsi son discours :

Voici longtemps déjà que j'occupe cette tribune, et pourtant c'est à peine si j'ai effleuré quelques points de l'importante question du microbisme latent. Si au lieu de fournir simplement quelques explications à mes collègues, j'étais entré dans les développements que comporte le sujet, j'aurais montré d'abord que la présente théorie éclaire divers points encore fort contestés de pathologie générale;

Qu'elle renverse entre autres un des arguments les plus puissants invoqués en faveur de la spontanéité des maladies infectieuses, — celui qui consiste à nier l'origine extérieure du mal quand on ne parvient pas à prendre l'agent infectieux en flagrant délit de pénétration, en répondant qu'il n'est pas nécessaire de chercher au dehors de l'enceinte l'ennemi déjà entré dans la place;

Qu'en revanche, elle rend possible une entente vainement recherchée jusqu'à ce jour entre les spontanéistes qui accordent et les hétérogénistes qui refusent à l'organisme la puissance d'engendrer les maladies infectieuses, en formulant cette proposition que l'organisme peut en effet renfermer en lui les germes morbides, mais à condition de les avoir reçus et sans jamais les avoir créés;

Qu'elle explique à merveille la durée illimitée, les récidives, les rechutes, les contagions inattendues et invraisemblables des maladies infectieuses, ainsi que leur apparition ou leur réapparition sous l'influence de causes banales;

Qu'elle simplifie notablement leur étiologie et leur pathogénie, en permettant d'affirmer l'existence de leur agent spécial, si caché qu'il soit, — quand elles viennent à éclater, — et en indiquant qu'il faut chercher cet agent non seulement dans le milieu extérieur où vit le patient, mais encore en lui-même, dans les districts et dans tous les milieux partiels de son corps.

Cette recherche sans doute n'est pas facile, mais il faut convenir qu'elle a été rarement entreprise jusqu'à ce jour. Dans la plupart des exemples invoqués plus haut, le microbisme latent a été admis par induction, à titre d'hypothèse, seule capable d'expliquer certains détails relatifs au développement ou à la marche des maladies infectieuses. Quand chez des gens bien portants on a constaté l'existence des microbes superficiels, cavitaires, extravasculaires, parenchymateux, etc., restant inoffensifs, c'est plus souvent par hasard ou dans des explorations de laboratoire que par suite d'examens faits dans un but déterminé de les découvrir.

Mais ce qui est latent ou caché n'est pour cela ni introuvable ni inaccessible; il s'agit seulement de savoir où le chercher et comment le découvrir. Depuis qu'on a introduit en clinique les procédés d'enquête bactériologique, les examens microscopiques particuliers, les colorations, les cultures, on est parvenu à démontrer péremptoirement la présence des microbes pathogènes là où les anciennes méthodes d'exploration étaient tout à fait impuissantes. Est-il nécessaire de rappeler la constatation des bacilles tuberculeux dans les crachats, dans l'urine, dans le pus des fistules et des ulcères chez les scrofuleux? A-t-on oublié qu'en examinant le sang pendant l'accès paludique, à certaines heures, en cas d'urine chyleuse et à certains jours, dans la fièvre récurrente, on a trouvé des corps de Laveran, les oscillaires et les spirilles?

En suivant ces indices et en s'engageant dans cette voie, il faut espérer qu'un jour viendra où l'on pourra, en dehors de tout symptôme morbide, affirmer et démontrer directement l'absence et l'existence dans l'organisme des microbes pathogènes ou leur remplacement par des germes inoffensifs. D'après les étonnantes découvertes de ces vingt dernières années, il est permis de croire que le diagnostic du microbisme latent pourra se porter dans un avenir plus ou moins prochain.

La même théorie conduit à des applications pratiques nombreuses.

Sur le terrain chirurgical, elle dicte une série d'actes locaux et généraux d'une importance égale pour l'opérateur et pour le thérapeute. Elle commande au premier de stériliser avec soin les foyers morbides sur lesquels il doit agir; de purifier avec persévérance et rigueur les régions exposées et les cavités où les microbes pourront persister insidieusement après l'attaque spécifique; d'attendre au moins, en cas de parasitisme permanent et inévitable, le retour des microbes à l'état latent; en cas d'infection locale circonscrite, de dépasser les zones suspectes ou de modifier ces zones par des moyens locaux appropriés; en un mot, elle complique sans doute le traitement préliminaire, mais de façon à décupler les chances des succès opératoires et aussi des succès définitifs.

La théorie rappelle au chirurgien thérapeute qu'il a le plus souvent affaire non seulement à des foyers microbiques patents ou latents, mais aussi à une affection parasitaire généralisée qui peut précéder, accompagner ou suivre les manifestations locales; que, en d'autres termes, si certains points circonscrits de l'organisme semblent et sont en effet plus gravement occupés par les parasites, le reste de l'économie, au degré près, est également envahi;

Qu'en conséquence, la thérapeutique doit toujours viser les deux éléments morbides et chercher à détruire les microbes, aussi bien dans les localités où ils se montrent que dans les profondeurs de l'organisme où ils se cachent;

Que chaque fois qu'on sera en possession d'un traitement spécifique, on devra l'appliquer avant, pendant et après les actes chirurgicaux ou les manifestations infectieuses;

Qu'au lieu de cesser ce traitement après la guérison apparente des traumas ou des affections réputées spontanées, comme on a trop de tendance à le faire, il faudra le continuer longtemps, très longtemps même, dans l'espoir de détruire les microbes pathogènes et leurs germes;

Qu'on devra profiter, beaucoup plus qu'on ne le fait, des périodes de latence prémorbides et postmorbides ainsi que des trêves plus ou moins longues qu'on observe entre les rechutes ou récidives, parce que la logique permet de croire qu'on détruirait plus facilement les micro-organismes lorsqu'ils sont rares et inactifs, que lorsqu'ils abondent et jouissent de toutes leurs propriétés nocives.

Si je ne me trompe, la théorie que j'expose aujourd'hui, et qui n'est encore qu'à l'état d'ébauche, prendra bientôt dans la science médicale la place qu'elle mérite, si j'en juge par les adhésions encore discrètes qu'elle commence à recevoir de toutes parts.

LECTURE

De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes. — M. G. PÉCHOLIER lit le résumé d'un mémoire sur ce sujet. (Sera publié.)

DISCUSSION SUR LES ALCOOLS

M. BERGERON donne lecture des conclusions nouvelles adoptées par la commission :

« 1° L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, telle qu'elle se pratique aujourd'hui avec les alcools industriels. Mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des mouts à la condition de se servir de sucre cristallisé.

2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.

3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

Parmi ces mesures, elle signale la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ouverts à l'importation des vins étrangers.

4° Les alcools dits supérieurs augmentant dans une forte proportion les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à la fabrication des liqueurs soient absolument purs.

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer, et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

La discussion sur cette nouvelle rédaction est remise à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXVIII

Pendant ce séjour de six semaines à Paris, je fus accueilli à la table de nombre d'amis :

Chez Brongniart, avec Coquebert, Beautemps-Beaupré, Audouin, Pariset, Milziensky;

Chez Audonin, avec plusieurs entomologistes, Latreille, Duponchel, Lepelletier de Saint-Fargeau, Audinet-Serville, Boisduval, Guérin-Méneville, Chevrosat, Milne Edwards;

Chez la baronne de Mello, avec le colonel d'Esclaibes qui partait ce jour-là pour l'Algérie;

Chez le docteur Treille avec le célèbre Broussais et son fils Casimir;

Chez le docteur Louyer-Villermay avec le général Lamarque, docteur Husson, docteur Amussat, docteur Lucas;

Chez le colonel Péridon avec mon ancien camarade de l'armée le docteur Bailly et un fils du général Harispe que j'avais vu naître à Valence;

Chez le baron de Saint-Joseph, beau-frère de Suchet et chambellan du roi Charles X.

Le 2 avril, j'assistai à la séance publique de l'Académie française pour la réception de Lamartine qui prononça l'éloge de Daru; le grand poète était alors jeune, beau, inspiré; un discours de Cuvier, une poésie de Victor Hugo.

1835.

Du 24 mars au 10 mai, mon troisième voyage à Paris. Mon but principal était de présenter à l'Institut pour le concours Montyon l'*Anatomie des orthoptères, hyménoptères et névroptères*; commissaires du concours : Duméril, Serres et Ducrotay de Blainville. Mon protecteur pour les ouvrages de cette nature, le grand Cuvier, était mort ainsi que Latreille; le sort de mon travail en souffrit, les frais de gravure devinrent une sérieuse difficulté. Depuis mon dernier voyage, le Jardin des Plantes avait été l'objet de changements considérables et d'importants embellissements; les belles serres vitrées étaient achevées; on pouvait s'y promener au milieu d'arbres et d'arbustes tropicaux, de fougères gigantesques; on avait construit un vaste édifice pour les galeries de minéralogie, géologie, botanique. Je remis à Brongniart, pour l'herbier du Muséum, de nombreux échantillons de plantes de Saint-Sever, des Pyrénées et d'Espagne. Le 30 mars, je présente à l'Institut mon travail qui est inscrit pour le concours; le baron Ch. Dupin présidait la séance; Arago, secrétaire perpétuel, exposait ses rapports avec un admirable talent.

Je fis avec le général Durrieu, notre député, une visite au chef de division du ministère de l'Instruction publique, dans l'intérêt du collège de Saint-Sever, qui est noté par l'inspecteur comme étant en voie de progrès.

Le baron Larrey. — Le *vertueux* Larrey (Napoléon), la *Providence des soldats* aux campagnes d'Italie, d'Orient, d'Espagne, de Russie; je l'avais entrevu à Madrid et à Logrono, je refis sa connaissance à l'Hôtel des Invalides dont il était alors le chirurgien en chef; il m'accueillit avec une affectueuse bienveillance. En 1835, soixante-neuf ans, taille un peu au-dessous de la moyenne, embonpoint médiocre, cheveux gris un peu flottants sur les épaules, figure énergique ne démentant point son origine pyrénéenne, nez gros, physionomie de bonté et de fermeté, grande activité physique et morale, revendiquant les épaulettes pour les chirurgiens militaires, ayant conscience de sa haute personnalité scientifique et des éminents services qu'il a rendus aux armées, étalant avec une complaisance un peu vaniteuse les riches cadeaux qu'il a reçus de divers souverains de l'Europe : tabatières, médaillons, anneaux, etc.; auteur de nombreux écrits qui feront aussi vivre son nom. Il me fit cadeau de son dernier ouvrage sur ses *Campagnes* (voir dans mes *Impressions de voyage aux Pyrénées* les lignes que m'inspira la vue de l'inscription commémorative dédiée à Larrey sur la porte de sa modeste maison, à Beaudéan, (Hautes-Pyrénées). Il est mort en 1841, au retour d'une inspection des hôpitaux de l'Algérie.

Feisthamel. — Général, entomologiste passionné, joli homme, très affable.

Docteur Auzoux. — Célèbre par l'invention de l'*anatomie clastique* ou de préparations spéciales pour faciliter et vulgariser l'étude de l'anatomie. Ce sont des pièces artificielles en carton pâte, imitant la nature dans ses plus minutieux détails de forme et de couleur; elles peuvent se monter et se démonter à volonté; elles représentent par leurs divers assemblages tous les rapports des organes entre eux ou des parties d'un organe entre elles (de κλαω, rompre). Les sujets humains de grandeur naturelle se vendent 3000 francs. J'ai parfaitement étudié dans le laboratoire du docteur Auzoux, rue de l'Observance, le grand et le petit sympathiques; d'après lui, le grand sympathique a un développement d'autant plus considérable qu'on l'observe chez les animaux moins élevés dans l'échelle zoologique. Auzoux avait alors quarante-cinq ans, taille ordinaire, cheveux châtain foncé, corps maigre, figure laide, très instruit; en 1858, je le revis; il me fit cadeau de son ouvrage d'anatomie et de physiologie que je n'ai pas encore eu le courage de lire. Il a reproduit en clastique un sujet de chaque grande famille des animaux; le type des insectes, le hanneton, est décomposable en 500 fragments.

En 1835, je revis mon vieil ami Persoon, tombé dans la décrépitude et la misère.

VISITE AU ROI LOUIS-PHILIPPE.

J'avais un vif désir de voir de près, dans une audience, S. M. Louis-Philippe, par un simple sentiment de respectueuse curiosité. Mon ami le général Bugeaud, qui était fort bien en cour, m'assurait qu'il me suffirait de demander par écrit une audience pour l'obtenir; mais je n'osais pas prendre cette initiative. Le 27 avril, en rentrant le soir dans mon hôtel du passage de la rue Mazarine, je trouvai un billet de Bugeaud; il m'informait que le lendemain, à huit heures et demie du soir, nous serions reçus l'un et l'autre au palais des Tuileries; je ne pouvais plus reculer, Bugeaud me disait qu'il me suffirait d'ajouter au costume de soirée des souliers et des bas de soie noire. A l'heure convenue, le 28 avril, je vais, *en remise*, chercher Bugeaud à l'École militaire, et nous arrivâmes rapidement au bas de l'escalier du pavillon Marsan; ni gardes ni valets; à peine entrés dans un petit salon, j'entendis annoncer à haute voix « le général Bugeaud et M. Léon

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 681.

Dufour, de l'Institut ». Je devins chair de poule; j'étais loin de me croire définitivement à la cour en n'apercevant que sept à huit personnes avec absence de toute étiquette, de tout cérémonial. J'avais toujours les yeux fixés sur mon ami qui me dit tout bas que nous étions en présence de Mme Adélaïde, sœur du roi; elle était occupée avec deux dames à broder; elle me fit le plus gracieux accueil. J'étais fort ému; je remarquai pourtant sa taille élevée, sa figure pâle et régulière. La reine était en Belgique avec plusieurs des princes.

Préoccupé de cette simplicité de personnes et de choses, je me sentis attiré par le bras et je fus présenté par Bugeaud à un monsieur en habit noir et avec le simple ruban de légionnaire; ce monsieur dit : « Je vous remercie, mon cher général, de me présenter M. Dufour »; je crus d'abord que c'était un ancien camarade dont Bugeaud voulait me procurer la connaissance; j'étais sur le point de répondre une banalité, lorsque le souvenir de l'effigie des écus me vint à l'esprit et me donna la certitude que j'étais en présence du roi Louis-Philippe. Son abord fit immédiatement cesser ma contrainte, mon émotion; j'écoutai avec avidité une conversation qui se continua une demi-heure et à laquelle je pris part.

La conversation du roi avec moi roula sur le département des Landes, sur la population des villes de Saint-Sever et Mont-de-Marsan, sur le général Lamarque qu'il savait être né dans la première de ces villes; il me dit qu'il avait l'intention de faire un voyage à Bordeaux et à Pau, mais que la guerre carliste l'empêchait de pouvoir réaliser ce projet. Il aborda ensuite en agriculteur la question du défrichement des grandes landes, de l'assainissement, de la canalisation, des semis de pins, etc. Il cita à cette occasion une de ses propriétés en Basse-Bretagne, provenant de la succession du duché de Penthièvre; il n'en retirait depuis vingt ans qu'un revenu de 900 francs; ayant ordonné des plantations de pins, qui conviennent à la nature du sol, il espère l'accroissement notable de son revenu. Avec Bugeaud, le roi traita très explicitement de la question de la guerre civile actuelle en Espagne; il avait peu de confiance dans Valdez et Mina; la langue espagnole lui est très familière; puis il parla des débats parlementaires, des orateurs qui apprenaient leurs discours par cœur (les généraux Foy et Lamarque).

Louis-Philippe avait alors soixante-deux ans, taille à peine au-dessus de la moyenne, corps droit et bien pris, physionomie ouverte quoique un peu grave, figure régulière, teint décoloré, manières aisées, perruque dissimulant mal les cheveux gris, parole facile, aptitude remarquable à traiter pertinemment les sujets les plus variés. Les personnes qui se rendirent successivement au salon et qui vinrent interrompre notre petite audience furent les généraux Gourgaud, Dauthoir, Atalin, M. de Barante et sa jolie femme, M. Mulling, ambassadeur du Wurtemberg. Bugeaud me présenta au colonel Berthois, aide de camp du roi, que j'avais connu lieutenant du génie à l'armée d'Aragon; une légère discussion s'engagea entre Bugeaud et Gourgaud sur l'opportunité de la guerre en 1831; Bugeaud était opposé à cette guerre.

Après une heure passée dans cette cour réellement bourgeoise et pendant que le roi conversait avec M. de Barante, nous nous esquivâmes, Bugeaud et moi, en passant par la salle du trône et le salon des maréchaux; j'en admirai les beaux tableaux, les riches tentures; sur la demande de Bugeaud, un valet porteur de clefs nous fit descendre par le grand escalier, ouvrit la porte principale du palais et la referma sur nous. Je reconduisis Bugeaud à l'École militaire et je rentrai au logis, tout fier de ma royale soirée.

Au moment où je transcris de mon carnet de 1835, dans ce livre d'outre-tombe, les souvenirs de mon entrevue avec le roi Louis-Philippe, vingt-quatre ans après, quels changements, quelle métamorphose dans ce palais des Tuileries! quelle succession de personnages! que d'événements passés, présents et futurs!

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Paris, 30 juillet 1886.

Mon cher directeur,

Notre honorable confrère d'Elbeuf, M. Buffet, me prend à partie dans votre numéro du 29 juillet, au sujet du procédé des pinces à demeure appliqué à l'hystérectomie vaginale, et m'accuse en termes courtois de m'attribuer une priorité qui appartiendrait à M. Péan.

Les questions de priorité sont fastidieuses, et j'en ferais volontiers bon marché. Un point, cependant, mérite de fixer l'attention.

Les pinces à demeure sont adoptées par la plupart de mes collègues, à la suite de ma communication à la Société de chirurgie (11 novembre 1885). Les observations de M. Péan, qui d'ailleurs ne seront publiées qu'aujourd'hui même dans la thèse de M. Gomet (*De l'hystérectomie vaginale en France*, juillet 1886), auraient-elles amené ce résultat? La lettre même de M. Buffet nous permet de juger la question. « J'ai lu, dit-il, que M. Péan conseille de laisser de longues pinces à demeure dans le péritoine pendant vingt-quatre heures, *si les ligatures ne tiennent pas ou qu'un vaisseau vienne à saigner.* » Je n'en demande pas davantage; car il s'agit-là d'un expédient que plusieurs chirurgiens, M. Bœckel entre autres, ont utilisé quand ils n'ont pu faire autrement. Mais aucun jusqu'ici n'avait mis en pratique le procédé que je conseille, pour la même opération et *dans les mêmes termes*, c'est-à-dire en laissant les pinces longues *de parti-pris* dans la cavité pelvienne pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

M. Buffet dit encore : « J'ai entendu M. Péan citer très simplement, et *comme une chose qui lui est familière*, l'application de deux pinces longues sur les ligaments larges, et *leur maintien dans la cavité péritonéale.* » Voilà qui n'est pas d'accord avec les documents fournis par M. Péan lui-même au docteur Gomet pour sa thèse. M. Buffet, s'il veut bien lire ce travail, pourra voir que, sur neuf hystérectomies vaginales, une seule fois M. Péan laissa les pinces pour l'hémostase définitive, et cela par nécessité, les parties serrées étant trop hautes pour que la ligature fût possible. Dans tous les autres cas, il a placé des ligatures, enlevé les pinces et fermé le péritoine.

En résumé, tous mes collègues faisaient des ligatures, et les pinces à demeure ne figurent dans aucun des procédés exotiques. Il me suffit d'avoir démontré que ces dernières peuvent être employées *dans tous les cas*, pour simplifier l'acte opératoire, abréger la manœuvre intra-péritonéale et assurer l'hémostase définitive; qu'en un mot elles constituent non pas un expédient, mais un procédé de choix pour le traitement des ligaments larges. Nous avons maintenant, mon collègue Terrier et moi, dix observations qui en témoignent; tous les confrères qui nous ont vus opérer à l'hôpital Bichat sont d'avis que l'opération est transformée par la suppression des ligatures, et n'élèvent aucun doute sur la question de priorité.

Agréez, mon cher directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr G. Richelot,
Chirurgien des hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle, ouvert le mardi 1er juin 1886 à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé aujourd'hui même, mercredi 4 août 1886, à trois heures du soir. Ont été proclamés agrégés, pour les Facultés de médecine ci-après désignées, les douze candidats dont les noms suivent :

A. *Anatomie et physiologie.* — Faculté de Paris : MM. les docteurs Quenu et Poirier.
Faculté de Bordeaux : M. le docteur Ferré.
Faculté de Lille : M. le docteur Assaky.
Faculté de Lyon : MM. les docteurs Rodet et Jaboulay.
Faculté de Montpellier : MM les docteurs Gilis et Tapie.
Faculté de Nancy : MM. les docteurs René et Nicolas.

B. *Histoire naturelle.* — Faculté de Bordeaux : M. le docteur Nabias.
Faculté de Lille : M. le docteur Barrois.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19906.

N° 91. — SAMEDI 7 AOUT 1886. 59e ANNÉE SAMEDI 7 AOUT 1886. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ablation du col utérin, élytrorrhaphies antérieure et postérieure, colpopérinéovulvorrhaphie.

Dans notre dernière Revue clinique, nous avons parlé d'une malade sur laquelle M. Nicaise avait pratiqué successivement l'ablation du col utérin, l'élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie.

Notre cher maître, M. Trélat, nous a fait voir une malade de son service qui a subi également ces trois mêmes opérations avec des résultats pleinement satisfaisants.

Nous allons résumer l'histoire de cette malade en nous aidant, d'ailleurs, de notes communiquées par M. Cantin, interne suppléant de ce service.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, cuisinière, couchée salle Sainte-Catherine, n° 23.

Réglée à quatorze ans, elle devint enceinte en 1872 et fut accouchée, le 18 juin de l'année suivante, à l'hôpital des Cliniques, par M. le professeur Depaul. Le bassin fut trouvé rétréci, et M. Depaul fit administrer le chloroforme avant d'appliquer le forceps. Il amena l'enfant vivant, mais avec tant de difficulté qu'il recommanda vivement à cette femme, s'il lui arrivait de redevenir jamais enceinte, de se présenter à la Clinique dès le huitième mois au plus tard, afin de s'y faire délivrer par un accouchement provoqué avant terme.

Quatre ans plus tard, en 1877, elle entra pour la première fois dans le service de M. Trélat, à l'occasion d'un abcès d'une grande lèvre. M. Trélat constata l'existence d'une déchirure du périnée et d'un commencement de cystocèle. En conséquence, il pratiqua d'abord une périnéorrhaphie qui réussit parfaitement, et il remit à l'année suivante l'élytrorrhaphie antérieure qui devait remédier à la cystocèle. En 1878 donc, nouvelle opération, à la suite de laquelle cette femme se trouvait très bien.

Malheureusement elle redevint enceinte en 1880 et fit une fausse couche à trois mois et demi.

La cystocèle reparut.

Une nouvelle grossesse, survenue deux ans plus tard, se termina par un accouchement à huit mois, provoqué par M. Pajot, en 1883, à la Clinique de la Faculté.

Dès lors la cystocèle prit un développement croissant; il s'y joignit un certain degré de rectocèle. Bientôt la gêne en résultant devint telle que cette malade ne pouvait plus se tenir debout quand elle rentra, le 14 juillet dernier, à la Charité, dans le service de M. Trélat.

En outre des cystocèle et rectocèle, on constata un accroissement considérable du volume de l'utérus, qui se trouvait en rétroversion. La cavité de cet organe, mesurée à l'hystéromètre, présentait une longueur de 11 centimètres.

M. Trélat commença donc par raccourcir l'utérus au moyen d'un évidement méthodique permettant de fermer la plaie sur chaque lèvre, en rattachant sa muqueuse interne avec la muqueuse vaginale. Le col hypertrophié fut presque entièrement enlevé ainsi, car la cavité utérine ne mesure plus aujourd'hui que 6 centimètres 1/2 de longueur. Mais, je le répète, au lieu de donner à l'évidement une forme pleinement conoïde en enlevant le plus possible et le plus haut possible du tissu de l'organe, y compris sa surface interne, M. Trélat traça un sillon qui intéressait plus profondément chacune des parois vers le milieu de son épaisseur que vers l'une de ses deux surfaces. Dans la partie où la surface interne était revêtue d'une muqueuse, deux sutures isolées reformaient chaque lèvre en rapprochant l'un de l'autre les deux bords de la plaie, formés chacun par un segment effilé de tissu utérin appartenant à la même paroi. Sur les côtés, la plaie était fermée par le rapprochement des parois évidées entre elles. Du même coup, M. Trélat pratiqua l'élytrorrhaphie antérieure, afin de remédier à la cystocèle; et cette double opération exigea vingt-trois sutures.

La réunion se fit par première intention sans accident d'aucune sorte, et le 23 juillet M. Trélat voulut compléter le résultat, déjà excellent, en supprimant la rectocèle et rendant la vulve très étroite, par une opération qui n'est pas seulement une colpopérinéorrhaphie, mais pour bien dire aussi une vulvorrhaphie, car le périnée ainsi rétabli dépasse en avant les limites du périnée naturel.

En effet, les derniers fils ayant été retirés hier matin, on constata que la réunion était complète sur toute la ligne et que l'ouverture de la vulve avait 1 centimètre de diamètre environ.

Bien entendu, par cette ouverture aucune tumeur ne sort plus. D'ailleurs les élytrorrhaphies, soit antérieure, soit postérieure, ayant complètement réussi, il n'existe plus ni cystocèle ni rectocèle.

Cette femme se trouve très heureuse; elle n'éprouve plus

aucune douleur, aucune gêne; elle va sortir de l'hôpital pour reprendre sa profession de cuisinière, et elle a promis qu'elle reviendrait, de temps en temps, donner de ses nouvelles.

Prolapsus douloureux d'un ovaire; ovariotomie vaginale.

Au nombre des opérations dont l'idée seule épouvantait autrefois et qui, par suite des progrès des méthodes d'antisepsies, sont devenues actuellement d'une bénignité singulière, on peut citer cette catégorie rare d'ovariotomie qui est pratiquable par le vagin.

Nous en avons vu dernièrement un exemple à la Maternité, dans le service de M. Tarnier, que M. Bouilly supplée actuellement.

Il s'agissait du prolapsus d'un des ovaires, chez une femme encore très jeune. L'ovaire déplacé était devenu le siège de douleurs vives, s'exaspérant durant les périodes menstruelles.

La malade, âgée de dix-huit ans et demi, racontait qu'elle avait été menstruée vers l'âge de quatorze ans, toujours d'une façon très irrégulière, mais sans aucune espèce de douleur jusqu'à une chute qu'elle fit il y a deux ans. Dans une ronde rapide avec des camarades, elle avait été lâchée tout à coup par ses amies et était tombée violemment sur le sol.

A partir de ce moment, elle avait commencé à éprouver dans le bas ventre, surtout quand elle avait ses règles, des douleurs qui, d'abord tolérables, devinrent excessivement pénibles au bout de quelques mois.

On constata par le toucher qu'en effet un ovaire, l'ovaire droit, était venu se fixer dans le fond du cul de sac péritonéal postérieur. Ainsi déplacé, évidemment, il était devenu incapable de jouer désormais un rôle utile dans la fonction de reproduction, et son ablation était indiquée.

C'était d'ailleurs là une opération d'une facilité très grande. Une fois le péritoine ouvert par le vagin, l'ovaire en prolapsus allait se présenter sous la pince du chirurgien. Dans le cas présent, il était accompagné d'une anse d'épiploon à laquelle il adhérait et qu'on rencontra la première. On le trouva augmenté de volume, et l'hypertrophie portait également sur la trompe correspondante qu'on enleva du même coup.

Sans pratiquer aucune suture, on remplit le vagin de gaze iodoformée; et les suites furent tellement simples qu'il n'y eut pas même une élévation appréciable de température.

Le surlendemain, la jeune malade criait la faim et demandait qu'on l'alimentât comme une personne bien portante.

Le parasitisme microbien latent.

Nous venons de lire la thèse de M. Léon Jaubert sur le parasitisme latent, thèse dont M. Verneuil avait parlé dans la dernière séance de l'Académie, en faisant d'expresses réserves sur les idées personnelles de l'auteur, qui, disait-il, s'est avancé beaucoup plus loin que lui.

En effet, dans ce mémoire très étudié et remarquable par la solidité de la préparation, comme par la netteté de l'exposition, nous avons trouvé ce que nous cherchions en vain dans le discours de M. Verneuil, un essai d'interprétation de faits d'ailleurs parfaitement connus, une théorie qui cherche à expliquer l'innocuité des germes morbides pendant de longues périodes de sommeil et leur réveil subit dans des circonstances déterminées, enfin une doctrine qui a pris corps et devient saisissable pour qui la discute.

Se borner à dire que les germes des maladies à la fois contagieuses et persistantes, telles que la syphilis, doivent être sans doute des microbes, dont la présence constitue, durant les périodes d'accalmie, un *parasitisme microbien latent,* c'est faire un choix de mots pour exprimer une hypothèse que chacun agitait souvent en soi-même depuis les belles découvertes de M. Pasteur; mais ce n'était répondre en aucune manière à la question qui surgissait aussitôt: Comment et pourquoi les germes de maladie, parasites microbiens ou non, restant dans un même organisme, y sont-ils sans action durant de longues périodes, pour produire à certains moments les phénomènes les plus désastreux?

« Il est en effet, dit M. Jaubert, impossible d'admettre que des bactéries adultes puissent persister ainsi inoffensives dans l'organisme, car elles doivent forcément, comme conséquence de leur vitalité, amener des troubles et des lésions dans les tissus en les décomposant pour y puiser les principes nécessaires à leur nutrition et à leur respiration (oxygène, azote, carbone), et en les altérant par leurs produits de désassimilation, de fermentation. Si dans les bronches ou les voies digestives, les bactéries peuvent séjourner impunément, sans amener d'accidents, cela tient uniquement à ce qu'elles sont séparées des tissus et du sang par des épithéliums qui leur opposent une barrière infranchissable. Cela est si vrai que, quand cette barrière est rompue, quand, par suite de la destruction partielle de l'épithélium, ils trouvent une porte d'entrée leur permettant de passer dans les cellules parenchymateuses, alors éclatent divers troubles morbides... A l'intérieur de nos tissus, du sang et des lymphatiques, il n'y a aucun microbe dans les conditions normales, car l'état de santé serait incompatible avec leur présence. Les bactéries qui produisent le paludisme, la syphilis, l'ostéomyélite, sont essentiellement nocives et on ne peut admettre leur présence dans les tissus, sous cette forme, à l'état latent. Si elles y restaient telles quelles, elles y occasionneraient forcément les mêmes lésions. Les mêmes causes produisent les mêmes effets. »

Voilà bien l'objection, telle qu'elle s'est présentée à l'esprit de tous ceux qui suivaient les belles découvertes de M. Pasteur et de ses élèves, cette objection qu'il fallait d'abord écarter, de quelque manière, avant de prétendre édifier une théorie sur le parasitisme microbien latent.

« C'est en réfléchissant à cette apparente contradiction, dit M. Jaubert, que nous avons été amené à penser que, dans la majorité des cas, ces microbes latents ne devaient pas être dans les tissus sous forme de bactéries, mais plutôt sous forme de spores, ce qui est loin d'être une seule et même chose, si l'on veut bien se rappeler les propriétés physiologiques différentes des microbes, suivant qu'ils sont à l'état *adulte* (bactéries) ou à l'état d'*embryons*, de *germes* (spores)...

Toutefois nous devons faire exception pour les bacilles de la tuberculose; le microscope montre nettement l'existence de ces micro-organismes, à l'état adulte, dans certaines régions (peau, ganglions, etc.), où ils peuvent rester plusieurs années latents, ne révélant leur présence par aucun symptôme sérieux et passant en quelque sorte inaperçus, jusqu'au jour où un traumatisme ou une cause débilitante quelconque viendra, en modifiant le terrain ou en produi-

sant une auto-inoculation, provoquer leur multiplication et leur généralisation, aboutissant à une granulie ou à une méningite tuberculeuse mortelle. Mais si les bacilles de la tuberculose peuvent, contrairement aux autres, rester sous cette forme, à l'état latent, cela tient à la propriété qu'ils ont d'amener autour d'eux, par irritation, une prolifération conjonctive qui les isole, les enkyste pour ainsi dire, et ne leur permet, dans bien des cas, que des ravages très limités.

Mais pour toutes les autres affections, paludisme, syphilis, ostéomyélites, érysipèle, ce n'est qu'en passant à l'état de spores que les bactéries peuvent rester impunément dans les organes. Si l'on veut bien accepter l'explication que nous proposons, et admettre que ce ne sont pas les bactéries elles-mêmes, mais leurs *spores*, qui sont latentes, tout devient clair et facile à expliquer. »

Voilà donc le nœud de la question, suivant M. Jaubert, qui, en cela, s'écarte absolument de M. Verneuil, comme l'ont prouvé d'ailleurs les réserves expresses faites par cet orateur à ce sujet.

M. Jaubert distingue entre les deux états qui, l'un et l'autre, ont été décrits par M. Pasteur et par son école, relativement à ces êtres infiniment petits.

D'une part, l'état d'évolution active, de fonctionnement organique, si l'on peut s'exprimer ainsi, avec sécrétion des produits caractéristiques de ce fonctionnement, d'accroissement, de prolifération, de multiplication, sous les formes qui permettent de les reconnaître et de les classer.

D'une autre part, l'état de germes ou de spores, état qu'elles peuvent conserver durant des années, peut-être des siècles, sans fonctionnement apparent, sans sécrétion, sans vie manifeste.

« Nous avons vu, dit M. Jaubert, que lorsque les bactéries ne trouvent plus, sur le sol ou dans l'organisme, les conditions favorables à leur développement ou à leur entretien, lorsque le terrain où elles se trouvent est modifié au point de ne plus offrir un milieu propre à leur culture ; en un mot, quand elles se sentent menacées dans leur existence, elles repassent à l'état de spores, s'enkystent pour ainsi dire, et, sous cette forme, elles peuvent persister presque indéfiniment, sans manifester leur présence par aucun accident. Sous cette forme, elles sommeillent plutôt qu'elles ne vivent; leurs échanges vitaux sont réduits au minimum, et comme les animaux hibernants ou certains batraciens, elles peuvent, grâce à un degré de nutrition excessivement faible, vivre en grande partie avec leur propre substance, en empruntant infiniment peu au milieu ambiant. Ces soustractions qu'elles font subir à l'économie sont trop légères pour y apporter des troubles, et leurs produits de désassimilation (ptomaïnes) en quantité trop minime pour ne pas être éliminés rapidement par les reins et la peau. Ainsi transformées, les bactéries sont tout à fait inoffensives pour l'organisme et peuvent rester à l'état latent, sans occasionner aucun désordre, dans les tissus, jusqu'au jour où, soit diminution de la résistance vitale, soit modification chimique dans la constitution des éléments histologiques, elles trouvent un milieu favorable à leur évolution. Elles repassent alors à l'état de bactéries, redeviennent actives et produisent de nouveau des accidents de même nature que les premiers. »

Un autre passage nous indique ce qu'on entend par résistance vitale dans cette théorie microbienne; c'est une lutte qui s'engage entre les microbes introduits et les cellules des tissus. Les cellules peuvent l'emporter et détruire les bactéries, du moins celles qui se présentent à l'état adulte, étant aidées dans ce travail par les globules rouges du sang qui brûlent par oxidation ceux qui sont passés dans le torrent circulatoire et par les globules blancs dont le rôle paraît être de s'emparer, grâce à leurs expansions sarcodiques, des bactéries qui pénètrent dans le sang et de les détruire. Mais si l'organisme est affaibli et n'a pas assez de force pour détruire les microbes et les absorber, s'il est vaincu dans « cette lutte pour la vie », c'est la maladie et souvent la mort.

M. Jaubert rappelle que les microbes ont besoin, pour se développer, de trouver un milieu qui leur convienne, alcalin pour les uns, acide pour les autres ; et il résume toutes ces données en faisant entrer le mot microbienne à la place du mot zymotique, dans la formule bien connue de Jules Guérin. « Comme on l'a dit avec raison, il faut deux choses pour la production d'une maladie microbienne : l'agent infectieux et le terrain. »

Comme on le voit, nous sommes ici en présence d'un tout bien conçu. M. Jaubert a mis à profit toutes les données recueillies par l'école de M. Pasteur, afin d'en constituer un système qui se tienne et de fournir une explication au moins plausible pour des faits cliniques qui s'imposent et dont la plupart sont connus depuis bien longtemps.

« En adoptant, dit-il, cette manière de voir, on conçoit très bien que les microbes puissent rester impunément et pendant des années dans les tissus, puisque l'innocuité est une propriété caractéristique des spores qui ne deviennent dangereuses que du jour où elles passent à l'état adulte, à l'état de bacilles ou de vibrions.

On comprend également, ce qui est absolument inexplicable pour les microbes adultes, la reproduction des accidents, à une époque plus ou moins éloignée; ce retour offensif n'étant que la conséquence logique du passage des *spores dormantes* à l'état de *bactéries pathogènes*. Si elles étaient restées longtemps inoffensives, latentes, c'est que jusque-là elles n'avaient pas trouvé, dans l'organisme qu'elles habitaient, un milieu favorable à leur développement. Mais il est arrivé un moment où les tissus ont faibli, ou bien ont été modifiés par le traumatisme, au point de leur fournir un terrain de culture suffisant. »

Nous avons exposé jadis les théories fondamentales de la pathologie cellulaire de Virchow, alors qu'elle était à la mode.

Aujourd'hui la mode a changé; et nous devons à nos lecteurs de suivre avec eux l'évolution de la pathologie microbienne, où se trouvent généralisées les données fournies à la science par l'école de M. Pasteur.

A ce point de vue, la thèse de M. Léon Jaubert mérite une attention spéciale. Nous en reprendrons l'examen.

UNE ÉPIDÉMIE DE DIPHTHÉRIE

Par M. le docteur Eugène Bernard (de Forcalquier).

Le 10 janvier 1886, on vient me réveiller à cinq heures du matin, en me priant de me rendre, aussitôt que possible, dans une campagne située à environ 6 kilomètres de Forcalquier, pour donner des soins à un enfant qui, me dit-on, est atteint du croup. J'arrive deux heures après devant un cadavre : le petit Louis F..., âgé de quatre ans et demi; il avait succombé pendant mon voyage. — « Mais, me dit la pauvre mère, il ne faut pas partir comme vous êtes venu ; nous avons un autre malade. »

Des interrogations que je fais immédiatement, il résulte que, le 28 décembre dernier, dans le but de la soustraire aux dangers d'une épidémie régnante, une enfant de trois ans, Angèle B..., avait été envoyée, d'un village des Bouches-du-Rhône, dans l'habitation actuellement en deuil. Aucun bruit d'épidémie ne circulait ici; aucun croup n'avait été signalé. La petite Angèle n'était malade ni à son arrivée ni dans la suite; on n'avait pas pris garde, lorsque, le 5 janvier, Gonzague F..., âgé de onze ans, puis le 7 du même mois, Louis F..., âgé de quatre ans, parurent un peu fatigués. S'ils avaient un peu de malaise et d'abattement, puis de mal à la gorge, il semblait naturel d'attribuer tout cela à *un refroidissement*. Aussi ne vint-on chercher le médecin que quand la vie du petit Louis F... fut sérieusement menacée par l'asphyxie. La description, que me fit la mère, de la maladie de cet enfant, m'a fait porter le diagnostic rétrospectif : *croup*. Le mal avait marché avec une rapidité presque foudroyante, puisqu'il ne dura que trois jours.

On me présente donc le jeune Gonzague, que je trouve au lit, abattu, plombé, prostré physiquement et moralement. La maladie avait débuté par du malaise, puis il était survenu du mal à la gorge, de la gêne dans la déglutition, de la fièvre. Actuellement la fièvre est moyenne. La respiration est normale; rien aux poumons. L'enfant ne tousse d'ailleurs pas, mais il exhale une odeur gangréneuse infecte. L'examen de la gorge me fait découvrir une large fausse membrane sur chaque amygdale, et une autre au pharynx. L'extension s'est faite aux fosses nasales d'où s'écoule abondamment une sérosité sanieuse. Les amygdales sont très grosses, les ganglions tuméfiés. L'enfant ne veut rien prendre. Je prescris un vomitif au sulfate de cuivre; cautérisation du fond de la gorge avec le perchlorure de fer; potion de Todd avec extrait de quinquina; alimentation. Je fais immédiatement sortir de la maison la petite Angèle B... et Clotilde F..., âgée de neuf ans. Les circonstances m'obligent à laisser auprès des parents un garçon de quinze ans, Joachim F... et une jeune fille de dix-huit ans, Marie, sa sœur. Je défends l'entrée de la maison à toute mère ayant des enfants jeunes avec elle ou chez elle, en insistant sur la contagiosité du mal. — (10 janvier.)

Je viens voir le malade quatre jours de suite. Il ne veut rien prendre, ni bouillon, ni potion; c'est à peine s'il veut se prêter aux cautérisations. Je fais donner des lavements de bouillon. L'état s'aggrave. Le 12, survient une épistaxis abondante qu'on arrête avec le perchlorure de fer. L'hémorrhagie se reproduit le lendemain; de nouveau suspendue, elle se reproduit le soir du même jour, et la mort arrive le 14 au matin, au neuvième jour de la maladie. Le diagnostic ne m'avait pas paru douteux un seul instant : *forme toxique de diphthérie* à marche relativement lente et n'ayant été accompagnée d'aucun accident du côté des voies pulmonaires. L'examen des urines avait été négligé et le fut pour les cas suivants à cause de grandes difficultés pratiques.

Aussitôt après cette mort, je fis désinfecter les objets qui avaient servi aux deux enfants en les plongeant dans l'eau bouillante, et la pièce qu'ils avaient habitée en y faisant brûler une grande quantité de soufre, toutes les ouvertures ayant été préalablement closes.

Ces précautions prises, j'espérais que l'épidémie s'arrêterait-là. Mais mon illusion ne fut pas longue. En effet, deux jours après, le 16, je fus appelé auprès de la jeune Clotilde, que j'avais évacuée dans une campagne située près de Forcalquier, et placée sur le flanc de la vallée du Viou, dirigée du nord au sud. Clotilde était fatiguée depuis le 14. Au moment où je la vis, elle avait un peu de fièvre, de l'inappétence, de l'abattement; mais elle se plaignait surtout de la gorge. L'examen me fit en effet découvrir, sur l'amygdale gauche un peu tuméfiée, une fausse membrane, de la largeur d'une pièce d'un franc. Pas de tuméfaction ganglionnaire, pas d'autres signes autrement inquiétants. Séance tenante, je fis une cautérisation avec le perchlorure, une injection sous-cutanée d'acide phénique, que j'ordonnai de continuer en potion, à raison de $0^{gr},03$ par jour, et je donnai en même temps la potion de Todd avec de l'extrait de quinquina. Il fut très facile d'alimenter la malade.

A ma troisième visite, le mieux fut bien dessiné : la fièvre était tombée, l'amygdale moins tuméfiée, la pseudo-membrane n'existait plus. Le lendemain, Clotilde était très contente et se disait guérie. — (20 janvier). Je recommandai bien de continuer la potion de Todd et l'extrait de quinquina, et je ne vis plus ma malade que le 8 février chez son père, où elle était arrivée complètement remise, mais où j'étais revenu pour soigner un frère aîné, Joachim, âgé de quinze ans.

Celui-ci, fatigué depuis la veille au matin, avait éprouvé, le 8, à son réveil, de la difficulté pour avaler. Son histoire est absolument celle de Clotilde : fausse-membrane sur l'amygdale gauche tuméfiée, pas de tuméfaction ganglionnaire, un peu de fièvre. — Même traitement, même guérison rapide. Mais un mois après le début de la maladie, je vois mon diagnostic confirmé d'une façon éclatante par une paralysie des muscles du voile du palais (mobilité du voile diminuée, nasonnement, impossibilité de rouler les R). Joachim ne fut d'ailleurs pas longtemps à souffrir de cet accident qui disparut de lui-même au bout d'un mois environ.

Cependant, le chef de cette nombreuse famille était malade, lui aussi, et non moins gravement. Le jour même où son plus jeune enfant fut atteint, le 7 janvier, cet homme se fit, à l'occasion d'un travail bien inutile, une écorchure au dos de la main droite, un peu au-dessous du niveau de l'articulation du poignet. Obligé de partir aussitôt pour les Hautes-Alpes où sa mère venait d'avoir une attaque d'apoplexie, il ne prit pas garde à sa petite plaie. Mais arrivé auprès de sa mère, il fut pris de frissons violents et répétés qu'il se contenta d'attribuer au froid de la saison. A son retour, la main et l'avant-bras étaient fortement tuméfiés.

Le 11 janvier, je constate un phlegmon de la main et de l'avant-bras avec tuméfaction des ganglions sus-épithrochléen et de l'aisselle. La petite plaie ne s'est pas agrandie, mais présente un très mauvais aspect. Persuadé, à cause du milieu où je me trouve, qu'il y a eu inoculation diphthérique, je fais, immédiatement ressortir la gravité du mal, et je propose, séance tenante, un débridement qui n'est pas accepté.

Le 13, cependant, je puis faire, après avoir lavé les parties et mon bistouri dans une solution de sublimé, trois incisions courtes et profondes qui donnent issue à une grande quantité de sérosité citrine. J'ordonne des bains de bras, des cataplasmes phéniqués, et un traitement général approprié.

Ne pouvant voir mon malade tous les jours, je lui recommande de ne pas négliger les lavages phéniqués et de me faire prévenir aussitôt si quelque chose d'anomal se présentait.

Le 17, il m'arrive avec un sphacèle de presque toute la peau du dos de la main. La gangrène me paraît bien limitée; les phénomènes ganglionnaires ont diminué d'intensité, ainsi que les autres phénomènes locaux et généraux. Je fais continuer les bains et les cataplasmes pendant deux jours encore, puis pansement phéniqué.

La partie nécrosée ne s'élimine que vers le 6 février. La plaie sous-jacente, loin d'être bourgeonnante comme je m'y attendais, est recouverte d'une matière pultacée, grisâtre, striée de noir, que je comparerais volontiers à de la pourriture d'hôpital. Je fis panser la plaie avec du jus de citron, qui ne put être supporté que pendant quatre heures, puis avec une solution boriquée.

Trois jours après, le 10 février, la plaie était détergée et commençait à bourgeonner; mais je constatai alors que les tendons extenseurs avaient été intéressés par la gangrène, ceux en particulier de l'index et du médius. Dès ce moment, toutefois, la cicatrisation se fait très régulièrement, et la plaie est complètement guérie le 23 mars.

Mais si tous les accidents locaux et les symptômes généraux corrélatifs avaient pris une marche favorable, des phénomènes d'un ordre nouveau m'avaient jeté dans une nouvelle inquiétude.

Le 10 février, Fortuné F... se plaignait d'une cuisson particulière à la pointe de la langue; puis des phénomènes oculaires se produisirent : la vue se troubla, diplopie, nuages, mouches vo-

lantes, puis tout lui apparut dans un brouillard. Cette amaurose, accompagnée de troubles profonds du côté du nerf acoustique, coïncidait également avec des troubles des organes génitaux. Le malade eut des désirs et des érections qui l'étonnèrent, en même temps que de la dysurie et une forte cuisson au moment de la miction. Puis des crises gastriques arrivèrent : douleurs fixes à l'épigastre s'irradiant un peu partout, sans vomissements toutefois, ni fonctionnement anomal de l'estomac ; sensation de constriction à la base du thorax. Presque en même temps survint de l'engourdissement des jambes, puis des bras, puis de tout le corps. La sensibilité était obtuse partout ; aucun mouvement précis n'était bien exécuté. La marche était cependant encore possible. Pas de douleur dans les membres.

Le 8 avril, je constatai que le malade *ne savait plus marcher*, selon l'expression de sa femme. Il présentait de l'ataxie des grands mouvements ; impossibilité de progresser et de garder la station debout, les yeux fermés ; abolition du réflexe rotulien et de la sensibilité plantaire (sensation du tapis très accusée). Étant donnés les phénomènes antérieurs et les symptômes actuels, je portai le diagnostic : *ataxie locomotrice consécutive à la diphthérie.* Je fis prendre du nitrate d'argent à l'intérieur et je proposai des pointes de feu sur la colonne vertébrale, qui ne furent pas acceptées. Je recommandai alors des badigeonnages iodés.

Le 10, je vis le malade avec le docteur Cognet (ancien collègue d'externat à Lariboisière), et le 14, avec le docteur Pascal. Ces deux confrères confirmèrent mon diagnostic sans rien changer au traitement.

Le 28, Fortuné F... allait un peu mieux.

Le 15 mai, la sensibilité est à peu près complètement revenue, le sol est bien senti sous les pieds et paraît solide, le réflexe rotulien se reproduit ; la santé générale s'est notablement améliorée. L'amélioration continue dès lors avec une rapidité surprenante, à telles enseignes que le malade peut faire, le 4 juin, une promenade de 4 kilomètres sans éprouver une fatigue réelle.

Ces accidents ataxiques chez le père et la paralysie des muscles du voile du palais chez le jeune Joachim, m'ont paru confirmer absolument mon diagnostic du début.

Cette épidémie d'ailleurs avait fait d'autres victimes. Le 5 février, dans une campagne située à un kilomètre au sud de la ferme où j'avais soigné la petite Clotilde, et dans la même vallée, mourait du croup, d'après le docteur Pascal, un garçon de huit ans, Marius G... Ce confrère soignait en même temps, dans la famille G..., une petite fille de onze ans atteinte d'angine ; et moi-même j'y fus appelé, le 6 du même mois, pour donner des soins à un garçon de quatorze ans et à la mère, tous deux atteints d'une angine qui présentait les caractères bénins que j'avais déjà notés dans la famille F... Il n'y eut donc dans la famille G... qu'un seul décès.

En résumé, une enfant de trois ans arrive d'un pays contaminé dans une famille composée de sept personnes. Quelques jours après, un premier enfant est malade, puis un second : tous les deux meurent ; l'un de la forme *croup*, l'autre d'une *forme toxique* de la même maladie. Le père est en même temps atteint de son phlegmon. L'évacuation de la maison est faite dans une ferme, où une petite fille est atteinte. Elle guérit. Mais la maladie, suivant la direction de la vallée du Viou, frappe une autre famille où, sur quatre malades, on n'a heureusement à constater qu'un seul décès. L'épidémie s'éteint ici. Elle reparaît dans la famille atteinte la première : guérison de Joachim, mais paralysie consécutive des muscles du voile du palais. Le père termine son phlegmon par la gangrène de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose et d'une partie des tendons extenseurs. Guérison, mais désordres ataxiques, qui actuellement ont totalement disparu.

Au total, neuf cas ; cinq dans la première famille, quatre dans la seconde, dont la filiation me paraît si nette qu'il m'a semblé utile, au point de vue épidémiologique en particulier, d'en rédiger la relation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Résection du maxillaire supérieur. — M. **VERNEUIL** présente deux malades sur lesquelles il a pratiqué une large résection du maxillaire supérieur, par le procédé qu'il a indiqué dans une précédente séance. C'est-à-dire qu'après avoir enlevé l'os, au lieu de réappliquer dans toute son étendue le lambeau qui avait permis de mettre la partie malade à découvert, il laisse persister pendant un certain temps une large brèche par laquelle on peut surveiller la récidive.

Sur ces deux malades, l'une présente encore à l'heure actuelle la brèche dont il vient d'être question, et qui rend facilement accessibles tous les points de la cavité opératoire. Sur l'autre, plus anciennement traitée, la brèche a été réparée trois mois après l'opération. M. Verneuil montre que sur cette dernière les résultats plastiques ne diffèrent pas de ce qu'ils eussent été si on avait fait d'emblée la réparation.

Pneumotomie. — M. **POULET** a observé un malade analogue à celui auquel M. Bouilly a fait la pneumotomie. Cette opération a été proposée au malade qui a refusé.

S'il avait accepté, M. Poulet aurait adopté la pratique qu'a suivie M. Bouilly (résection de côtes, pneumotomie, drainage).

Dans le cas où la plèvre n'aurait pas été adhérente, il aurait fait précéder son ouverture du passage de deux anses de soie à travers les feuillets pleuraux et le poumon.

M. **RECLUS**, à propos du cas de pneumotomie communiqué à la dernière séance par M. Bouilly, rapporte le fait suivant, qui montre que le diagnostic de kyste hydatique du poumon n'est pas toujours très facile. Il s'agit d'une jeune fille chez laquelle une ponction avait révélé la présence d'un kyste hydatique de la poitrine, et qui avait vidé ce kyste à la suite d'une vomique. Dans ces conditions, on supposa un kyste du poumon. Comme la poche était la cause d'accidents variés, auxquels n'avait pas remédié une première opération analogue à l'opération de l'empyème, il en fit une seconde ayant pour but d'ouvrir largement la poche, et, pour cela, il réséqua la douzième côte. Il fut facile de s'assurer, au cours de l'opération, que la cavité était creusée dans le tissu hépatique, et que la vomique résultait de l'ouverture de ce kyste dans le poumon.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade est guérie à l'heure actuelle.

M. **BOUILLY** dit que M. Moutard-Martin lui a écrit qu'il y a quelques années, il avait pratiqué, sans le vouloir, la pneumotomie.

Il s'agissait d'un malade chez lequel il faisait l'empyème pour une collection purulente de la région thoracique. Au cours de l'opération, il dut inciser le tissu pulmonaire et tomba dans une cavité qui n'était autre qu'un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

Cette observation est très intéressante ; mais la pneumotomie n'est là que comme incident opératoire, et l'observation que M. Bouilly a publiée reste la première, en France, dans laquelle cette pneumotomie a été pratiquée de propos délibéré.

Fractures périarticulaires. — M. **MARC SÉE**, revenant sur le traitement des fractures périarticulaires dont il a été question dans les précédentes séances, déclare qu'à l'encontre de M. Lucas-Championnière, il préfère l'emploi de la bande de caoutchouc, d'une application toujours facile, au massage qui, pour être bien pratiqué, exige une habileté et une longue pratique que tout le monde n'a pas.

Oophorectomie. — M. **TERRILLON** communique l'observation d'une femme chez laquelle il a pratiqué l'opération de Battey.

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans qui, dès l'âge de trente-six ans, commença à éprouver du côté du petit bassin des douleurs à formes névralgiques. Ces douleurs s'accrurent par la

suite et revêtirent un caractère de gravité tel que la vie de la malade en devint véritablement impossible, et que son état général s'altéra profondément.

Pour se guérir, elle essaya d'une série d'opérations, de manœuvres, de traitements variés, mais rien n'y fit. L'amputation partielle de l'utérus, pratiquée à un moment donné, exagéra bien plus qu'elle n'améliora l'intensité des crises; la dilatation des sphincters anal et vésical, pratiquée à un moment donné par M. Reclus, pour remédier à des contractures douloureuses de ces deux sphincters, fut suivie de quelque soulagement, mais celui-ci fut de courte durée. Enfin, l'emploi de tous les remèdes usités en pareille circonstance était resté sans résultat d'aucune sorte.

C'est dans ces circonstances que, d'accord avec M. Reclus, je proposai à la malade de lui enlever les ovaires. L'opération fut faite au moyen d'une petite incision de la paroi abdominale, par laquelle je pus faire pénétrer trois doigts. Les ovaires furent atteints avec quelque difficulté, mais il fut cependant possible de les amener au dehors, de lier leur pédicule et de les enlever.

Les suites opératoires furent des plus simples. Quant aux accidents auxquels l'opération devait remédier, ils disparurent comme par enchantement et l'état général de la malade s'améliora très rapidement.

L'examen des ovaires montra qu'ils n'étaient le siège d'aucune lésion appréciable.

M. TERRIER n'a rien à dire de l'opération de M. Terrillon, qui est des plus rationnelles. Il fera toutefois une remarque qui s'applique à toutes les opérations de ce genre en général.

Il croit qu'il serait bon dans l'avenir de faire examiner sérieusement par un médecin les malades auxquelles on veut enlever les ovaires et cet examen devrait porter surtout sur l'ensemble des symptômes hystériques que ces malades présentent le plus souvent. Cet examen serait renouvelé après l'opération, de façon à voir l'influence qu'elle a pu avoir à leur endroit.

La plupart des observations publiées sont muettes au point de vue où il se place, et c'est là à son avis une lacune regrettable, qu'il y aurait intérêt à combler dans l'avenir.

En ce qui le concerne, il a deux cas d'opération de Battey dans lesquels les résultats obtenus ont été tout à fait contradictoires.

Chez une de ces malades, les accidents hystériformes ont complètement disparu après l'opération. Chez l'autre, les phénomènes locaux ont guéri, mais les accidents hystériformes ont persisté.

M. VERNEUIL a été appelé, il y a quelque temps, auprès d'une femme d'une quarantaine d'années, forte, vigoureuse, mais hystérique, qui, à la suite d'une chute sur le bassin, avait eu des névralgies utérines très graves. Elle en était arrivée à ne plus pouvoir marcher.

On lui fit des cautérisations de l'utérus; puis celles-ci étant inefficaces, on lui enleva les deux ovaires. L'opération guérit, et les douleurs cessèrent immédiatement. Malheureusement, elles se reproduisirent dix jours après. La malade sollicita alors l'extirpation de l'utérus, qui lui fut refusée.

Consulté à ce moment, je conseillai un traitement interne, qui ne donna aucun résultat.

Si M. Verneuil cite cette observation, c'est pour montrer qu'il faut se défier des excellents résultats donnés au début à la suite de l'extirpation des ovaires. Ce ne sont là souvent que des résultats provisoires. Par contre, on doit se rappeler que ces accidents hystériformes disparaissent quelquefois tout seuls, et que d'autres fois ils ont disparu à la suite d'un simulacre d'opération.

M. RECLUS rappelle que la malade de M. Terrillon était dans une situation épouvantable au moment où il l'opéra, et tout ce qu'il lui avait fait était resté sans résultats. Quant à l'opération, elle a eu pour conséquence une guérison pour ainsi dire merveilleuse.

M. MARC SÉE fait remarquer que, dans le cas particulier de M. Terrillon, les ovaires étaient sains. Or, les chirurgiens les plus partisans de l'opération ont toujours considéré que l'opération ne devait être faite qu'en cas d'ovaires malades.

Cette considération suffit pour me faire craindre une récidive, qui serait certainement moins probable en cas de maladie de l'ovaire, car c'est dans ce cas seulement que l'on pourrait espérer enlever la cause du mal.

M. TERRIER. Ce que dit M. Sée serait admissible, peut-être, si le diagnostic de l'intégrité ou de la maladie des ovaires était chose facile, mais malheureusement il n'en est rien. Il est des cas, en effet, où l'intégrité d'un ovaire ne peut être affirmée ni sur la table d'amphithéâtre, ni même à la suite de l'examen histologique.

M. TRÉLAT. Il résulte de ce qui vient d'être dit, que l'ovariotomie normale présente des indications qui sont très difficiles à apprécier.

Si on se laisse aller à trop de facilité dans l'appréciation des cas où elle peut être pratiquée, on s'expose à opérer toutes les femmes qui ont des crises douloureuses dans le petit bassin, et cela conduirait loin. Si, au contraire, on n'opérait que les femmes dont les ovaires sont malades, on ne ferait pour ainsi dire jamais d'opération de Battey.

De cela, je crois devoir conclure que les malades dont il est question dans cette discussion, doivent être l'objet d'un examen particulièrement sérieux, et que si l'on se décide à l'opération, ce ne doit être que dans les cas graves, après que tous les moyens médicaux auront échoué.

M. TERRILLON croit aussi qu'il faut examiner tout particulièrement les malades sur lesquelles on doit pratiquer l'opération de Battey, et que cet examen doit être fait surtout au point de vue des accidents hystériformes que peut présenter la malade.

Pour ce qui est de l'objection de M. Sée, il est de l'avis de M. Terrier, c'est qu'il est presque toujours impossible de reconnaître les lésions de l'ovaire lorsque ces lésions ne sont pas de très grosses lésions.

Essai de chéiroplastie; tentative de restauration du pouce au moyen d'un débris de médius. — M. GUERMONPREZ (de Lille) fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 1er août 1886, ont été désignés :

MM. les médecins aides-majors de première classe Labronne, pour l'École de Saint-Hippolyte-du-Fort; — Hugard, pour l'École d'Autun ; — Carlier, pour l'École de Montreuil-sur-Mer.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Forgue, pour le 2e régiment du génie ; — Ramey, pour le 17e d'artillerie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Du 5 août au 9 octobre 1886, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours, de midi à deux heures.

Le secrétaire de la Faculté recevra, pendant la durée des vacances scolaires, tous les mercredis, de midi à deux heures.

La bibliothèque de la Faculté sera fermée, pour le nettoyage annuel, du 9 août 1886 au 31 du même mois inclusivement. Du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, elle sera ouverte le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures. A partir du 11 octobre 1886, elle reprendra son service quotidien.

— *École de médecine de Reims.* — M. Mouflier, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

M. le docteur Doyen est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur R. Tripier étant arrivé à fin d'exercice, M. le docteur Vinay passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu.

M. V. Chappet, médecin des hôpitaux, entre, comme titulaire, à l'hôpital de la Croix-Rousse.

— Un concours public pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le lundi 23 août 1886, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris.

Les pharmaciens des asiles publics d'aliénés du département de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement de début de 4000 francs.

— M. le docteur Loumeau est nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts de Bordeaux.

— Pendant la durée du Congrès de l'Association française, deux conférences publiques seront faites : l'une par M. le docteur Grancher, sur la prophylaxie de la rage ; l'autre par M. le docteur Martin, sur l'Assainissement des habitations.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Ficoni (de Cervione), qui a succombé ces jours derniers à une congestion cérébrable, à Prunette (Corse).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19911.

N° 92. — MARDI 10 AOUT 1886. 59e ANNÉE MARDI 10 AOUT 1886. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

De la bronchite des enfants en général, trachéite, trachéo-bronchite, bronchite aiguë simple, bronchite capillaire, broncho-pneumonie (1).

II

Après avoir passé en revue, dans notre dernière leçon, la bronchite aiguë simple, la trachéite et la trachéo-bronchite; après avoir indiqué à grands traits l'anatomie pathologique de la bronchite capillaire, de la broncho-pneumonie, nous en sommes arrivé à la symptomatologie.

Quels sont donc, tout d'abord, les signes fonctionnels de la broncho-pneumonie? Il n'y a pas de point de côté, mais de la dyspnée, de l'orthopnée, une très grande agitation, une véritable angoisse, une soif d'air, comme si les petits malades étaient en proie à un accès d'asthme. Le visage porte l'empreinte de troubles circulatoires prononcés, les veines sont distendues, la peau revêt un aspect violacé, bleuâtre; le nombre des respirations s'élève à 80 et 90 par minute. Quant aux crachats, il n'y faut pas compter, l'enfant ne sachant généralement pas cracher.

La percussion donne des indications très différentes : sonorité normale en certains points, exagérée en d'autres, et diminuée en d'autres points encore jusqu'à la submatité.

L'auscultation donne à la fois tous les signes de la bronchite des moyennes bronches, de la bronchite capillaire et de la pneumonie, c'est-à-dire des râles sous-crépitants fins avec des fusées de râles crépitants et plus profondément des râles inégaux, un souffle très limité en un certain point, souffle intense tenant à la broncho-pneumonie, souffle voilé ailleurs et dû à de la congestion pulmonaire. C'est aussi de l'apnée ou bien une respiration rude. La voix et les cris de l'enfant retentissent dans les points indurés. Les souffles cités tout à l'heure sont mobiles, s'entendent des deux côtés, inégalement répartis, passant d'un point à un autre, d'un côté à l'autre, en arrière surtout et au milieu de la poitrine. Cette mobilité est un caractère de la congestion et non de l'inflammation. En même temps, on observe de la céphalalgie, de l'insomnie, une grande agitation de tout l'être, agitation à laquelle succède de la prostration comme si l'encéphale était perdu.

Un jour, j'étais appelé auprès d'un enfant de dix-huit mois, atteint de coqueluche depuis un certain temps déjà et traité avec une telle énergie, par une sorte de charlatan, qu'il était plongé dans une prostration des plus profondes. A mon arrivée, je constatai une broncho-pneumonie et m'empressai de combattre l'état général par du café. Quant à la maladie des voies aériennes, il semblait que l'enfant en était arrivé à la période de l'agonie, tout entendement, toute expression des facultés intellectuelles étaient perdus. Cet état persista pendant quarante-huit heures et ne laissait pas que de me donner les craintes les plus sérieuses. Néanmoins je parvins à le guérir envers et contre tous. Ce qui prouve encore une fois que la broncho-pneumonie, presque toujours mortelle à l'hôpital, peut guérir en ville par un traitement approprié.

Quant à la marche, ainsi que je l'ai dit dans notre précédente conférence, le début en est toujours, pour ainsi dire, plus ou moins insidieux, la maladie procède par poussées successives; le pouls et la température sont des plus irréguliers, du matin au soir, dans la matinée, dans la journée, affectant presque les allures d'un empoisonnement palustre. Puis, au bout de deux ou trois jours, le mal éclate, la température est à 39 degrés, et six à sept jours plus tard survient une accalmie. Dans la forme subaiguë, la mort peut arriver en quelques jours et même en trente-six heures. Par contre, certaines formes plus lentes peuvent durer jusqu'à un mois et six semaines.

A l'hôpital, la mort est à peu près la règle; en ville la guérison survient dans la moitié des cas.

Lorsqu'il y a guérison, celle-ci se fait très lentement et il ne faut pas moins de six mois à un an pour obtenir le rétablissement complet de l'enfant, à cause de la perte de souplesse du poumon, de son état emphysémateux, du volume des ganglions, et de l'habitude de la muqueuse à sécréter.

Vous voyez combien cet aspect de la bronchite capillaire diffère de celui de la pneumonie, où la toux est plus sèche, l'expectoration rouillée, où il n'existe ni coryza, ni pharyngite, ni laryngite au début, où l'auscultation et la percus-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 694.

sion fournissent des signes caractéristiques. J'ajoute, autre différence aussi, que la pneumonie guérit presque toujours chez les petits enfants qui ont dépassé la première année, même sans médication, tandis que la thérapeutique est des plus nécessaires dans la broncho-pneumonie.

Si donc je passe maintenant au traitement, je dirai que les bronchites simples (trachéo-bronchite et bronchite des moyennes bronches) exigent absolument des précautions très sévères. Ainsi le repos absolu au lit est indispensable; on prescrira des boissons chaudes, du lait, de la tisane de polygala si la toux est quinteuse; une potion calmante avec 10 gouttes d'alcoolature de racines d'aconit, 10 gouttes de teinture de belladone et 5 grammes de sirop de codéine, pour un enfant de trois ans, à prendre par cuillerée à dessert, d'heure en heure, ou par cuillerée à café si l'enfant est plus jeune. Au-dessous d'un an la potion est inutile, et un vomitif est préférable.

Certains médecins prescrivent le kermès à la dose de 5 centigrammes, l'oxyde blanc d'antimoine si la toux est quinteuse; mais à la condition d'en cesser l'emploi dès que l'état spasmodique de la poitrine a disparu ou a très notablement diminué.

Il faut exciter la peau par des onctions avec des corps gras chauds et la flanelle, si le petit malade est très jeune; par le papier chimique et les cataplasmes sinapisés s'il est plus âgé; enfin par un petit vésicatoire volant si ces révulsifs n'ont pas amendé le mal. Puis, au bout de huit à quinze jours, on ordonne un vomitif dans le cas de troubles digestifs, d'embarras gastrique, afin de remédier à l'état saburral.

En somme, la médication est très simple, mais elle est indispensable.

Dans la broncho-pneumonie, la bronchite capillaire, le traitement est difficile et exige une application de tous les instants : repos au lit, ouate aux pieds, boissons chaudes, lait, bouillon, café léger, stimulants légers. Les vomitifs, bons dans la bronchite des moyennes bronches, ici ne valent rien, ou plutôt, il ne faut les employer qu'avec une très grande discrétion, surtout si l'enfant est déjà un peu déprimé, car ils ne tendent qu'à l'affaiblir davantage. Pas d'ipéca, pas de kermès ni d'oxyde blanc d'antimoine, pas d'émétique, pas d'opium.

Doit-on donner des bains tièdes? Deux opinions sont en présence : l'une qui les considère comme très bons, l'autre qui les repousse ou qui ne les admet, comme moi, que dans certaines circonstances très réservées, c'est-à-dire seulement quand l'énervement persiste malgré la médication employée. Ainsi un enfant atteint de rougeole prend une broncho-pneumonie tendant à la généralisation, si la maladie se complique d'un état typhique ou d'agitation, de carphologie, de troubles nerveux, de phénomènes ataxo-adynamiques, j'admets alors des bains à la température de 30, 32 à 35 degrés, d'une durée de quatre à cinq minutes seulement, en ayant soin de rouler ensuite le petit malade dans des couvertures bien chaudes après l'avoir préalablement essuyé avec du linge bien chaud aussi.

En résumé, voici la médication à laquelle j'ai recours : lit, boissons chaudes alimentaires, lait avec du kirsch, café au lait, thé léger, potion stimulante alcoolique renfermant,

Eau-de-vie.	15 à 20 grammes
Malaga	40 —
Sirop d'éther.	5 à 10 —

et quelquefois aussi, acétate d'ammoniaque 1 gramme, si les mucosités se détachent difficilement. Mais surtout ni belladone, ni aconit.

Ventouses sèches (5, 10, 15, 20), répétées deux fois par jour, et même des vésicatoires volants si le mal progresse, vésicatoires de 4 à 5 centimètres de diamètre appliqués pendant trois heures seulement sur le côté qui paraît le plus frappé, en avant ou en arrière, et enlevés, alors même qu'ils n'ont pas pris au bout de ce temps, pour les couvrir ensuite de cataplasme, puis de vaseline et recouverts de ouate. Si la broncho-pneumonie dure un mois, on les renouvelle tous les cinq ou six jours.

Un peu de sulfate de quinine (20 à 25 centigrammes une à deux fois par jour dans du café ou de la confiture), contre le mouvement fébrile, peut rendre des services en régularisant le cœur chez des enfants au-dessus de deux ans.

J'ajoute à cela une bonne hygiène, une atmosphère chaude (20 degrés) mais non sèche, dans la chambre du malade; tels sont les moyens grâce auxquels nous pouvons obtenir la guérison dans la moitié des cas de broncho-pneumonie succédant à une bronchite intense.

HOPITAL MILITAIRE DU DEY. — M. Dieu.

Trois fractures du crâne avec enfoncement (1).

(Observations recueillies par M. Ségrestan, médecin aide-major.)

II

Obs. III. — *Fracture du temporal gauche avec plaie et enfoncement. Symptômes généraux immédiats très graves. Mort au deuxième jour de l'entrée à l'hôpital.* — H... Julien, soldat au 2e hussards, entre d'urgence, dans la soirée du 19 septembre, à l'hôpital du Dey, pour plaie de tête consécutive à un coup de pied de cheval. Cette plaie a donné lieu, au moment de l'accident, à une hémorrhagie artérielle assez abondante pour nécessiter deux ligatures suivies de l'application d'un pansement compressif.

A son entrée, l'état du malade est des plus graves. Coma profond, résolution musculaire complète. En provoquant de fortes irritations, on ne produit que des réflexes inconscients. Le blessé remue le membre pincé, se retourne, pousse un soupir pour retomber immédiatement dans sa torpeur.

Le 13 au matin, mêmes symptômes auxquels s'ajoute l'incontinence d'urine et des matières fécales. Le pansement retiré avec précaution met à découvert une plaie contuse située dans la région temporale gauche, immédiatement en avant et au-dessus de l'oreille. Pas d'exploration; application d'un nouveau pansement compressif.

Le 14, même état. La mort a lieu à trois heures du soir.

L'autopsie démontre l'existence, au niveau de l'écaille du temporal, d'une fracture avec enfoncement. Le fragment enfoncé atteint presque la dimension d'une pièce de 5 francs et est subdivisé en quatre fragments secondaires. La dure-mère est déchirée au pourtour de la plaie osseuse. Sur une surface correspondante à celle de la fracture, la substance cérébrale est complètement désorganisée jusqu'à une profondeur qui atteint 1 centimètre. Les autres parties du cerveau, superficielles et profondes, présentent une congestion généralisée. Pas traces d'inflammation.

La première de ces observations, déjà présentée à la Société de chirurgie, est, comme on le voit, un cas de trépanation appliquée avec succès au traitement d'accidents secondaires au début. Ce n'est donc pas une trépanation

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 710.

préventive au sens propre du mot : le chirurgien a simplement pratiqué sans hésitation et surtout sans retard une opération indiquée par l'état de son malade à un moment donné. Heureuse, très heureuse intervention, celle qui parvient à enrayer des accidents même ébauchés! C'est là, du reste, une des plus puissantes raisons en faveur de la trépanation préventive, opération reconnue inoffensive et dont l'application générale érigée en méthode aurait, il semble, le très grand avantage, parmi bien d'autres, de mettre un terme à des hésitations souvent funestes et des controverses sur certains points de cette question que la clinique seule est impuissante à élucider. Cette impuissance est nettement démontrée par les cas de fractures du crâne avec enfoncement, dont la guérison sans opération reste inexpliquée, fortuite et souvent momentanée. Le malade qui fait le sujet de la deuxième observation est un exemple de ces cas. Aussi ne saurait-il infirmer la méthode de la trépanation préventive et ébranler l'opinion formulée dans la communication faite à la Société de chirurgie à propos de la première de ces observations.

C'est uniquement engagé par le succès d'une première trépanation secondaire et peu fixé par les discussions scientifiques du jour, que l'on s'est décidé pour la non-intervention. L'abstention a été complète tant au point de vue de la fracture elle-même qu'à celui de la trépanation préventive, et si des accidents locaux se sont présentés au niveau de la plaie, on ne saurait toutefois en assumer la responsabilité. Nous faisons allusion en ce moment aux indications relatives à certaines fractures du crâne avec enfoncement. Qu'il y ait ou non des symptômes cérébraux immédiats, les auteurs, se plaçant au point de vue de la fracture elle-même, ont conseillé avec raison de simplifier par la trépanation au besoin les foyers de fracture avec enfoncement et compliqués par la présence d'esquilles libres ou de fragments. Mais les indications de ces cas ne pouvaient s'appliquer au cas actuel, qui ne leur est pas comparable. Ici, sans préjuger, bien entendu, de l'état de la table interne, les signes objectifs sensibles autorisaient à croire à une fracture avec enfoncement relativement simple et n'exigeant pas une intervention particulière. Les suites ont confirmé la justesse de cette appréciation sur l'état des lésions, puisque les esquilles qui ont compliqué la fracture n'étaient sans doute, vu leur ténuité et leur situation superficielle, que des esquilles d'exfoliation.

Toutefois ceci nous amène à dire que la trépanation immédiate appliquée au traitement propre de certaines fractures du crâne se confond avec la trépanation préventive proprement dite. A tout prendre, cette simple remarque est au point de vue général une nouvelle preuve en faveur de cette dernière opération, qui traite du même coup et la fracture et les complications qui peuvent la suivre. Aussi ajoutons-nous, dans le même ordre d'idées que pour le cas particulier, par le seul fait d'une trépanation préventive, ces accidents locaux, dont la persistance pouvait constituer un réel danger, auraient été évités.

Bien autrement importante est la raison qui peut faire regretter l'abstention. Ce malade est rentré après trois mois de convalescence, accusant un sentiment de pesanteur constant dans la région de sa blessure avec douleurs passagères. Bien que ces accidents n'aient rien de surprenant après un traumatisme crânien, la réalité de leur existence actuelle pourrait être mise en doute chez un homme dont la bonne foi peut être suspectée en ce moment. Aussi n'est-ce pas tant cette actualité symptomatique qui inspire des craintes sérieuses pour l'avenir. Ce qui assombrit le pronostic, c'est que nous n'ignorons pas qu'à une époque plus ou moins éloignée, les traumatismes de la tête intéressant directement ou indirectement le crâne sont souvent suivis de troubles légers ou graves, passagers ou persistants et progressifs, qui peuvent nécessiter la trépanation à un moment donné.

Il ressort, de plus, des recherches de M. Lucas-Championnière que des blessés militaires, qui n'avaient pas présenté de paralysie au moment de la plaie de tête ou dont la paralysie consécutive avait guéri par une trépanation tardive, demandaient longtemps après une pension à cause de paralysies revenues plus tard sous l'influence de dégénérations secondaires parties des centres traumatisés. Au contraire, et c'est là une nouvelle preuve en faveur de la trépanation préventive, plus la libération des centres a été immédiate ou rapide, plus la guérison est parfaite et reste définitive. Voilà pourquoi n'avoir pas pratiqué cette opération bénigne et doublement préventive pourrait être à cette heure une cause de regrets.

Un rapprochement qui s'impose et que nous avons pu faire est celui de malade livré aux hasards des accidents éloignés et de notre premier opéré. Nous l'avons revu dernièrement : sa guérison est absolument parfaite depuis bientôt un an après l'opération.

Dans la troisième observation, la fracture n'a été reconnue qu'à l'autopsie. En raison de l'état du blessé, nous avons jugé toute exploration inutile puisque celle-ci, tout en nous faisant reconnaître une fracture esquilleuse avec enfoncement, ne pouvait nous engager à intervenir. Il semble, et c'est l'avis de la plupart des chirurgiens, que des états aussi graves contre-indiquent toute intervention opératoire. En fait, on ne sait pas comment celle-ci pourrait remédier à des phénomènes primitifs de commotion et de contusion générales indépendants de la fracture elle-même.

Par les déductions cliniques que l'on en peut tirer, nous avons cru intéressant de publier, en les rapprochant, trois cas successifs de fracture du crâne différant entre eux par les suites, les complications, le traitement appliqué.

DE LA JUGULATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

AU MOYEN DE LA QUININE ET DES BAINS TIÈDES.

Par M. le docteur G. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

La fièvre typhoïde guérit ordinairement d'elle-même par suite des efforts de la nature médicatrice. Il y a cependant des cas mortels dans une proportion variable suivant les épidémies, les tempéraments individuels et les médications. Mais alors même que cette fièvre arrive à la guérison, ce n'est trop souvent qu'après une suite de symptômes plus ou moins graves qui font craindre pour la vie du malade.

Pour moi, qui depuis vingt ans (*Montpellier médical* du 3 septembre 1866 et *Comptes rendus de l'Institut*, numéro du 15 mars 1869) cherche à trouver contre la maladie en question un traitement antizymasique attaquant directement sa cause prochaine, le ferment morbide, je suis arrivé depuis plus de quatre ans, après des essais multipliés, à trouver enfin un moyen, je me garde de prétendre infaillible, mais qui l'a été jusqu'ici. Depuis quatre ans, en effet, sur tous les malades que j'ai soignés par ma méthode, je n'ai pas observé un seul décès. Bien plus, la durée de mes fièvres typhoïdes a été en moyenne de 14 à 16 jours. Dans un petit nombre de cas seulement, elle a atteint ou dépassé de bien

peu trois septénaires. Mon traitement a empêché d'une manière à peu près absolue, je ne dirai pas l'apparition, mais la durée des symptômes graves quels qu'ils soient. En somme, je ne guéris pas la maladie en lui laissant suivre son évolution ordinaire, je la dompte, je la raccourcis, je la jugule.

Ma méthode consiste, ainsi que je l'ai déjà imprimé il y a plus de dix-huit mois (*De l'action antizymasique de la quinine dans la fièvre typhoïde.* — Paris, chez A. Delahaye et Lecrosnier, 1885), à administrer quotidiennement du sulfate de quinine *dès la première heure de la maladie*, et, en même temps, pour peu que la température soit élevée, un certain nombre de bains tièdes à 33 degrés. Je ne viens pas reproduire ici le mémoire auquel je fais allusion et qui se base sur des idées théoriques et sur une série de 50 cas sans le moindre revers. Mais, comme depuis dix-huit mois, j'ai encore obtenu des succès, comme surtout depuis les trois derniers mois au cours d'une petite épidémie qui vient de régner à Montpellier, j'ai observé dans ma clientèle 13 cas avérés où le succès de mon traitement s'est affirmé plus énergiquement que jamais, je désire attirer de nouveau l'attention de mes confrères sur une pratique que je regarde comme de première importance.

Suit le récit de ces 13 observations, qui malgré un début d'ordinaire intense et trois ou quatre fois au moins très grave, ont eu toutes une terminaison heureuse. La maladie n'a point été guérie en suivant son évolution classique ; elle a été jugulée : quel esprit non prévenu ne serait pas frappé par l'allure de la plupart de ces faits ? — Par l'observation I, où se montrent dès le troisième jour une température axillaire de 40°,6, une fièvre ardente où le délire et les trois grandes localisations de la dothiénenterie se succèdent ultérieurement, et où cependant la convalescence s'établit au dix-neuvième jour. — Par l'Obs. II, où la fièvre initiale est tout aussi ardente, la température aussi élevée, où dès le début se perçoivent des soubresauts des tendons, où les signes les plus caractéristiques s'amoncèlent, et où cependant la guérison se fait au quinzième jour. — Par l'Obs. III, où le thermomètre, le troisième jour, est à 41 degrés, où le délire éclate, où l'agitation est extrême, et où, au quinzième jour, s'établit l'apyrexie. — Par l'Obs. IV, où la fièvre typhoïde débute par des symptômes très nets et très intenses, où, dès le quatrième jour, les phénomènes nerveux et le délire me préoccupent au plus haut point et où cependant la défervescence est complète le treizième jour au matin, et le seizième jour toute la journée. — Par l'Obs. V, où la malade si énergiquement frappée, dès les premiers jours, est sans fièvre le treizième, et où, à partir du seizième, le thermomètre ne s'élève plus. — Par l'Obs. VI, où, après des phénomènes initiaux aussi inquiétants, l'apyrexie date vraiment du seizième jour, et où la maladie ne venait pour un septénaire, que grâce à une imprudence. — Par les Obs. VII et VIII, et tout aussi démonstratives.

A ces 13 faits, il faut ajouter les 50 autres, sur lesquels est basé mon mémoire de 1885, et 4 ou 5 autres, également recueillis par moi, de novembre 1884 à février 1886. C'est donc aujourd'hui un total de 65 observations consécutives au moins, où je n'ai pas éprouvé un seul revers, et où chaque fois j'ai vu la maladie domptée et raccourcie. J'ai eu vraiment une chance bien extraordinaire si une série heureuse, à ce point longue et sans revers, n'est due qu'au hasard, et si mon traitement n'y entre pas pour beaucoup. Bien plus, à ces faits qui me sont personnels, il faut en joindre un nombre infini d'autres appartenant à d'anciens grands cliniciens de Montpellier, qui, croyant jadis ne combattre chez les typhiques qu'une complication rémittente paludique fort problématique, et dont les révélations du thermomètre ont aujourd'hui à peu près fait justice, administraient d'ordinaire à leurs malades avec le plus grand succès, de larges et fréquentes doses de quinquina.

Si ma méthode est encore plus heureuse que la leur, c'est qu'au lieu d'adresser la quinine à cette complication rémittente, et d'attendre pour cela de la constater, je la prescris énergiquement dès les premières heures comme antizymasique contre la cause prochaine de la maladie et avant que la fermentation typhoïde soit arrivée à son apogée.

Je n'ai vu à mon procédé d'autre inconvénient, et il est léger, que de prescrire parfois le spécifique à des malades qui auraient guéri sans lui et qui n'avaient qu'une fièvre éphémère ou une syncope, car je n'ai pas la prétention de faire toujours sûrement au début le diagnostic de la dothiénenterie. Je préfère donner mon remède abortif inutilement que de le donner tard, et, pour agir, un soupçon sérieux me suffit.

Certainement, les bains tièdes sont un aide précieux pour mon traitement, mais quand je m'en tenais à eux ou à des affusions froides et à d'autres antizymasiques, j'ai vu mourir certains malades que je sauverais sûrement aujourd'hui.

La vertu antizymasique de la quinine a été établie dans mon mémoire de 1885. Elle s'adresse non seulement à la fièvre typhoïde et au paludisme, mais encore à la suette miliaire, la fièvre puerpérale, l'infection purulente, la pneumonie parasitaire, et peut-être la scarlatine, la coqueluche et la blennorrhagie.

La quinine a été prescrite quotidiennement à mes malades adultes, à une dose qui va de 1 gramme à 1 gramme 20, et qui pourrait même peut-être, en certains cas graves, s'élever utilement un peu plus haut pour un petit nombre de jours. Je la donne jusqu'à la cessation complète de la fièvre — environ pendant dix, douze ou quinze jours ; — bien rarement plus. A cause des défaillances possibles du cœur, je l'associe, surtout pendant le premier septénaire, à 20 centigrammes de poudre de digitale.

La température de mes bains est à 33 degrés. J'en ordonne presque toujours trois par jour, d'une durée de quinze à vingt-cinq ou vingt-huit minutes.

Conclusion. — Par son action antizymasique, la quinine, associée aux bains tièdes, dompte et raccourcit la fièvre typhoïde ; elle la jugule. Elle ne lui laisse qu'une durée moyenne de quatorze ou seize jours. Les 13 faits résumés dans ce mémoire portent aujourd'hui à 65 au moins les cas consécutifs hâtivement guéris par ma méthode, sans aucun insuccès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 août 1886. — Présidence de M. Gréhant.

PRÉSENTATION

Action des médicaments à distance. — M. LUYS présente les résultats partiels de ses nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés. Ces recherches sont confirmatives de celles qui ont été exposées l'an dernier au congrès de Grenoble par MM. les docteurs Burot et Bourru. Elles se résument dans les propositions suivantes :

1° Les sujets hypnotisés acquièrent par le fait même de l'état où ils se trouvent une hyperexcitabilité spéciale en vertu de laquelle ils réagissent d'une façon particulière lorsqu'on approche d'eux certaines substances.

2° Ces substances empruntées aux règnes minéral et végétal déterminent des réactions variées sur l'organisme, des convulsions, des paralysies, des paralysies sensorielles, des hallucinations, etc.

3° Les effets somatiques varient suivant le point de contact avec l'organisme et suivant le côté du sujet en expérience.

4° M. Luys montre une série de photographies faites d'après nature sur un sujet hypnotisé, et d'après lesquelles on constate que les mêmes substances présentées alternativement du côté gauche et du côté droit ont déterminé des expressions émotives de nature différente. D'un côté, c'était la joie, la gaieté, le rire, qui étaient exprimés ; d'un autre côté, c'était la crainte, et dans certains cas, comme on peut en juger d'après les épreuves présentées, la plus violente terreur.

Dans un cas, sous l'influence de la poudre d'ipéca, il a vu se développer les phénomènes de la nausée et des vomissements ; et

en présentant les mêmes substances au devant du corps thyroïde, il a constaté une série de phénomènes étranges, l'expression somatique du goitre exophthalmique artificiellement provoqué avec turgescence instantanée du corps thyroïde, injection et coloration cyanique de la face. Exorbitis et expression de terreur soudaine. Cet état spécial s'est développé à plusieurs reprises, à mesure qu'on approchait ou qu'on éloignait le tube contenant la substance active. Le cou se gonflait instantanément comme par l'application d'une ventouse, et dans ce cas la turgescence était telle que la circonférence du cou avant l'expérience mesurant 31 centimètres, au moment de l'application du tube elle s'élevait à 36 centimètres.

La photographie de cet état spécial du sujet prise instantanément donne une idée exacte du bouleversement extrême qui s'est opéré dans la physionomie du sujet, si on la compare à ce qu'elle est sur une photographie de son état normal.

Ces états spéciaux tout nouveaux, dans lesquels les sujets hypnotisés sont plongés à leur insu, retentissent, comme on le voit, d'une façon profonde sur le jeu des appareils de la vie organique. Les mouvements respiratoires deviennent anhélents, et les battements du cœur tumultueux. Il convient donc de n'agir, quand on manie certaines substances qui retentissent sur les viscères thoraciques, qu'avec la plus grande circonspection. La représentation objective, à l'aide de plaques photographiques, démontre donc le mal fondé des objections qui tendraient à voir en eux des actes de simulation de la part des sujets en expérience.

5° Le procédé opératoire est des plus simples. Il consiste à mettre les substances à étudier, en petites quantités (1 à 2 grammes au plus) dans un tube à expériences, scellé à la lampe, et, après lui avoir donné un numéro d'ordre, à le placer derrière le cou du sujet hypnotisé, sans lui dire un mot. On place le tube soit à gauche soit à droite, et au bout de quelques minutes, cinq minutes en général, le sujet entre en période de somnambulisme lucide, et c'est à ce moment-là que l'action de la substance en expérience se révèle ; on le voit réagir d'une façon variée suivant la substance employée.

6° Le résultat de ces expériences, dont l'action est si puissante sur l'état dynamique du système nerveux, permet d'induire une nouvelle méthode de thérapeutique des maladies du système nerveux. Chez deux malades de son service, atteints depuis plusieurs années de convulsions hystéro-épileptiques, M. Luys a employé déjà avec succès cette nouvelle méthode de traitement. Chez ces malades, les attaques convulsives ont diminué très nettement, au point de vue de leur intensité et au point de vue surtout de la fréquence.

COMMUNICATIONS

Nouvelles recherches sur le courant nerveux axial. — **M. MENDELSSOHN** a entrepris de nouvelles recherches sur le courant nerveux axial (le courant qui résulte de la différence du potentiel électrique entre deux sections transversales d'un nerf) et il a trouvé :

Que la force électro-motrice du courant axial est en rapport avec la longueur et avec le volume du nerf. La fatigue diminue et peut même abolir la force électro-motrice du courant axial. C'est ainsi qu'en tétanisant un nerf mixte dont le courant axial a une direction ascendante, c'est-à-dire celle des nerfs moteurs, on voit, à la suite de l'épuisement de fibres motrices, le courant changer de direction, qui devient descendante, c'est-à-dire propre aux nerfs sensibles. La dessiccation du nerf diminue rapidement la force électro-motrice du courant axial.

Sur la détermination de la force électro-motrice du courant nerveux ou musculaire avec des électrodes impolarisables, mais non homogènes. — **M. MENDELSSOHN** fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXIX

Je reviens à mes faits personnels, à mes observations de notabilités de la science ou de la politique.

Broussais (Casimir). — Fils du célèbre auteur de l'*Examen des doctrines médicales*. Je fis plus particulièrement sa connaissance personnelle à Saint-Germain-en-Laye, à la table du docteur Clerc, ancien chirurgien militaire aux armées impériales, avec notre ami commun le docteur Treille, et les docteurs Turck et Filhos. Il avait à peine trente-six ans, taille au-dessous de la moyenne, teint pâle, regard triste, grande intelligence. Je savais que, comme son père, il adoptait les opinions phrénologiques de Gall, et, sur ma demande, il nous fit une démonstration du système en l'appliquant à la tête de la jolie et spirituelle femme de l'amphitryon. Il nous étonna par sa sagacité à pressentir, d'après l'examen des diverses régions du crâne, les qualités, les défauts, les penchants. D'après les adeptes de cette doctrine, la région antérieure ou frontale est le siège de l'intelligence, la région postérieure exprime les instincts ; les facultés morales sont assignées au sommet de la tête ; on doit avoir une grande habitude du palper de la forme extérieure du crâne, pour découvrir le siège précis des facultés fondamentales, qui sont très nombreuses. Le volume de la tête et même celui du cerveau ne donnent pas toujours la mesure de la capacité intellectuelle; la nature du tempérament, les nuances constitutionnelles, la nationalité, sont des conditions qu'il faut prendre en considération dans ces investigations de la phrénologie.

Monard frères. — Médecins militaires, jumeaux renommés par leur extrême ressemblance physique et morale ; ils devinrent mes amis intimes par nos relations botaniques et entomologiques. Chargés, en 1823, du service médical de l'hôpital de Cadix, ils m'envoyèrent de cette localité lointaine beaucoup de plantes précieuses, nouvelles pour moi et parfaitement préparées. Je fis la connaissance personnelle de l'un d'eux à Paris, en 1830. Après la prise d'Alger, ils furent attachés à l'hôpital du dey ; ils continuèrent à m'enrichir de plantes et d'insectes de notre colonie africaine. En 1835, j'eus le bonheur de les voir tous les deux : âgés alors de quarante ans, taille moyenne, embonpoint médiocre, cheveux châtain clair, physionomie de bonté, caractère d'une ingénuité remarquable, instruction solide, jugement sain, observateurs rigoureux et presque rudes du devoir professionnel, d'une sympathie réciproque inaltérable, ils étaient deux *fac-similé* d'un même type ; leur identité physique était telle à mes yeux, qu'à chaque instant, j'étais obligé de demander lequel des deux j'avais vu à Paris en 1830. Dans leur longue carrière médico-militaire, ils obtinrent leurs grades et leurs décorations à la même date. Venus à Paris en 1835 pour prendre part à un concours de deux emplois vacants à l'hôpital d'instruction de Lille, l'un fut admis, l'autre supplanté par suite d'une intrigue ; le premier renonça spontanément à cette place, et tous les deux revinrent à l'hôpital du dey. Dès qu'ils eurent atteint leur limite d'âge dans le grade de principal, ils prirent en même temps leur retraite, à Metz, leur ville natale ; après peu d'années, l'un mourut, l'autre faillit perdre la vie de douleur. J'ai revu ce dernier (Pascal), en 1858, au congrès de la Société botanique de France, à Strasbourg ; nous nous y sommes embrassés pour la dernière fois. C'était Pascal qui était spécialement chargé de la correspondance ; son écriture était burinée.

Thiers, ministre de l'Intérieur. — Le 30 avril, j'assistai, avec Bugeaud, à une soirée de réception à l'hôtel du ministère de l'Intérieur ; Bugeaud me présenta au ministre. Dans le salon se trouvaient Mme Thiers et sa mère, Mme Dosne, qui causaient beaucoup et de tout, MM. de Gasparin, Cousin et Dumont. A notre arrivée,

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 721.

ces dames nous firent signe de la main de marcher doucement, parce que le ministre reposait étendu sur un sopha; M. Thiers se leva en sursaut pour nous recevoir.

Homme de petite taille, quarante ans, maigre, pâle, visage plat, allure vulgaire, sans dignité, vif, spirituel, tête très petite; il s'empressa de nous faire voir une caricature qui venait de paraître à son sujet sous le nom de *Baptême d'un nouveau doctrinaire;* on s'en égaya beaucoup. Le ministre nous invita à dîner pour le surlendemain, mais j'avais disposé de ce jour, et je fus obligé de m'excuser.

Guizot, ministre de l'Instruction publique. — Le 5 mai, je fus présenté au célèbre orateur parlementaire par Bugeaud; il nous fit un excellent accueil. Cinquante ans, taille moyenne, cheveux châtains peu fournis, figure régulière, physionomie grave, digne, très expressive, parole des plus faciles. Je lui parlai du collège de Saint-Sever, qui lui avait été signalé comme un des bons collèges communaux; il projetait alors une nouvelle organisation de l'Instruction publique; il me dit que notre collège serait pourvu d'une chaire d'histoire naturelle, ce qui n'a jamais eu lieu. Je remerciai le ministre d'un magnifique don qu'il avait daigné me faire du bel ouvrage sur la Morée.

Le 10 mai, de retour à Saint-Sever, j'expédiai au Jardin des Plantes de Paris le *Hibou grand-duc* (Strix bubo) que je possédais vivant depuis quelques mois. Il manquait à la ménagerie du Muséum; je l'avais promis à Geoffroy-Saint-Hilaire.

1838.

L'Académie des sciences avait voté, en 1835, la publication, à ses frais, de mes *Recherches anatomiques et physiologiques sur les orthoptères, les hyménoptères et les névroptères*, avec 325 figures; des difficultés financières s'étant élevées pour cette publication, je me décidai, le 14 février 1838, à renouveler mon voyage à Paris, afin de résoudre par ma présence cette affaire délicate. Pour donner satisfaction à quelques exigences de la commission de publication et accommoder mon ouvrage à la somme demandée par l'éditeur, je fus obligé de réduire le texte et surtout le nombre des figures. Je séjournai quatre semaines à Paris; je remis à la commission mon travail diminué, et je fus assuré de son impression très prochaine. Je logeai chez mon ami le docteur Treille, 16, grande rue Verte. Ancien chirurgien-major des cuirassiers de la garde royale et des sapeurs-pompiers de Paris, médecin très instruit, le docteur Treille s'est acquis une modeste clientèle dans son quartier. Son père, né à Bassones (Gers), avait été le condisciple du mien, et, sous les auspices de ces deux mémoires vénérées, notre intimité fondée en 1830 n'a cessé qu'à sa mort, en 1846. Cinquante-cinq ans, taille au-dessous de la moyenne, embonpoint médiocre, tempérament sanguin, teint animé; sa constitution a été très ébranlée en 1832 par une forte atteinte de choléra. Logé chez lui en 1838 et en 1842, je fus traité comme un frère; il avait pour moi une sorte de culte, et il accueillait avec empressement tous mes amis de science; je lui réciproquais tous les sentiments du cœur, et sa mémoire me sera toujours chère.

MM. Dumas et Bussy. — Le 20 février, j'assistai au concours public pour la chaire de chimie organique, à l'École de médecine; les deux concurrents étaient MM. Dumas (de l'Institut) et Bussy (de l'Académie de médecine); le premier a savamment disserté pendant une heure sur le sucre; il a fait connaître des faits intéressants et nouveaux : d'après lui, les sucres de canne et de betterave ne sont pas alliés à un acide, comme ceux de raisin, de fruits, etc. M. Bussy, agrégé de l'École de pharmacie, a traité, pendant le même temps, des corps gras; son exposition et son débit ont été manifestement inférieurs à la leçon très magistrale de M. Dumas.

Iusuf. — Dans une soirée de gala chez M. Dubuc, intendant des bâtiments de la couronne, j'eus occasion de voir le héros du jour, le lieutenant-colonel des spahis, Iusuf, arrivé à Paris depuis quelques jours. Joli homme de trente-trois ans, taille moyenne, figure martiale, d'une amabilité toute française, parlant parfaitement notre langue, très galant auprès des dames, racontant avec beaucoup d'esprit ses aventures et surtout ses chasses aux lions et aux hyènes. Un jour, il fut obligé, pour éviter une mort certaine, de s'élancer de dessus son cheval pour s'accrocher aux branches d'un arbre et s'y fixer avec sa ceinture; il y resta depuis deux heures de l'après-midi jusqu'au lendemain matin; ses camarades vinrent le délivrer. Il avait vu le lion dévorer son cheval et rester sous l'arbre jusqu'au lendemain; il nous dit que le lion et le sanglier luttent parfois corps à corps; on a même trouvé les deux combattants morts sur le champ de bataille.

DÉCRET

PORTANT CRÉATION D'UN CERTIFICAT D'ÉTUDES A EXIGER DES ASPIRANTS AU GRADE D'OFFICIER DE SANTÉ ET DE PHARMACIEN DE DEUXIÈME CLASSE.

Le Président de la République française,

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — A dater du 1er novembre 1887, les candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe devront, à défaut d'un diplôme de bachelier, produire, en prenant la première inscription de scolarité pour les officiers de santé, ou la première inscription de stage, pour les pharmaciens de deuxième classe, un certificat d'études délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque Académie, et composé de l'inspecteur d'Académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire classique ou spécial, désignés annuellement par le recteur.

ART. 2. — Les épreuves écrites sont :

Une composition française sur un sujet simple : lettre, récit, etc.

Une version latine de la force de quatrième, ou, au choix des candidats, une version de langues vivantes (anglais ou allemand) de la force de quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les sujets et textes des compositions sont donnés par le jury.

ART. 3. — Les épreuves orales sont :

L'explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire spécial;

Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial;

Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la deuxième, de la troisième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial;

Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes de la première, de la deuxième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents entre lesquels il a le droit de choisir.

ART. 4. — Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves soit écrites, soit orales.

ART. 5. — Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version.

L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

ART. 6. — Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire, à des dates fixées par le recteur.

ART. 7. — L'inscription a lieu au secrétariat de chaque Académie, pendant une période déterminée par le recteur, et qui ne peut être inférieure à 15 jours.

ART. 8. — Les candidats au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui auront obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire

spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1er du décret du 1er août 1883, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études institué par le présent décret.

ART. 9. — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 juillet 1886.

Jules GRÉVY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1886, par application de l'article 39 du décret du 28 décembre 1885, et nommés professeurs honoraires :

MM. Sappey et Hardy, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ;

MM. Joire, Garreau et Pilat, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille ;

MM. Benoît et Dupré, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier ;

MM. Hergott et Parizot (Victor), professeurs à la Faculté de médecine de Nancy ;

MM. Roussel, Béchet et Demange, professeurs-adjoints à la Faculté de médecine de Nancy.

— Sont admis, sur leur demande, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1886, et nommés professeurs honoraires :

M. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris;

M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par décrets en date du 6 août 1886 :

M. Demons, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de clinique externe à ladite Faculté.

M. Baudry, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Fochier est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Chalot, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé directeur honoraire de ladite École.

— Par arrêté ministériel en date du 31 juillet 1886, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, s'ouvrira, le 5 février 1887, devant ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19918.

N° 93. — JEUDI 12 AOUT 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 12 AOUT 1886. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les alcools a été remise à une époque ultérieure, après un discours de M. Rochard qui avait un peu troublé les esprits et qui rendait presque impossible un vote immédiat.

En effet l'honorable rapporteur, actuellement de retour, trouvant sa rédaction, à laquelle on avait reproché généralement de ne pas tenir assez compte de la réalité des choses, modifiée par la commission dans un sens plus pratique, paraît avoir surtout à cœur d'établir que l'Académie de médecine, quand elle émet une opinion, ne doit jamais pactiser avec le possible et transiger avec les faits.

Elle doit rester, quant à elle, absolue, tranchante, inflexible; et le gouvernement saura bien se plier aux exigences de la situation, en faisant fléchir dans l'application ces principes dont, en théorie, il admirera la rigueur.

Si l'on veut bien partir de là, il ne reste évidemment rien des critiques qui avaient conduit la commission à modifier ses conclusions premières.

Pourquoi, par exemple, ne pas proposer une mesure fiscale atteignant une partie de nos vins de France, pouvant ruiner notre commerce avec l'étranger, si l'on se dit que le gouvernement, dans sa sagesse, saura se refuser à appliquer cette mesure?

Et ainsi de suite pour tout le reste.

Espérons que quand, dans deux mois, la discussion sera reprise, ce ne sera plus M. Rochard qui, en qualité de rapporteur, représentera la commission. Autrement ceux qui, pour défendre le vinage, se placeraient au point de vue pratique, auraient trop beau jeu.

M. Gallard est, quant à lui, à peu près aussi absolu dans sa manière de voir que M. Rochard dans la sienne. Il ne croit pas à l'existence du vin. Comparant les microbes de la fermentation alcoolique aux microbes du cadavre qui se putréfie, il considère comme un produit de décomposition ce liquide, qui a été nommé par d'autres un aliment *vivant*.

Si les transformations successives du vin sont comparables à une pourriture, c'est pour l'hygiéniste l'améliorer que tuer en lui les agents de cette pourriture. M. Gallard, logique jusqu'au bout, ne considère plus dans le vin que l'alcool, produit chimique, utile à doses modérées, devenant toxique à hautes doses. Il déclare que l'hygiène ne doit incriminer ni le vinage ni le mouillage, et qu'il faudrait plutôt encourager cette dernière pratique comme un moyen de diminuer les ravages de l'alcoolisme.

M. Gallard rappelle toujours, comme un argument décisif, l'expérience de ses employés auxquels il fait boire en six mois près d'un demi-litre d'alcool sans qu'aucun d'eux soit jamais atteint d'alcoolisme aigu. Mais il ne songe pas que 3 litres de vin de Bourgogne des bons crus contiennent autant d'alcool que tout ce qu'il donne en six mois, et qu'il n'est pas rare en Bourgogne de voir des gens boire en un jour impunément leurs 3 litres de vin, quelquefois davantage. Il faudrait donc que M. Gallard eût fait boire journellement à ses employés 183 fois la dose qu'il leur donne pour prouver que l'alcool pris en dehors du vin est tout aussi bien supporté que quand il fait partie d'un vin naturel. C'est une expérience qui reste à faire : et encore serait-il bon qu'elle se continuât, sans interruption, durant toute l'année, car en Bourgogne les buveurs de vin ne se reposent pas pendant six mois.

Il est pourtant un point sur lequel nous sommes absolument d'accord avec M. Gallard, c'est quand il accuse les coupages d'être pernicieux pour la santé. Il est regrettable de voir l'administration même de l'Assistance publique entrer dans cette voie au point de faire absorber par les malades des hôpitaux un liquide de coupage semblable à celui dont M. Le Fort nous a révélé la formule, où les vins d'Espagne figurent pour un quart. Les vins coupés deviennent des liquides de composition, des liquides chimiques, dont l'évolution naturelle a été profondément troublée et que certains estomacs supportent aussi mal que les vins alcoolisés. Peut-être la pratique du coupage, devenue presque universelle dans le commerce parisien, joue-t-elle un grand rôle dans la production des gastrites chroniques, gastrites ulcéreuses, etc, qui se sont multipliées d'une façon si rapide dans ces dernières années. Pour notre part nous avons vu souvent des affections de l'estomac, qui résistaient à tout, céder quand nous avions fait remplacer par un vin de provenance sûre, vraiment naturel, des vins de coupage, fournis jusque-là par le commerce parisien.

L'Académie ferait donc bien de condamner aussi les coupages, particulièrement quand ils s'opèrent à l'aide de ces

gros vins rouges du Nord de l'Espagne qui, dans l'état où ils nous arrivent, paraissent presque aussi dangereux, au point de vue de l'alcoolisme et des maladies de l'estomac, que les alcools industriels.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Abcès du cou. — II. Cancer du rectum, anus artificiel.

I. Je vais ouvrir aujourd'hui une collection purulente du cou, suite d'une thyroïdite suppurée, survenue sans que le malade, — du moins d'après ses dires, — se soit jamais aperçu d'avoir une tumeur du cou. Cependant, malgré ses affirmations, je croirais très volontiers à l'existence de quelque kyste thyroïdien antérieur terminé par suppuration.

Quoi qu'il en soit, l'état actuel est caractérisé par la présence, au milieu du cou et un peu à droite de la ligne médiane, d'une saillie manifestement fluctuante. Le malade, à son arrivée à l'hôpital, avait un certain degré de fièvre et avait été placé immédiatement dans un service de médecine comme étant au début d'une fièvre typhoïde. Il n'en était rien, et le mouvement fébrile qu'il présentait était exclusivement la conséquence de son abcès du cou.

Une large incision sur la tumeur pour donner issue au liquide purulent, et le malade sera promptement guéri.

II. Nous avons à faire un anus artificiel dans les conditions les plus défavorables, et si je me décide à opérer, c'est parce qu'on a peu de réaction dans la colotomie iliaque, que l'opération est rapidement faite, que l'on entre très peu dans le péritoine, de sorte que c'est à peine si, pendant quelques secondes, l'air peut pénétrer dans la séreuse. Le premier temps est d'ailleurs fort court, et on fixe aussitôt après l'intestin par des points de suture. Dans cette opération, je procède de façon que, l'anus artificiel créé, les matières puissent s'écouler en totalité par cette ouverture, sans qu'il en passe rien par le bout inférieur de l'intestin.

Chez notre malade, nous intervenons pour un cancer de l'intestin; l'organisme est très ruiné; de là un pronostic fort grave, ces conditions étant des plus défavorables à toute opération.

Ordinairement, quand je fais l'anus artificiel, c'est que l'état général est encore relativement bon et que les forces sont conservées; aussi, dans ces cas-là, n'avons-nous pas à craindre d'accidents consécutifs. Ici il n'en est pas de même, le cancer occupe la région périnéale du rectum. La malade, — c'est une femme, — a présenté, il y a quatre ans, les premiers signes d'un cancer de l'utérus. Malgré les soins qui lui ont été donnés, malgré l'opération qui lui a été faite alors, le mal a progressé; il a envahi la cloison recto-vaginale et le tube intestinal s'est trouvé bouché. On a pratiqué la rectotomie linéaire à seule fin de pouvoir rétablir le cours des matières. Une amélioration notable d'une durée de trois mois environ en a été la suite.

Pendant ce temps la maladie continuait, cependant, et la masse cancéreuse partant de l'utérus envahissait le petit bassin. Enfin, aujourd'hui, il y a propagation du néoplasme vers la vessie et l'urèthre, propagation qui donne déjà lieu à quelques phénomènes de rétention d'urine.

Ainsi la rectotomie n'a amené qu'un soulagement, utile il est vrai, mais passager. Depuis lors les végétations ont de nouveau et peu à peu bouché l'intestin. De plus, aujourd'hui, on ne trouve, pour ainsi dire, plus de vagin ni d'utérus, ni de rectum; mais ces divers organes, envahis par le cancer ne forment plus qu'une seule et même masse. Il y a donc rétention à la fois des matières stercorales et de l'urine, par suite envies constantes d'aller à la selle, et l'S iliaque est rempli, jusqu'au niveau du côlon transversal, par un amas énorme de matières fécales.

Il n'y a pas bien longtemps, j'ai eu l'occasion d'opérer une cliente de la ville pour un cancer du rectum siégeant tout près de la région anale, sans obstruction intestinale complète, mais ayant encore des selles assez fréquentes. Eh bien! l'incision que j'ai pratiquée sur le rectum a donné issue, pendant plusieurs jours, à des cylindres fécaux de la longueur et de la grosseur d'un verre ordinaire.

Aujourd'hui, ce qui fait surtout la gravité du cas, c'est la généralisation du cancer au péritoine par les prolongements de la tumeur occupant les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur et envahissant la séreuse elle-même. J'ai vu, il y a quelques années déjà, l'opération d'un cancer du rectum chez un homme déterminer un soulagement véritable; mais sept ou huit mois après, le malade revenait, véritable moribond, avec une rétention complète par la production de nouvelles masses cancéreuses au niveau de l'intestin, et demandait à grands cris que je lui fasse de nouveau la rectotomie linéaire. L'opération était impraticable, et je dus lui faire un anus iliaque artificiel. Mais en ouvrant la séreuse péritonéale, je pus constater une généralisation très étendue du néoplasme dans le péritoine, et quarante-huit heures plus tard cet homme avait succombé.

Le pronostic est donc toujours bien grave dans le cas de cancer intra-abdominal, et chez la femme que nous allons opérer, nous avons vivement à redouter pareille généralisation. Nous pouvons craindre aussi que l'appareil urinaire soit atteint, nous pouvons appréhender quelque néphrite ascendante, des accidents urémiques et la mort. En effet, l'examen des urines nous a montré la présence d'albumine, conséquence probable de quelque néphrite et peut-être d'une néphrite double.

Cependant, malgré tous les dangers d'une intervention chirurgicale en pareil cas, l'opération de l'anus artificiel est indispensable, car depuis dix-neuf jours elle n'a pas eu la moindre selle; elle éprouve un commencement d'intoxication fécale, et les efforts de défécation amènent des hémorrhagies. Nous ne saurions donc temporiser davantage, et si notre opération se termine dans un bref délai par quelque catastrophe, nous devons reconnaître qu'elle ne pouvait être évitée. Ce sont là des cas qui ne sauraient entrer dans aucune statistique, car il s'agit d'une intervention purement palliative.

Je vais donc faire mon incision à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de l'arcade crurale, dans une direction perpendiculaire à cette arcade; du côté de l'ombilic, incision des parois abdominales et du péritoine d'une étendue de 2 à 3 centimètres seulement, pour ne pas avoir un prolapsus ultérieur de la muqueuse intestinale. Cette petite ouverture pratiquée, il me sera facile de découvrir l'intestin en raison même de sa distension considérable par l'amas de matières fécales qu'il doit renfermer; je l'attirerai au dehors, l'ouvrirai et le fixerai à la paroi abdominale par le nombre de sutures nécessaires.

SUR LA DÉTERMINATION

DE LA FORCE ÉLECTRO-MOTRICE DU COURANT NERVEUX OU MUSCULAIRE AVEC DES ÉLECTRODES IMPOLARISABLES, MAIS NON HOMOGÈNES.

Par M. le docteur Maurice Mendelssohn.

Pour déterminer la différence de potentiel électrique de deux points quelconques d'un nerf ou d'un muscle au moyen de la méthode de Du Bois-Reymond (1), actuellement le plus en usage en électro-physiologie, il faut que les électrodes, qui dérivent le courant donné, soient non seulement impolarisables, mais aussi parfaitement homogènes. Il est facile d'atteindre le premier but, mais il n'en est pas ainsi pour ce qui concerne le second. Bien souvent les électrodes impolarisables (les vases réophores de Du Bois-Reymond) présentent, sans aucune raison appréciable, une différence de potentiel électrique, qu'on n'arrive à détruire qu'au bout de longs efforts et tâtonnements. Il est vrai que, dans ce cas-là, on peut, ainsi que le conseille M. Du Bois-Reymond, compenser le courant des vases et déterminer alors la force électro-motrice du courant nerveux d'après la formule :

$$y = \frac{n}{N} \cdot \frac{I - I_1}{I} \cdot R. \quad (2)$$

Ce dernier procédé n'est bon que quand le temps, qui s'écoule entre le moment de la compensation du courant des vases et celui où on observe le courant du nerf, est relativement court, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour éviter la dessiccation du nerf et les altérations de la surface de sa section transversale, il faut qu'il soit soumis à l'observation aussitôt après l'avoir préparé, donc après la compensation du courant des vases. Ayant affaire dans mes recherches antérieures à des racines médullaires de la grenouille, dont la préparation est assez longue et difficile et dont l'application des surfaces de sections transversales (comme pour le courant axial) sur les vases réophores exige parfois des efforts de patience assez considérables, j'ai pu souvent m'assurer, qu'après toute cette opération, la compensation du courant des vases devient insuffisante et on voit de nouveau l'aiguille galvanométrique dévier à une certaine distance de zéro. Ce fait s'observe aussi au cours d'une expérience, si elle est un peu plus longue, quoiqu'on ait eu soin de compenser le courant des vases avant de commencer l'observation. Je ne saurais pas dire au juste quelle est la raison de cette insuffisance de la compensation pour une certaine durée de temps. Il est possible que l'inconstance du courant de la pile compensatrice (le Daniel dans mes expériences) ainsi que celle du courant des vases lui-même y joue un certain rôle ; peut-être même la conductibilité du fil du compensateur circulaire varie d'un instant à l'autre sous l'influence des inégalités de la température ambiante.

N'importe quelle serait la cause de cette insuffisance de la compensation dans certains cas, il est évident que celle-ci peut facilement devenir une cause d'erreur, à l'abri de laquelle il faut se mettre dans des expériences aussi précises que celles qui ont trait à l'électro-physiologie.

Aussi il me paraît utile de communiquer un procédé que j'ai trouvé pour déterminer la force électro-motrice d'un courant nerveux ou musculaire avec des électrodes impolarisables mais non homogènes, sans compenser le courant de ces derniers.

Soit :

y la force électro-motrice à déterminer, c'est-à-dire celle du courant nerveux ou musculaire ;

v la force électromotrice du courant des vases réophores ;

R la résistance du courant nerveux ou musculaire ;

r celle du courant des vases ;

I l'intensité du courant $v + y$, c'est-à-dire de la somme du courant à déterminer et de celui des vases dans le cas où ces deux courants ont la même direction ;

I_1 l'intensité du courant $v - y$, dans le cas où les deux courants ont une direction différente, on aura alors :

$$I = \frac{v + y}{R + r}$$

$$\text{et } I_1 = \frac{v - y}{R + r}$$

$$\text{d'où } \frac{I}{I_1} = \frac{v + y}{v - y}$$

$$Iv - Iy = I_1 v + I_1 y$$

$$(I - I_1)\, v. = (I + I_1)\, y$$

$$\text{donc } y = v. \frac{I - I_1}{I + I_1}$$

D'après cette formule, on évalue facilement y, c'est-à-dire la force électro-motrice cherchée en déterminant v d'après un procédé quelconque et I et I_1 d'après les déviations de l'aiguille du galvanomètre.

J'ai pu m'assurer maintes fois que la force électro-motrice évaluée d'après cette formule est *presque* la même que celle qu'on détermine par la méthode de Du Bois-Reymond après une compensation préalable du courant des vases réophores. J'ai dit presque la même, car, en effet, il y a bien souvent une différence entre les valeurs obtenues par ces deux méthodes. Cette différence, qui ne dépasse guère quelques dix ou quelques cent millièmes, peut dépendre de ce que le nerf devant être, dans la méthode proposée par moi, disposé de deux manières différentes, peut chaque fois ne pas toucher les électrodes avec les mêmes points de la surface explorée et présenter ainsi chaque fois une différence de potentiel variable.

En terminant, je crois nécessaire d'ajouter que la méthode proposée par moi n'est nullement destinée à remplacer celle de Du Bois-Reymond qui reste toujours la plus exacte et la plus commode, dans le cas où l'on a affaire à des électrodes parfaitement homogènes. Dans le cas contraire, la formule donnée par moi peut servir pour évaluer la force électro-motrice d'un courant nerveux ou musculaire d'une manière rapide et suffisamment exacte, sans être obligé de compenser préalablement le courant des vases. Elle peut aussi servir de contrôle pour la méthode de compensation.

(1) Du Bois-Reymond. *Gesammelte Abhandlungen zur Allgem. Muskel n. Nervenphysik*, t. I, p. 257.

(2) Voir les détails sur ce procédé dans mon travail sur le « Courant nerveux axial », in *Archives de Du Bois-Reymond*, 1885, p. 383.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 août 1886. — Présidence de M. Sappey.

DISCUSSION SUR LES ALCOOLS

M. Bergeron expose en quelques mots les motifs qui ont déterminé la commission à modifier ses premières propositions et à adopter en substance les amendements présentés par M. Le Fort.

Puis, l'Académie ayant décidé que la discussion générale était close, on passe à celle des articles.

M. Riche déclare que la nouvelle rédaction de l'article premier ne le satisfait pas entièrement. En effet, si l'on admet que le vinage dans certaines conditions n'est pas une pratique mauvaise, — et il faut bien l'admettre, puisque sans le vinage les vins d'une partie de la France ne seraient pas transportables, — pourquoi s'opposer à ce qu'il soit fait au moyen d'alcools absolument purs? Les alcools dits supérieurs sont, on l'a dit avec raison, le grand danger des esprits impurs du commerce ; mais ce serait une erreur de croire que les alcools de raisin en soient dépourvus. Les recherches d'Henninger, de M. Ordonneau et d'autres encore ont prouvé que les vins, les eaux-de-vie de vin et même les meilleurs cognacs en renfermaient toujours une certaine quantité. Par conséquent, si l'on mêle aux vins des alcools absolument purs, on y introduira moins de ces substances toxiques que si l'on élevait leur titre alcoolique par des coupages, par exemple.

En qualité de commissaire expert du gouvernement au ministère du commerce, M. Riche se trouve en rapport continuel avec des négociants en vins, et tous déclarent que le vinage est absolument indispensable pour rendre possibles le transport et la con-

servation d'un grand nombre de nos vins français. Il faut donc bien en passer par là. La commission propose la création de laboratoires d'analyse. Mais ces laboratoires existent déjà dans plusieurs villes. D'une part, le service des douanes a, sous la haute direction de M. de Luynes, des laboratoires très bien outillés à Bordeaux, Nantes, le Havre et Dunkerque. D'une autre part, les contributions indirectes ont, sous la direction de M. Bardy, des laboratoires à Lille, Arras, Amiens, Valenciennes, Saint-Quentin, Clermont-Ferrand. Il suffirait donc de charger les laboratoires existants de l'analyse des vins et des alcools.

Quant au sucre, la commission demande qu'il soit cristallisé; c'est *raffiné* qu'il eût fallu dire, car certains sucres cristallisés n'en sont pas moins impurs. Mais cette observation ne porte pas sur l'article premier.

Sur cet article, l'amendement que propose M. Riche consiste à introduire deux mots nouveaux, en gardant d'ailleurs pour le fond la rédaction actuelle de la commission. Voici comment il serait conçu :

« L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins telle qu'elle se pratique *généralement* aujourd'hui avec les alcools industriels *impurs.* »

M. CHATIN n'est pas du tout d'accord avec M. Riche sur la question de savoir si l'on peut employer pour le vinage des alcools, même très purs, au lieu de sucre.

On croyait autrefois que la fermentation du sucre se résumait en un dédoublement de cette substance en acide carbonique et en alcool. On sait aujourd'hui, depuis les travaux de M. Pasteur, que c'est une opération beaucoup plus complexe. Le ferment vinique produit, il est vrai, de l'alcool et de l'acide carbonique, mais il produit aussi de l'acide succinique et de la glycérine, l'une et l'autre en assez grande proportion. Est-ce tout? Certainement non. On n'a retrouvé que ces deux substances parce qu'on n'en a pas cherché d'autres; mais en réalité le sucre, qui fermente quand on l'additionne au jus de raisin, contribue aussi pour sa part à la constitution d'un liquide nutritif dans lequel l'alcool ne joue que le moindre rôle. Il y a donc un grand avantage à exiger que le vinage soit fait au moyen de sucre; et c'est même une erreur que de croire qu'on peut avantageusement remplacer le sucre par des raisins secs. Les raisins secs ne sont en aucune manière l'équivalent des raisins frais. Le sucre qu'ils contiennent est interverti; il ne fermente plus comme il le faisait. Le tannin a disparu par oxydation, la matière colorante aussi. Et de là vient pour ceux qui font des vins de raisins secs la nécessité de colorer ces vins avec des substances souvent dangereuses. Quant à l'alcool surajouté, il arrête la fermentation, il décompose le vin : et il doit être rejeté du vinage d'une manière absolue.

M. GALLARD ne voit pas pourquoi l'Académie s'écarterait de ses conclusions de 1870. Il ne s'est produit aucun fait nouveau, rien de ce qui force une assemblée à se déjuger. Le vinage a été jugé innocent, et il l'est encore des méfaits dont on l'accuse.

M. Gallard n'est pas, comme on l'a dit, le défenseur soit du mouillage, soit du vinage : ce sont là des pratiques mauvaises, en ce qu'elles altèrent la qualité du vin. Mais l'Académie n'est pas une assemblée de gourmets. La question est donc de savoir si ces pratiques sont pernicieuses pour la santé, condamnables au point de vue de l'hygiène. Or M. Gallard ne le croit pas. Ceux qui boivent du vin contenant de 12 à 15 p. 100 d'alcool se trouveront fort bien du mouillage. Ceux qui boivent du vin renfermant 6 à 8 p. 100 d'alcool se trouveront fort bien du vinage, car la proportion d'alcool est ce qu'il faut considérer. D'ailleurs une considération doit arrêter l'Académie, c'est l'impossibilité complète d'atteindre les fraudes. Le directeur du laboratoire municipal procède par moyennes, il veut que les vins produits par coupage aient 10 p. 100 d'alcool. Mais les moyennes ne représentent jamais la vérité existante, et s'il faut avoir un certificat de provenance pour tolérer les vins naturels de moins de 10 p. 100 d'alcool, où ira-t-on?

M. Gallard trouve d'ailleurs qu'on est beaucoup trop tolérant pour les coupages. Les coupages de vins ont au fond des inconvénients tout aussi grands que les vinages; ils décomposent tout autant les vins. La preuve que le danger des boissons alcooliques consiste surtout dans leur richesse en alcool a été fournie, d'une part déjà par M. Gallard lui-même, et d'une autre part autrefois par M. le professeur Bouchardat, racontant qu'un de ses vignerons avait l'habitude de boire au moins un litre de vin à chaque repas. Il se portait d'ailleurs très bien. Mais survint une année exceptionnelle par la qualité du vin. M. Bouchardat avertit son vigneron que les conditions habituelles étaient changées. Mais le brave homme, trouvant le vin bon, n'en but pas moins. Quelques mois après, il mourait d'alcoolisme. On a dit que le vin était un aliment vivant : c'est une métaphore sans doute, car le vin est un liquide mort; il est si bien mort qu'il est envahi par les ferments comme un cadavre.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Je demande la parole.

M. GALLARD. Toutes les décompositions s'effectuent par des ferments. Et c'est si vrai que, pour conserver le vin, M. Pasteur propose de le chauffer à un point tel que tous les ferments soient tués en lui.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Il tue le vin lui-même!

M. GALLARD. Le vin a certainement vécu quand il était jus d'un raisin vivant, mais il ne vit plus à l'état de vin; il ne vit pas plus que la bière, qui n'a pas été retirée d'un fruit vivant. Je n'accuserai jamais ceux qui fraudent le vin, le cidre, le poiré ou la bière d'être des vivisecteurs. J'aurai encore beaucoup à dire sur les articles suivants.

M. DAREMBERG. M. Gallard a accusé à tort le laboratoire municipal de procéder d'après des moyennes quand il s'agit de l'analyse des vins et d'avoir fixé une proportion de 10 p. 100 pour les vins de commerce. Cette proportion n'est exigée que pour les vins faits de toute pièce par les négociants parisiens, vins censés de coupage, mais où réellement il n'entre que bien peu du fruit de la vigne, s'il en entre. La proportion de 10 p. 100 est celle que ces négociants ont fixée eux-mêmes; ils se sont vantés de fournir toujours des vins la contenant, et c'est pourquoi le laboratoire municipal les a suivis sur le terrain, où ils s'étaient placés eux-mêmes. Mais pour les vins qui ne sont pas donnés comme vins de coupage, pour les vins naturels, leur composition suivant les crus étant connue, c'est à cette composition qu'on se réfère pour savoir s'ils sont fraudés. Ainsi M. Gallard s'est complètement mépris; il ne s'agit pas des vins naturels dans cette moyenne de 10 p. 100.

M. GALLARD. Il s'agit donc des crus de Bercy?

M. DAREMBERG. Parfaitement.

M. LE PRÉSIDENT. M. Dujardin-Beaumetz a la parole.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. J'y renonce, M. Rochard voulant répondre.

M. ROCHARD. Si l'on entre le moins du monde dans la voie des concessions, on est débordé. Si l'on accepte le vinage avec les alcools absolument purs, bientôt viendront les alcools impurs, et on ne sait pas où on ira. Il importe que l'Académie soit absolue dans sa réponse; elle doit interdire le vinage comme nuisible à la santé publique; ce sera ensuite au gouvernement à voir dans quelle limite il pourra accepter l'opinion de l'Académie. Il est évident que pour la marine, par exemple, les vins ne se conserveraient pas s'ils n'étaient alcoolisés; ceci est un fait, et le gouvernement sera bien obligé de s'écarter des principes pour tenir compte de ce fait. Mais quant à nous, nous sommes appelés à donner notre avis sans tenir aucun compte des nécessités de la pratique. Nous sommes un corps savant, nous avons donc le droit d'être absolus. On permettra malgré nous le vinage, quand sa nécessité sera bien démontrée; mais il faut que ce soit malgré nous. Par exemple, le gouvernement n'interdira pas le vinage pour les vins trop faibles en alcool pour se conserver autrement; mais l'Académie n'a pas à entrer dans ces détails d'application.

M. LE PRÉSIDENT. Mais quelle est donc votre proposition? Repoussez-vous la dernière rédaction de la commission qui ne condamnait le vinage que tel qu'il se pratique à présent?

M. ROCHARD. J'accepte cette rédaction par esprit de discipline;

mais en ce qui me concerne, je préfère de beaucoup l'ancienne qui condamnait absolument le vinage.

Il ne faut pas qu'une porte soit entr'ouverte; autrement on peut introduire par l'entrebâillement un levier et la forcer entièrement. Je suis contraire aux demi-mesures quand il s'agit de poser les principes. On s'en écarte toujours assez dans l'application. C'est pourquoi je préférerais qu'on se fût opposé d'une manière absolue au vinage, quelle que pût être la pureté des alcools qu'on y employerait.

Le gouvernement, obligé de compter avec notre opinion, aurait montré toujours assez de tolérance.

M. BESNIER propose que la suite de la discussion soit renvoyée à une époque où l'Académie sera plus au complet.

Cette proposition est adoptée sans qu'aucune main se lève à la contre-épreuve.

La séance est levée à cinq heures.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1887

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.*

PRIX D'ARGENTEUIL (10000 francs). — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

PRIX BARBIER (2000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

PRIX CAPURON (1000 francs). — *De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Étudier les altérations et les états pathologiques qui en peuvent résulter.*

PRIX CIVRIEUX (1000 francs). — Question : *Des névralgies vésicales.*

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. »

PRIX DESPORTES (1200 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1000 francs). — Question : *Étude clinique de l'athrepsie.*

PRIX LAVAL (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE (2000 francs). — Question : *De la mélancolie.*

PRIX AUGUSTE MONBINNE. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *De la tuberculose rénale primitive.*

PRIX SAINT-LAGER. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne, à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX VERNOIS (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs).— Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.*

PRIX AMUSSAT (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.*

PRIX CIVRIEUX (1000 francs). — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

PRIX DESPORTES (1300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique pratique.

PRIX FALRET (1500 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX ITARD (2000 francs.) — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages pussent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX ORFILA (4000 francs). — Question : *Du venin de la vipère.* D'après les intentions du testateur, « la question devait être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

Que devient ce poison après avoir été absorbé? Dans quels organes séjourne-t-il? A quelles époques est-il éliminé et par quelles voies? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets? Enfin, quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort.

Des expériences seront tentées sur les contrepoisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendrait inerte ou beaucoup moins actif? »

PRIX PORTAL (1000 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

PRIX STANSKI (1800 francs). — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les mémoires et les ouvrages devront être envoyés à l'Académie, pour les prix à décerner en 1887 avant le 1er mai 1887, et pour les prix à décerner en 1888 avant le 1er mars 1888. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Amussat, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exemptés de cette dernière disposition.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher Directeur,

Vous avez publié dernièrement une intéressante observation d'hystérectomie vaginale pratiquée par notre honorable confrère le docteur Buffet, d'Elbeuf. Au cours de sa description, cet habile opérateur a bien voulu reconnaître qu'il avait suivi pour les ligaments larges la méthode de pincement préventif et définitif que j'ai imaginée, dans un but hémostatique, il y a plus de vingt ans, et qui se trouve longuement décrite dans les leçons contenues dans les tomes I, II et IV de mes *Cliniques chirurgicales*. Il a même ajouté, comme les confrères qui me font l'honneur d'assister aux opérations et aux conférences que je fais tous les samedis à l'hôpital Saint-Louis, que j'enseigne depuis longtemps cette méthode, dont personne ne songe sérieusement à me contester la priorité. Je n'ai, pour ma part, qu'à féliciter le jeune opérateur de sa bonne foi et du brillant succès qu'il a obtenu l'année dernière.

Par contre, dans le numéro de votre journal qui vient aujourd'hui de paraître (5 août 1886), je vois avec peine mon collègue Richelot tendre à revendiquer cette méthode comme sienne et chercher à démontrer, non seulement qu'il ignore à qui revient le mérite d'avoir imaginé le pincement préventif et définitif au cours des opérations, mais encore qu'il l'a, le premier, appliqué à l'hystérectomie vaginale. Je m'explique difficilement cette double prétention, puisque ses opérations sont postérieures à celle de notre confrère Buffet et aux miennes, et puisqu'il avoue, dans ses publications antérieures, qu'avant le mois de novembre dernier il avait perdu des malades d'hémorrhagie, faute de recourir à cette excellente méthode. Je ne comprends pas davantage pourquoi M. Richelot n'a pas songé plus tôt à faire le pincement, puisque mes élèves lui en ont montré l'importance lorsqu'il est venu me remplacer, il y a quatre ans, à l'hôpital Saint-Louis, et puisqu'il a vu, à cette époque, le parti qu'on en pouvait tirer. Personne n'ignore, en effet, que ce sont mes élèves qui m'ont aidé à vulgariser ma méthode, en en faisant connaître le mode d'application à la plupart de mes collègues. Aussi, ma surprise fut grande lorsque, il y a quelques mois, M. Richelot oublia de citer mon nom, en parlant du pincement des ligaments larges. Elle fut bien plus grande encore, il y a un mois, lorsque je le vis décrire comme nouveau, dans le *Journal de médecine de Paris*, mon procédé d'ablation de la langue par le pincement préventif et définitif, alors que je l'ai figuré en 1874 dans les leçons qui ont été publiées par Deny et Exchaquet. Oublie-t-il donc qu'il suffit de jeter un coup d'œil sur ces leçons pour voir que personne avant moi ne s'était servi de pinces à mors variés et appropriés pour faire le pincement préventif et définitif des *ligaments larges*, aussi bien que *de l'utérus, du vagin, de la vulve, de l'urèthre, du rectum, des autres organes et de toutes les tumeurs pédiculées ou susceptibles d'être pédiculisées?* Oublie-t-il que personne ne pourrait m'enlever le mérite d'avoir prouvé, le premier, que ces sortes de pinces *remplacent toujours avantageusement la ligature, que leur séjour dans les plaies, y compris le péritoine, ne détermine jamais d'accidents et qu'il suffit de les laisser en place le plus souvent de deux à trente-six heures pour obtenir l'hémostase définitive?* Oublie-t-il enfin que ces conclusions ont été présentées par moi à l'Académie de médecine dès le 19 janvier 1875? Si M. Richelot s'était contenté de dire que ma méthode est supérieure aux autres pour l'amputation de la langue et pour l'ablation de l'utérus, qu'il n'en veut pas d'autre, qu'il n'est jamais nécessaire de retirer les pinces avant le temps que j'ai fixé, qu'il n'est pas plus nécessaire de lier les vaisseaux saisis et de fermer la plaie vaginale, je me serais gardé de le contredire, puisqu'il n'aurait fait qu'affirmer, par l'exemple, les lois que j'ai posées et que j'ai soutenues, pendant une partie de mon existence, par l'enseignement et par le livre. J'aurais même été le premier à l'encourager dans cette voie, qui lui a permis de guérir quelques malades. Mais il m'est pénible, à une période déjà avancée de ma carrière, d'entreprendre une plus longue discussion pour démontrer une fois de plus combien il est difficile à un inventeur de se mettre à l'abri de revendications peu justifiées.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes sentiments les plus distingués et dévoués,

PÉAN.

Paris, 5 août 1886.

DÉCRET

RELATIF AUX SESSIONS D'EXAMENS A L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER.

Le Président de la République française,

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les sessions d'examens pour les aspirants au diplôme d'officier de santé ont lieu, chaque année, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pendant les mois d'avril et d'octobre.

Les candidats appartenant au régime d'études antérieur à celui qui a été établi par le décret du 1er août 1883 pourront se présenter indifféremment à l'une ou à l'autre de ces sessions.

Les candidats appartenant au régime d'études établi par le décret du 1er août 1883 ne pourront se présenter à la session d'avril que s'ils ont échoué aux examens pendant la session d'octobre précédent.

Les sessions pour les examens de sage-femme de 2e classe auront lieu aux mêmes époques.

ART. 2. — Les sessions d'examens pour les aspirants au diplôme de pharmacien de 2e classe ont lieu chaque année à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pendant les mois d'avril et d'octobre.

La session d'août pour l'examen de validation de stage est reportée au mois d'octobre; la seconde session pour cet examen aura lieu au mois d'avril.

Les sessions pour les herboristes de 2e classe ont lieu aux mêmes époques.

ART. 3. — Les dispositions antérieures, contraires à celles du présent décret sont abrogées.

ART. 4. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 juillet 1886.

Jules GRÉVY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 août 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Coste.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Galand et Rivière.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Grodvolle et Hiard.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Langot, Delotte, Astier et Hervé de Lavaur.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Bernier, Richart, Archambaud, Abadie et Benoit.

— Par décret en date du 8 août 1886, M. le docteur Hanne, maire de la Pointe-à-Pitre, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1886, par application de l'article 39 du décret du 28 décembre 1885, et nommés professeurs honoraires :

MM. Druhen (Ignace) et Sanderet de Valonne, professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon;

M. Maheut, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen;

MM. Fleury et Nivet, professeurs à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont;

M. Morlot, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon;

M. Barny, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— M. Fleury, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé directeur honoraire de ladite École.

— M. le docteur Billon est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement de Paris.

— Le mercredi 18 août 1886, il sera procédé dans une des salles de la mairie du IVe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Les nominations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel médical de la Préfecture de police, par suite de la mort de notre regretté confrère et ami, M. Legrand du Saulle :

M. le docteur Garnier, premier médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du Dépôt, est nommé médecin en chef; M. le docteur Legras, deuxième médecin-adjoint, passe premier médecin-adjoint et M. le docteur Rueff est nommé deuxième médecin-adjoint. De plus, M. le docteur Briand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés passe inspecteur titulaire en remplacement de M. le docteur Garnier, et M. le docteur Vallon est nommé inspecteur-adjoint des mêmes établissements d'aliénés.

— L'Université d'Heidelberg vient de conférer, à l'occasion du jubilé de son cinquième centenaire, le diplôme honoraire de docteur en médecine à notre illustre concitoyen M. Chevreul.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un cours particulier de technique microscopique, le lundi 16 août 1886, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5, et le continuera tous les jours à la même heure.

On s'inscrit chez M. le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de une heure à deux heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19926

39

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

13

PILULES DE PEPSINE

HOGG, pharmacien, 2, rue Castiglione, Paris.

La *forme pilulaire* est la meilleure pour prendre la *Pepsine*. Ces pilules sont très solubles, n'étant recouvertes que d'une *simple couche de sucre*.

1° Pilules à la Pepsine pure acidifiée, contenant 10 centigr. de Pepsine; **2° Pilules à la Pepsine et au Fer réduit par l'Hydrogène**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. de Fer; **3° Pilules à la Pepsine et à l'Iodure de Fer**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. d'Iodure.

Se trouve dans les principales pharmacies.

51

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

26

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

15

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre*. Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris, et dans les pharmacies.

87

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

15

BŒUF DEFRESNE

POUDRE de VIANDE PANCRÉATINÉE

DEFRESNE

Fournisseur de la marine et des hôpitaux de Paris.

La moitié du **Bœuf-Defresne** est transformée en *Peptone*. Dans la seconde moitié, les fibres striées sont éclatées et désagrégées, elles ont perdu de leur cohésion, elles sont pénétrées d'emblée par les sucs digestifs.

Toujours assimilé, le **Bœuf-Defresne** peut être administré à dose massive, 300 à 500 gr. dans les 24 heures, sans crainte de vomissements ni de diarrhée, la dose ordinaire est de 2 à 4 cuillerées par jour. — Très succulente, la **Poudre de viande pancréatinée** rend non seulement savoureux les potages et purées de pommes de terre et de lentilles, mais elle concourt à leur digestion et à celle des aliments gras.

PRIX : **4** FRANCS LA BOÎTE DE 250 GRAMMES.

Envoi d'échantillons franco.

DEFRESNE, auteur de la **PANCRÉATINE** et de la **PEPTONE**, rue de la Verrerie, 56.

DÉTAIL : 2, rue des Lombards; — BOUSQUIN-DUBOIS, 26, galerie Vivienne, et principales phies.

177

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

91

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

31

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau, des muqueuses, articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

Mon ADAM, 31, boulevard des Italiens, Paris

44

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

9

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND-FARDEL).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (PÉTREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

N° 94. — SAMEDI 14 AOUT 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 14 AOUT 1886. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La ponction de l'utérus dans l'hydramnios aigu.

Le service de M. Tillaux, toujours si riche en enseignements cliniques, présente en ce moment une observation qui est déjà, dès ses premières phases, d'un intérêt exceptionnel pour le praticien, et qui peut le devenir plus encore par la suite si tout se passe comme on est en droit de l'espérer. Dans ce dernier cas, M. Tillaux se réserve d'en faire l'objet d'un mémoire pour en développer toutes les conséquences au point de vue de l'obstétrique. Mais ce fait est déjà trop instructif pour qu'on attende pour le signaler que la malade soit sortie de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, fortement constituée, qui arrivait, envoyée par deux médecins de la ville, avec un ventre tellement énorme qu'elle avait peine à respirer.

Elle racontait qu'elle devait être enceinte depuis au moins cinq mois, car elle n'avait plus été réglée dans cet intervalle. Précédemment, elle avait eu quatre grossesses, qui avaient produit cinq enfants, car la seconde grossesse était gémellaire.

Mariée en 1875, elle accoucha pour la première fois l'année suivante, puis en 1877, en 1879 et en 1880. Le premier de ses enfants, qui était très robuste, mourut du croup vers l'âge de treize mois. Les jumeaux qui suivirent ne vécurent que vingt jours. Mais les deux derniers, deux garçons, vivent encore et jouissent d'une santé parfaite.

Les couches furent toujours faciles, sans accident d'aucune sorte. Cependant, depuis la dernière, cette femme était devenue très sensible au froid, et pour peu que le ventre se refroidît, il devenait gros et douloureux.

Dans ces derniers temps il avait acquis d'une manière rapide ce développement considérable qui, en refoulant le diaphragme, menaçait la malade d'asphyxie. Mais sur le point de savoir si, avant sa grossesse, elle présentait déjà ou non une tumeur, il pouvait y avoir du doute.

La femme qui l'accompagnait lorsqu'elle arriva à l'hôpital vendredi dernier, et son mari, disaient l'un et l'autre que son ventre était déjà gros depuis quelque temps. Ses propres réponses étaient de nature à confirmer dans la pensée d'une tumeur remontant à plus de cinq ou six mois.

Quand M. Tillaux examina cette tumeur, il constata d'abord qu'elle était pleine de liquide. Sur la plus grande partie de sa surface, il suffisait de percuter légèrement un point quelconque pour donner nettement la sensation de flot vers l'autre extrémité du même diamètre. Pourtant, à ce moment, le vendredi matin, lors de ce premier examen, on nota, vers le côté gauche et en avant, quelques particularités qui cadraient mal avec l'hypothèse d'une cavité uniloculaire.

Sur une certaine étendue, la consistance n'était plus la même, et on avait la sensation d'une saillie distincte, limitée sur ses bords par une espèce de sillon. Cette sensation est exactement celle que donnent souvent certains kystes ovariens multiloculaires ; et l'on était confirmé dans cette pensée par ce fait qu'à gauche, dans une région au moins aussi large que la paume de la main, un coup léger frappé sur la surface de la tumeur ne faisait plus percevoir aussitôt le choc spécial de l'onde liquide sur les doigts appliqués à droite.

Cependant l'hypothèse d'une hydropisie de l'amnios se présenta et fut discutée ; mais elle ne paraissait guère probable à cause de cet ensemble de signes.

Il est vrai que quand, un peu plus tard, un médecin auquel M. Tillaux parla de cette malade au moment où la visite était finie, vint l'examiner à son tour, il trouva de grands changements à ce point de vue. La tumeur était devenue maintenant parfaitement unie et tous les points qu'on percuta sur les deux tiers supérieurs de sa surface donnèrent également lieu au phénomène du flot : ce qui ramenait à la pensée d'une tumeur uniloculaire.

Le lendemain, M. Tillaux constata de son côté qu'il ne découvrait plus nulle part ni saillie, ni sillon, ni différence de résistance.

Une opération était devenue absolument urgente. La malade, assise sur son lit, étouffant, violacée, ne pouvant plus ni dormir, ni manger, souffrant beaucoup, était exposée à succomber à l'asphyxie, et elle demandait qu'on la soulageât le plus tôt possible.

M. Tillaux agita de nouveau la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'un hydramnios. C'était celle des deux hypothèses qui paraissait la moins probable. D'après la fréquence relative des deux genres de maladies, il y avait au moins

98 à parier contre 2 que cette tumeur était un kyste de l'ovaire, existant avant l'imprégnation, mais auquel la grossesse avait donné, pour ainsi dire, un coup de fouet qui en avait rendu le développement beaucoup plus rapide. Les commémoratifs semblaient être tout à fait dans ce sens, puisque les personnes qui vivaient avec la malade lui trouvaient déjà le ventre gros avant qu'il fût question de grossesse et puisqu'elle-même s'en était plainte.

Une ponction était d'ailleurs l'opération à la fois la plus simple et la plus efficace pour atténuer la gêne de la respiration.

Cette ponction fut faite au moyen d'un trocard ordinaire de trousse. Elle donna issue à un liquide très transparent, très clair, d'une couleur légèrement jaunâtre, mais dont la grande limpidité, l'absence complète de viscosité, faisait penser plutôt au liquide de l'amnios qu'à toute autre chose.

En conséquence M. Tillaux, tout en laissant couler ce liquide, appliqua largement la paume de la main sur la surface de la tumeur pour la surveiller en quelque sorte.

Tout à coup il sentit un choc tel qu'en cause un mouvement fœtal, et à peu près au même instant la tumeur entière se durcit, s'arrondit, se contracta, comme fait l'utérus lorsque commence le travail de l'accouchement. La malade d'ailleurs accusait des douleurs semblables aux premières douleurs d'une femme en couche.

Cette énorme tumeur, qui contenait au moins une vingtaine de litres de liquide, était donc bien l'utérus lui-même, ainsi dilaté dès le sixième mois par un hydramnios suraigu.

Une fois cela bien établi, que fallait-il faire?

M. Tillaux jugea que le mieux, tant pour l'enfant que pour la mère, était de diminuer le liquide amniotique, tout en en laissant encore assez pour que l'enfant y pût rester dans des conditions à peu près normales. Une différence de 7 litres dans la contenance de l'utérus constituait une déplétion suffisante pour soulager la malade. On s'en tint donc là. On retira vivement le trocard, comptant avec raison que l'orifice utérin se trouverait bientôt fermé par le retour des fibres musculaires à leur place, et on obtura au moyen de collodion l'orifice extérieur.

Puis il s'agissait de faire cesser les contractions de l'utérus. On y parvint facilement par une injection sous-cutanée d'un demi-centigramme de morphine et par un lavement laudanisé.

La malade se trouvait extrêmement soulagée; elle respirait maintenant à l'aise; elle pouvait s'étendre dans son lit sans suffoquer; elle pouvait dormir et manger.

Aujourd'hui le mieux se continue. La face n'est plus, comme le premier jour, violacée, vultueuse; mais, au contraire, calme et reposée.

Les mouvements de l'enfant sont sentis par la mère, plus fréquents, plus forts que jamais. On est donc en droit d'espérer que la grossesse se continuera jusqu'à son terme naturel, et c'est dans ce cas que ce fait, exceptionnel en obstétrique, méritera d'être étudié dans toute sa portée par M. Tillaux à ce point de vue spécial.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, il fixe l'attention sur certains points assez délicats du diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et l'hydramnios.

Dans les kystes de l'ovaire, l'apparence de la tumeur, sa consistance, sa forme, et tous les phénomènes objectifs qu'on y peut noter, ne changent pas d'un instant à l'autre. Ils peuvent changer au contraire dans l'hydramnios, comme peuvent changer les sensations que donne la palpation de l'utérus dans le travail de l'accouchement. En effet, souvent les contractions de cet organe ne sont que partielles, et on le sent durcir, faire saillie sur un point. C'est précisément ce qui était arrivé lors du premier examen fait, le vendredi, par M. Tillaux lui-même. Une demi-heure plus tard, la surface utérine était parfaitement unie.

En outre, la présence de l'enfant contre une des parois y empêche de naître ou y interrompt les ondes liquides qui, provoquées à ce niveau par un choc, seraient allées sans cela donner la sensation de flot à l'autre extrémité du même diamètre. Puis, si l'enfant se déplace, cette sensation de flot pourra très bien être provoquée sur ces mêmes points. A une demi-heure de distance, les choses s'étaient modifiées ainsi.

Enfin, sans attacher trop d'importance aux dires de la malade, qui est très susceptible de se tromper, il sera bon de l'interroger sur ses sensations personnelles et de les lui faire préciser le plus possible. La femme dont nous parlons dit bien aujourd'hui que, quand on palpe sa tumeur un peu longtemps, elle éprouve des douleurs qui ressemblent aux contractions précédant le travail dans les grossesses précédentes. Mais alors que le ventre était distendu, ce dont elle se plaignait surtout c'était d'étouffer davantage quand ces douleurs se manifestaient. Sans doute alors l'utérus s'allongeait en se redressant, et il pesait plus péniblement sur le diaphragme.

Il sera le plus souvent possible d'arriver à établir le diagnostic au moyen de ces signes étudiés avec soin.

Puis, le diagnostic établi, la question de pratique se dresse.

Que faut-il faire quand le danger de suffocation devient extrême?

Si l'on ne ponctionne pas l'utérus en pénétrant par la paroi abdominale, il faudra procéder comme quand on veut provoquer un avortement. On ouvrira l'amnios au fond du col utérin. Dans ce cas, la mort du fœtus est certaine lorsqu'il n'a que cinq ou six mois. Mais pourquoi préférerait-on cette dernière méthode?

On voit, par le fait même dont il s'agit, qu'on peut ponctionner l'utérus sans que la malade en éprouve aucune espèce d'inconvénient. Bien entendu, il se pourrait que l'on ne fût pas toujours aussi heureux si on enfonçait au hasard le trocard, au risque d'atteindre soit le placenta soit l'enfant. Mais rien n'empêche que l'on ne s'assure, par une palpation douce et répétée, de l'épaisseur des parois utérines sur chacune des régions. Rien n'empêche qu'en étudiant la sensation fournie par le choc on arrive aussi à se dire qu'il n'existe pas de placenta pour affaiblir ces sensations sur un point donné. Rien n'empêche qu'on détermine par la palpation et l'auscultation la position du corps du fœtus.

On peut arriver de la sorte à procéder presque à coup sûr.

D'ailleurs le trocard qu'on choisira peut être très fin. En effet, le liquide de l'amnios est un de ces liquides qui peuvent passer à travers une aiguille creuse, telle qu'il s'en trouve dans l'aspirateur Dieulafoy.

Telles sont les premières conclusions qu'il nous est permis de tirer de ce qui s'est produit jusqu'à présent. Nous ne parlons pas du fœtus, car on ne sait pas encore s'il ira jusqu'à terme, et quant aux nouvelles indications qui pourront naître par la suite, M. Tillaux les décrira lui-même en expliquant comment il les aura remplies.

Épithélioma de la langue opéré pendant l'anesthésie locale produite par la cocaïne.

Un malade, couché dans ce même service, y était entré pour subir une petite opération dont il est bon de dire quelques mots, car elle n'est pas non plus sans intérêt pratique.

Cet homme, d'une santé habituelle excellente, vivant dans l'aisance, fumait beaucoup et particulièrement une courte pipe. Depuis quatre ans, il s'était aperçu de l'existence d'une plaque blanche sur le côté droit de sa langue. Il essaya d'abord de la faire disparaître par divers traitements locaux, notamment par des cautérisations répétées à l'aide de nitrate d'argent. Mais ce fut en vain.

Comme la gêne qu'il en éprouvait augmentait de jour en jour, ce qui tenait peut-être en partie à ce que le moral s'affectait de plus en plus, il finit enfin par se résoudre à se faire extirper radicalement ce mal, et il vint trouver M. Tillaux.

Il s'agissait d'une de ces plaques de psoriasis buccal qui subissent sur place une transformation en épithélioma.

Chez les hommes, il est bon de les enlever dès qu'on en rencontre, car si l'on attend pour opérer que l'épithélioma ait pris forme, on se trouve bien plus exposé à l'envahissement des lymphatiques et par suite à des récidives.

Sans qu'il soit possible de dire pourquoi, les femmes sont beaucoup moins sujettes que les hommes aux épithéliomas de la muqueuse buccale. Aussi quand on trouve chez elles des plaques blanches, soit sur la face interne des joues, soit sur la langue elle-même ou sur le plancher de la bouche, on peut plus facilement attendre. Pour notre part, nous avons en ce moment parmi nos clientes une dame qui présente, tant sur la face interne de la joue droite que sur la langue, plusieurs de ces plaques, assez étendues, de psoriasis.

Nous l'avions adressée, il y a plusieurs années, à un professeur de la Faculté qui fut un des maîtres de presque tous les chirurgiens actuels.

Il fut d'avis que, comme il s'agissait d'une femme et non point d'un homme, malgré l'aspect un peu suspect de certaines plaques, qui semblaient épaissies et comme creusées de petits sillons, rien ne pressait. En effet cette dame, que nous voyons souvent, est restée depuis lors à peu près dans le même état. Il y a eu certains moments où ces plaques de psoriasis ont diminué d'étendue et où elles se sont amincies, au point de n'être plus que de simples taches laiteuses. A d'autres moments, au contraire, elles sont devenues plus larges et comme sillonnées, mais sans que rien indiquât jusqu'ici qu'elles aient tendance à prendre une mauvaise nature.

Il est toujours sage, au contraire, d'opérer le plus tôt possible quand il s'agit d'un homme, et surtout d'un fumeur.

Les opérations dans la bouche, particulièrement sur la langue, ne comportent guère l'anesthésie par le chloroforme. Cependant elles sont douloureuses quand on n'atténue pas la sensibilité de la muqueuse. Mais on possède maintenant, dans la cocaïne, un agent d'insensibilisation locale qui réussit parfaitement sur les muqueuses, et M. Tillaux eut recours à ce moyen.

De six minutes en six minutes, à l'aide d'un petit pinceau, on appliqua sur la surface que le bistouri devait entamer, une solution de cocaïne au cinquantième. On fit en tout cinq applications successives jusqu'au moment de l'opération.

Le résultat cherché fut si bien obtenu que la dissection et l'ablation de la muqueuse dans toute l'étendue de la plaque, située sur le bord gauche et sur la face inférieure de la langue, ne furent pas senties. Cet homme ne fit aucun mouvement marquant une sensation pénible, et il déclare n'avoir pas souffert.

C'est une grande simplification pour les petites opérations de ce genre, car la crainte de la douleur est ce qui peut arrêter surtout le malade quand on les lui propose, et les mouvements qu'elle provoque deviennent une difficulté au moment de l'exécution.

Le sulfate de quinine contre les hémorrhagies.

Il y a déjà plusieurs années que nous insistons sur les bons résultats obtenus par l'emploi du sulfate de quinine dans les métrorrhagies, quelle qu'en soit du reste la cause.

Cette médication, préconisée d'abord par M. le professeur Grancher, a été souvent employée depuis lors avec plein succès.

Chez des malades, atteintes d'énormes tumeurs fibreuses de l'utérus et chez lesquelles les métrorrhagies avaient jusque-là une abondance et une ténacité inquiétantes au plus haut degré, nous avons pu, en donnant le sulfate de quinine à des doses très élevées d'emblée (jusqu'à 1gr,50 le premier jour), puis progressivement décroissantes, réduire ces pertes à des proportions qui dépassaient à peine celles des règles normales.

Dans d'autres genres d'hémorrhagie, dans les épistaxis par exemple, le sulfate de quinine peut rendre également, par son action tout à fait spéciale sur le système vaso-moteur, de grands services, sans qu'il y faille voir le moins du monde, comme M. Verneuil l'a supposé, la preuve que l'hémorrhagie soit le résultat imprévu d'un impaludisme latent.

Nous avons fait une sorte d'enquête sur cette question de l'impaludisme chez des malades atteintes soit de tumeurs fibreuses, soit de granulations intra-utérines et chez lesquelles le sulfate de quinine s'était montré très efficace pour arrêter les pertes de sang. Jamais elles n'avaient traversé, même une seule fois dans leur vie, à une époque très reculée et en apparence impunément, comme le sujet de l'observation de M. Verneuil, des contrées marécageuses où règne la fièvre intermittente.

Ce n'est donc point ici le cas d'en revenir à l'ancien adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*, adage toujours sujet à caution, car nous pourrions citer une multitude de cas où des guérisons se sont produites, malgré des erreurs de diagnostic reconnues après coup, et au grand étonnement du médecin ou de l'opérateur.

En ce qui touche particulièrement le sulfate de quinine, on ne voit pas pourquoi on voudrait limiter ses applications à l'impaludisme.

S'il est vrai de dire qu'il est indiqué dans presque toutes les maladies aiguës qui se développent au milieu des miasmes paludéens, car le miasme paludéen y peut venir compliquer tout, même une fluxion de poitrine, même une pleurésie, etc., parce que ce remède exerce là une action spécifique, ce n'est pas une raison pour lui refuser ailleurs toute autre action.

Nous l'avons vu très bien réussir, par exemple, en insufflations sur les points malades dans des angines inflammatoires, chez des enfants qui n'étaient pas des impaludés.

Nous l'avons vu surtout réussir dans un grand nombre d'hémorrhagies, et nous en avons déjà parlé à ce point de vue dans plusieurs de nos Revues cliniques. Mais nous n'avions jamais songé à supposer un impaludisme latent quand, par exemple, il arrêtait, dès le troisième jour, à partir du début, une perte causée par un corps fibreux, par un polype, par des granulations intra-utérines, perte qui d'ordinaire, sans cette médication, se prolongeait, chez les mêmes malades, durant des semaines.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND

M. Fleury.

Taille hypogastrique pratiquée pour extraire l'extrémité d'une sonde brisée dans la vessie.

(Observation recueillie par M. Chevaleyre, chef de clinique.)

Les nombreuses observations de taille hypogastrique, publiées à la Société de chirurgie, ne laissent aucun doute, par les succès qu'en ont obtenus leurs auteurs, sur l'avenir qui est destiné à ce procédé de cystotomie.

Ce qui n'était que l'exception va devenir la règle générale.

Autrefois, on n'y avait recours que lorsqu'il s'agissait d'extraire des calculs trop volumineux pour être retirés par la taille sous-pubienne, lorsque les pierres étaient enchâtonnées, lorsqu'une affection du bassin rendait impossible l'écartement des cuisses du malade; aujourd'hui, on la pratique pour retirer une sonde de la vessie.

Qu'est-ce qui rend donc maintenant cette opération si facile? C'est l'emploi du chloroforme et du ballon de Peterson. Qu'est-ce qui la faisait redouter autrefois? C'était la crainte d'ouvrir le péritoine, comme cela est arrivé à Dupuytren lui-même, qui a tenu si longtemps à Paris le sceptre chirurgical.

Nous savons, en effet, que la présence d'une pierre détermine une cystite chronique, qui produit le racornissement de la vessie et que les injections ne peuvent pas en opérer la distension.

Le ballon introduit dans le rectum y supplée avantageusement, mais faut-il pour cela que le malade soit plongé dans une anesthésie complète.

Le bistouri traverse ensuite les parois de l'abdomen, la face antérieure de la vessie, qui présentent peu d'épaisseur et qui sont peu vasculaires; le doigt peut ensuite aller saisir le corps étranger et l'extraire avec facilité.

Dans la taille sous-pubienne, pratiquée au contraire chez l'adulte ou le vieillard, le périnée est épais, traversé par des vaisseaux volumineux; la prostate est souvent très grosse; on ne peut guider la pince qui va saisir la pierre que sur un conducteur métallique; le malade est donc exposé à des hémorrhagies, à l'infection purulente et à la contusion de la vessie.

Les suites de la première opération sont ensuite aussi simples que possible.

Quand les tubes sont bien placés, le malade n'est jamais mouillé et n'est pas soumis aux déplacements que nécessitent les changements incessants de linges souillés par l'urine.

En remplissant toutes ces indications, on arrive promptement à la guérison. C'est ce qui est arrivé chez le malade qui fait le sujet de cette observation. Au bout de vingt-quatre jours il était guéri, et pouvait quitter l'hôpital.

Agé de quarante-trois ans, X... était entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont, le 24 novembre 1865, pour y être traité d'une déchirure du canal de l'urèthre, produite par une chute sur l'angle d'une pierre.

Le périnée, le scrotum, étaient infiltrés de sang; la miction était impossible; il avait fallu recourir à la ponction sus-pubienne, après avoir pratiqué une incision à la région périnéale, pour prévenir l'infiltration des liquides dans les tissus sous-jacents.

Au bout de six jours, on avait pu introduire une sonde en caoutchouc vulcanisé dans la vessie, et retirer la canule du trocart.

Tout marchait convenablement, la plaie du périnée était cicatrisée; le malade quittait l'hôpital à la fin de décembre, avec la recommandation de conserver sa sonde encore quelque temps, car trois mois sont nécessaires pour reconstituer le canal de l'urèthre déchiré dans une certaine étendue.

Lorsqu'il a voulu l'enlever, l'extrémité vésicale s'est rompue dans la vessie.

M. G..., c'est le nom du malade, espérait toujours qu'elle finirait par sortir; son attente a été trompée; elle s'est incrustée de sels calcaires et a déterminé tous les symptômes de la pierre.

Entré de nouveau dans le service le 29 mars de cette année, on a fait quelques tentatives, au moyen d'un instrument de lithotritie, pour l'extraire; mais elles n'ont abouti qu'à provoquer des douleurs et une hématurie abondante; le malade s'est dès lors décidé à subir l'opération de la taille, qui a été pratiquée le 12 juin par M. le docteur Fleury.

L'anesthésie a été courte et facile; le ballon de caoutchouc, préalablement huilé, a été enfoncé dans le rectum. Une sonde à robinet, placée dans la vessie, a servi à dilater ce réservoir qui a pu contenir assez facilement 200 grammes d'eau additionnée d'acide borique; on l'a fixée à la verge au moyen d'un lien à fracture.

Le ballon a ensuite été rempli d'eau; 400 grammes à peu près y ont été injectés. Cela a suffi pour que la vessie formât au-dessus du pubis une saillie appréciable à la vue et au toucher.

Une incision pratiquée sur la ligne médiane a divisé la ligne blanche dans une étendue de 5 centimètres, en dépassant, comme on le conseille, le corps du pubis, pour prévenir l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La saillie formée par la vessie était facile à sentir à travers l'écartement des tissus divisés.

Une ponction faite avec le même instrument a pénétré dans sa cavité. L'indicateur de la main gauche, introduit immédiatement dans la plaie, relevait la partie supérieure de l'organe en refoulant le cul-de-sac formé par le péritoine. Le bistouri, tenu de la main droite, pouvait alors agrandir l'ouverture et lui donner une étendue suffisante pour laisser sortir les corps étrangers qu'elle contenait : des débris de pierre, l'extrémité de la sonde brisée, ont été expulsés brusquement avec le liquide; deux injections avec une solution d'acide borique ont été pratiquées pour débarrasser l'organe de tous les corps étrangers qu'il pourrait contenir.

Le double tube de Perrier, qui remplit l'office d'un siphon, a été conduit dans le bas-fond de la vessie et fixé aux lèvres de la plaie par des fils métalliques après la sortie du ballon rectal; la sonde avait été retirée avant l'expulsion des corps étrangers.

Trois points de suture à points passés ont ensuite servi à compléter la réunion.

Aucun vaisseau d'un certain calibre n'a été divisé.

Il s'est fait dans la journée un léger écoulement de sang; mais il s'est arrêté seul. Le malade accuse des douleurs assez vives qu'il attribue à la présence des tubes; une injection pratiquée dans l'un d'eux, une potion au chloral, ont suffi pour les calmer.

L'urine est reçue dans un petit vase placé entre les cuisses du malade; elle s'est écoulée avec facilité toute la journée et une partie de la nuit; mais, à trois heures du matin, elle s'échappe par la plaie. Il est probable que les ouvertures des tubes sont obstruées par quelques caillots de sang. Une injection poussée assez fortement a suffi pour remettre les choses dans leur état primitif.

L'abdomen est un peu tendu, sans être néanmoins doulou-

reux; il n'y a pas de fièvre; le malade ne prend que du bouillon.

On peut se demander, dès l'instant où une ouverture aussi grande que celle qui existe à l'extrémité d'un double tube s'obstrue, ce que cela serait si une simple sonde en caoutchouc vulcanisé était placée, comme le conseille M. le professeur Demons (de Bordeaux).

Ce qui surprend le plus lorsque l'on pratique la taille hypogastrique, c'est que l'urine, malgré la présence d'une sonde dans la vessie, ait une aussi grande tendance à s'échapper par la plaie de l'hypogastre.

Rien de particulier à signaler pendant quelques jours. Au bout du septième, on enlève un des fils; le lendemain, un second est coupé; la plaie est réunie.

Le 22, onze jours par conséquent après l'opération, les tubes sont retirés et remplacés par une sonde en caoutchouc vulcanisé, qui est fixée à la verge.

Les injections boriquées, qui avaient été pratiquées tous les jours par un des tubes, sont faites maintenant par la sonde uréthrale.

La plaie est fermée le quatorzième jour; les injections poussées dans la vessie deviennent douloureuses, pour peu qu'on introduise une certaine quantité de liquide, ce qui prouve qu'il n'a plus de tendance à sortir par la plaie.

La sonde uréthrale n'est introduite que quelques heures tous les matins. Le malade quitte l'hôpital le 12 juillet; vingt-quatre jours ont suffi pour le guérir radicalement.

La taille sous-pubienne n'aurait certainement pas donné un succès aussi brillant; c'est donc, comme nous le disions plus haut, le procédé auquel la préférence sera donnée dorénavant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 août 1886. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Traitement des fractures par le massage. — M. TRÉLAT, à propos du traitement des fractures par le massage, rappelle les diverses évolutions par lesquelles est passé le traitement des fractures. Il y a, dit-il, dans toute fracture, des complications diverses, qui appellent des indications différentes.

M. Richelot a proposé le traitement des atrophies musculaires, consécutives aux fractures de la rotule soumises à l'immobilisation, par l'électrisation et les mouvements. M. Tilanus a été plus loin et supprime l'immobilisation, s'en tenant au traitement seul des troubles musculaires. C'est là, selon M. Trélat, une erreur. Rappelant la discussion sur les fractures de la rotule, il pense qu'il importe avant tout, dans ces fractures, de rechercher la coaptation des fragments, sinon par la suture, moyen exagéré, au moins par l'immobilisation, tout en ayant soin, consécutivement, de s'occuper des muscles. Quant aux fractures sans déplacement avec épanchement, la compression, le massage sont, sans doute, de bons moyens à employer contre l'épanchement; mais il n'en faut pas moins immobiliser les fragments.

C'est là une indication formelle que l'on ne doit pas négliger, et M. Trélat continue à traiter par l'immobilisation dans une position parfaite les fractures sans déplacement, mais juste le temps nécessaire, et non pas six semaines, comme le faisaient nos maîtres. Il se contente de trois semaines d'immobilisation pour les fractures du radius sans déplacement.

Depuis quinze ans qu'il suit cette méthode, il a vu les malades récupérer, dans l'espace de huit jours, l'intégrité de leurs mouvements.

Pour les fractures du péroné, il applique le plus tôt possible une gouttière plâtrée, avec le pied à angle droit; mais il ne laisse pas ces appareils plus d'un mois, et il est tout disposé à diminuer encore la durée de cette immobilisation.

Pour les épanchements sanguins, il ajoute à la gouttière plâtrée une légère compression ouatée et élastique.

En résumé, les fractures sont des accidents complexes appelant des indications diverses qui varient suivant les cas; et il ne faut pas se contenter de s'adresser à une seule de ces complications.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que M. Bouynet (d'Aix) a fait, pour le traitement des fractures du radius, les mêmes tentatives que lui. Il tient à lui rendre hommage à ce point de vue.

Il répond à M. Trélat que le point qu'il a voulu traiter est le suivant : traitement des fractures par le massage seul, au mépris de la fracture elle-même. Il cite un nouvel exemple de guérison d'une fracture du radius par le massage en huit jours. Il y a donc là un phénomène tout à fait nouveau et intéressant. Il en est de même pour les fractures du péroné.

M. TRÉLAT déclare que si les faits de M. Lucas-Championnière s'affirmaient sur une grande échelle et ne s'accompagnaient jamais d'accidents, il se rendrait à ces observations, quelque bizarres qu'elles lui paraissent de prime abord.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle avoir apporté un grand nombre d'observations et ne s'être pas appuyé sur de simples suppositions.

Décollement de l'épiphyse de l'humérus. — M. FARABEUF fait une communication sur les différents caractères anatomiques et symptomatologiques qui permettent de distinguer la fracture transversale sus-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus dans le décollement de l'épiphyse. Dans ce dernier cas, il ne peut se faire qu'une fracture sous-condylienne oblique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXXX

A l'hôpital de la Pitié, j'eus une longue conversation avec le médecin en chef, le docteur Serres, de l'Institut, qui fut peu de temps après nommé professeur d'anatomie et d'histoire naturelle au Jardin des Plantes. Je désirais avoir son opinion sur la nature et surtout sur le traitement de la céphalo-myélite (méningite cérébrospinale) qui régnait alors épidémiquement dans l'arrondissement de Dax (Landes). Cette affection lui paraît être de nature spéciale : il désirerait que les autopsies fussent pratiquées avec soin pour déterminer la lésion et s'assurer si les méninges offrent des tubercules, si le cerveau est pénétré de lymphe, ce qui peut en imposer pour du ramollissement ou de la suppuration. Les indications curatives doivent être saisies dès le début : lorsque l'*irritation* est spécialement fixée au rachis, il conseille l'application de deux séries de sangsues sur les côtés de la colonne vertébrale. Lorsque le cerveau paraît pris, il faut raser la tête et y appliquer un bon nombre de sangsues, en introduire dans les fosses nasales : de la réserve pour la phlébotomie. Après les sangsues, vésicatoires volants, révulsion sur les extrémités et sur le canal intestinal.

La commission de l'Académie des sciences a finalement fixé à 5000 francs le chiffre des frais de publication de mon ouvrage, et je suis encore obligé de réduire l'atlas.

Le 7 mars, je suis invité à une soirée de gala chez le célèbre physiologiste Dutrochet, mon ancien condisciple des hôpitaux. J'y étais avec des notabilités scientifiques, le docteur Pariset, de l'Académie de médecine, Geoffroy Saint-Hilaire père et fils, Becquerel père et fils, Chevreul, Turpin, Audouin, Montagne, etc.

Retour à Saint-Sever le 24 mars.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 737.

1842.

Mon cinquième voyage à Paris avait pour but de présenter à l'Académie des sciences mes *Recherches anatomiques et physiologiques sur les diptères.*

1845.

Au mois de novembre, avant l'ouverture des cours de la Faculté de médecine, je me rendis à Paris avec mes deux fils et mon jeune élève en entomologie Alexandre Laboulbène, trois bacheliers de fraîche date, pour les installer étudiants en médecine. De Bordeaux à Orléans, nous roulâmes en rotonde de la diligence (Messageries royales) pendant quarante-huit heures : au chef-lieu du Loiret, les voyageurs sont acheminés à l'embarcadère du chemin de fer; là, deux hommes enlèvent, à l'aide de chaînes à crochet avec poulie, la diligence, avec ses habitants et le lourd bagage, et la déposent sur un chariot dont les roues s'emboîtent sur les rails de la voie ferrée, le train part, et en quatre heures nous entrons en gare de la capitale. J'ai déjà dit mon opinion sur ce mode nouveau de voyager, il convient beaucoup aux commerçants, aux industriels, mais peu aux amateurs du pittoresque, aux touristes. Cette progression si rapide, ces transitions brusques dans la perspective, ces alternatives si fréquentes de soleil et d'ombre, de chaleur et de frais, de haut et de bas, finissent par fatiguer singulièrement tous les sens. Au débarcadère de Paris, manœuvre analogue à celle de la gare d'Orléans, la diligence est replacée sur un train à chevaux qui vous transportent avec célérité au bureau de la place des Victoires. Nous nous logeâmes rue et hôtel Jacob, à portée du pays latin. Dès le lendemain, 8 novembre, je découvris au nº 25, rue d'Enfer, à quelques pas du jardin du Luxembourg, dans une belle maison, au deuxième étage, un petit appartement de trois pièces contiguës, avec fenêtres au levant, récemment restaurées, non meublées, 370 francs par an, et 9 francs par mois pour le service des chambres; un petit mobilier acheté place Saint-André-des-Arts compléta le nouveau logis de mes trois bacheliers. Je les présentai au doyen de l'École de médecine, Orfila, le célèbre toxicologiste, qui nous fit un excellent accueil : avec le professeur Denonvilliers, je parcourus les salles d'un Musée d'anatomie comparée que le doyen vient de fonder, et, pour ainsi dire, d'improviser. M. Denonvilliers me fit remarquer quelques préparations d'anatomie entomologique que j'avais envoyées de mon laboratoire de Saint-Sever. Ce musée, qui occupe toute une galerie du premier bâtiment de l'école, n'est ouvert que depuis le 1er novembre; il y a déjà une quantité prodigieuse de pièces fournies par les savants de tous les pays, et en général très bien exécutées : on a classé les collections d'après l'ordre anatomique : ostéologie, myologie, névrologie, splanchnologie, etc.

Je passe une soirée avec le professeur Duvernoy, à la Société philomathique, dont je suis un des plus anciens membres; j'y rencontre MM. Milne-Edwards, d'Orbigny, Longet, Montagne, Brullé, etc. Ce dernier lut un mémoire intéressant sur la croissance des os.

Je revis pour la dernière fois une série d'amis : MM. Bory de Saint-Vincent, Treille, Orfila, Duvernoy, Bonafous, Audinet-Serville, Alexandre Brongniart, Webb, Dutrochet (voir leurs notices *passim*).

Orfila. — J'assistai à une leçon du cours de chimie médicale par Orfila. Bel homme, teint brun sous une auréole de cheveux blancs; physionomie très expressive; exposition très claire, très nette; toujours debout, se mouvant et gesticulant, voix sonore, très étendue; on dit qu'à son arrivée à Paris (1807) Orfila possédait un rare talent pour la musique et une admirable voix qui lui aurait valu les honneurs de l'Académie de musique; il préféra la voie de l'enseignement et de la médecine légale. Il était né à Mahon (îles Baléares).

Le dimanche 16 novembre, étant allés à Notre-Dame pour entendre la messe, nous arrivâmes fort à propos pour assister à une cérémonie funèbre qui reportait mes souvenirs aux premières années du siècle et de mes études médicales : on transportait les restes de Bichat, mon illustre maître, du cimetière de Clamart à la nécropole du Père-Lachaise; toutes les notabilités médicales de Paris assistaient à ce service religieux pour le repos de l'âme de ce grand physiologiste, quarante-trois ans après sa mort.

Ce même jour, nous passâmes la soirée rue Saint-Dominique-Saint-Germain, 71, à l'hôtel de M. Alexandre Brongniart, en nombreuse société savante : M. et Mme Dumas avec leur fille et leur fils, M. Adolphe Brongniart avec ses deux enfants, MM. Milne-Edwards, Valenciennes, Duvernoy, Mme Audouin avec son fils, sa fille et son neveu; M. Pichon, beau-frère de M. Brongniart, homme d'esprit et d'instruction, ayant occupé plusieurs postes dans les consulats, et son fils, consul à Valence; un célèbre géologue anglais, M. Murchison, correspondant de l'Institut, homme de grande taille, parlant très bien le français.

Le mardi 25, j'assistai, dans l'après-midi, à une séance extraordinaire de l'Académie royale de médecine à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir comme correspondant. L'affluence du public était grande pour entendre deux panégyriques : celui de Larrey, par Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie, et l'éloge du courageux docteur Chervin, le champion de la non-contagion de la fièvre jaune, par M. Dubois (d'Amiens), futur successeur de Pariset dans les fonctions de secrétaire perpétuel; un membre de l'Académie, le docteur Solly, lut un mémoire sur l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine. Le panégyrique prononcé par Pariset était plutôt l'histoire des conquêtes et des revers de Napoléon que celle du célèbre chirurgien; mais il était sûr de captiver l'attention de l'auditoire par le charme de son style et l'esprit pétillant de ses récits; plusieurs fois sa lecture fut interrompue par des applaudissements.

Durieu de Maisonneuve, botaniste. — Dans une soirée de gala chez le riche botaniste anglais Webb (voir ailleurs), je fis la connaissance de M. le capitaine Durieu de Maisonneuve, botaniste de l'expédition en Algérie; quarante ans, taille moyenne, moustache noire, manières douces, beaucoup de science; je le revis au congrès de la Société botanique de France à Bordeaux, en 1859.

Aux séances de la Société entomologique, le mercredi, je fis la connaissance de M. Pierret fils, qui possède la plus somptueuse collection de lépidoptères, la plus riche après celle de Boisduval; ce lépidoptériste passionné est un grand jeune homme, d'une exquise politesse. Il me donna plusieurs coléoptères de la vallée de Chamounix; je revis avec plaisir mes collègues de cette société, Guérin-Méneville, Léon Fairmaire, Lucas, Chevrolat, Dayrolles, Buquet, etc.

Je n'oublierai pas l'accueil si gracieux et cordial de MM. Dumas et Milne-Edwards, chez lesquels je vis plusieurs notabilités, le capitaine de vaisseau Duperré, fils de l'amiral, le géologue Constant Prévost, le professeur de physique Despretz, le physicien Becquerel fils, l'ethnologiste Quatrefages, d'Orbigny, l'auteur du grand *Dictionnaire d'histoire naturelle*, Decaisne, savant botaniste et horticulteur, Émile Blanchard, chargé du cours de zoologie au Muséum, le chimiste Balard, découvreur du brome, etc.

A. Versailles.

Nous allâmes passer une demi-journée à Versailles chez mon ami Massey; nous parcourûmes l'admirable orangerie souterraine pour saluer le François Ier toujours jeune, vigoureux, malgré ses trois cents ans; nous visitâmes ensuite le château qui fut la résidence de nos rois, de Louis XIV à l'infortuné Louis XVI, et qui a été transformé par Louis-Philippe en un immense musée consacré à toutes les gloires de la France; les diverses phases de plus d'un demi-siècle de révolutions, les batailles les plus mémorables, les Assemblées célèbres, les grandes cérémonies, les personnages illustres, tous les souvenirs contemporains y sont retracés par des pinceaux plus ou moins habiles, c'est de l'histoire qui parle aux yeux.

Nous faisons une halte contemplative devant l'immense tableau de la prise de la Smala, par Horace Vernet, qui occupe tout un côté de la salle de Constantine. Quelle richesse de composition, quelle brillante exécution! Ces vastes tentes, les unes fermées,

les autres ouvertes, de manière à mettre en évidence des scènes d'intérieur, ces élégants palanquins où des odalisques voilées jusqu'au-dessous des yeux promènent de tous côtés leurs regards craintifs ; ces masses d'arabes fuyant, se battant, renversés sous les pieds des chevaux ; ces groupes de soldats français qui entourent le duc de Nemours, et parmi lesquels nous reconnaissons avec quelque orgueil notre compatriote le chef d'escadron Durrieu, en burnous blanc d'aga ; ces chevaux dont les allures sont si diverses, ces chameaux pliant sous le bagage et se dandinant au milieu d'une foule en désordre, ces gazelles aux formes si délicates et si élégantes, ces volailles, ces ustensiles des camps dessinés avec tant d'exactitude, ces lointains vaporeux, cette atmosphère embrasée de l'Afrique et jusqu'à ce juif placé en relief au premier plan, la bourse à la main, la figure maigre, inquiète et avide, qui est, dit-on, le portrait d'un haut baron de la finance parisienne ; tout dans ce tableau véritablement oriental respire la vie, le mouvement et la couleur locale. On dit que cette vaste peinture a été exécutée en moins d'un an par l'éminent artiste.

La table du bon directeur des jardins de Versailles nous offrit au dessert des fruits tropicaux provenant des serres chauffées à 25 degrés, ananas, bananes, etc.

Le 3 décembre, je repris seul la diligence pour Bordeaux et Saint-Sever.

Alphonse Plotschild

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date du 11 août 1886, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le 15 février 1887, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Wertheimer, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie.

M. Leroy, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de pathologie interne.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le professeur Gautrelet est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Zuber, médecin principal de deuxième classe, décédé à Haï-Phong, le 3 de ce mois, à l'âge de trente-neuf ans.

On nous annonce aussi la mort, au Tonkin, de M. le docteur Romanowski, médecin de la marine, récemment nommé vice-résident de Thaï-Nguyen.

Des septicémies gangréneuses, par le docteur Lorgue. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Vichy et ses eaux minérales, par le docteur Grellety. Quatrième édition. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19929

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Tumeur de l'arrière-cavité des épiploons; diagnostic des tumeurs abdominales.

(Leçon recueillie par M. GUILLET, interne du service.)

Je désire vous parler d'une malade qui a présenté une affection des plus rares; il s'agit d'une tumeur abdominale. Je saisis cette occasion pour vous présenter quelques considérations sur la disposition qu'offrent les tumeurs de l'abdomen, et sur les difficultés de diagnostic qu'elles suscitent.

Vous vous rappelez une jeune femme qui était couchée au n° 1 de la salle Sainte-Marthe. Cette malade, âgée de vingt-deux ans, avait des antécédents personnels et héréditaires excellents; au mois de novembre dernier elle était accouchée, avant terme, d'un enfant qui vécut six semaines. A ce moment, M. Marchand, chirurgien de la Maternité, avait constaté dans l'abdomen l'existence d'une tumeur, qu'il crut être une tumeur fibreuse de l'utérus. Après son accouchement, la malade avait été envoyée au Vésinet; c'est alors qu'elle avait ressenti pour la première fois des douleurs dans le ventre et des tiraillements dans les reins, ce qui l'avait obligée à revenir à la Maternité à la fin de décembre. Elle y était restée pendant trois mois dans le service de M. Labadie-Lagrave; au mois de mars, on lui avait fait une ponction qui n'avait donné issue qu'à quelques gouttes de sang.

Le ventre, ayant continué à augmenter de volume, cette malade s'était décidée à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril dernier, pour s'y faire opérer.

Vous vous souvenez qu'elle fut l'objet d'un de nos examens techniques, il y a trois semaines. Permettez-moi de vous rappeler les signes que nous constatâmes alors :

Le ventre présentait une voussure manifeste dans sa moitié supérieure; le flanc gauche semblait être le siège principal de cette saillie, qui s'étendait dans l'hypochondre correspondant, l'épigastre et la région ombilicale. La partie inférieure de l'abdomen paraissait indemne.

A la palpation, il était facile de reconnaître l'existence d'une tumeur à grand axe transversal étendue du flanc gauche au flanc droit, où elle se terminait en s'effilant. Cette tumeur était nettement délimitée en bas par un bord arrondi, qui, partant un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche allait passer à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Son bord supérieur, bien plus difficile à sentir, se dissimulait derrière les fausses côtes au niveau de l'hypochondre gauche. Son extrémité gauche répondait à l'union de la région lombaire et du flanc gauche; son extrémité droite se perdait insensiblement vers le flanc droit.

La consistance de cette tumeur était ferme; sa surface lobulée. Il était possible de lui imprimer de petits mouvements dans le sens vertical et dans le sens horizontal.

Il y avait de la matité dans toute son étendue; mais, quand on faisait changer la malade de position, on trouvait au-devant de la tumeur des zones de sonorité, ce que nous expliquions par la présence d'anses intestinales qui, dans ces mouvements, venaient s'interposer entre elle et les parois abdominales.

L'utérus était mobile et les culs-de-sac libres.

L'état général paraissait bon; l'examen du sang nous avait fait reconnaître que la proportion voulue des globules blancs et des globules rouges était gardée. Les urines étaient normales; les règles étaient supprimées depuis deux mois.

Le résultat de cet examen fut de nous faire rejeter les trois hypothèses suivantes : 1° celle d'une tumeur de l'utérus ou des ovaires, parce que ces organes étaient libres et que la tumeur siégeait manifestement dans la partie supérieure de l'abdomen, par où elle avait débuté; 2° celle d'une tumeur du foie parce qu'il existait une zone de sonorité entre la tumeur et cet organe; 3° celle d'une tumeur de la rate, parce que notre tumeur n'avait pas la forme des tumeurs de la rate et qu'elle avait pour siège principal le flanc gauche et non l'hypochondre, qui ne présentait pas de déformation appréciable. Nous nous arrêtâmes, vous vous le rappelez, au diagnostic de tumeur solide du rein gauche ou de tumeur du mésentère de nature sarcomateuse. Certains signes plaidaient en faveur de la première hypothèse : le siège de la tumeur était bien celui du rein; mais aussi d'autres signes étaient en opposition avec elle, la tumeur était plus mobile que ne le sont généralement les tumeurs du rein; il n'existait pas de troubles urinaires. Il y avait bien aussi quelques signes en faveur de la seconde hypo-

thèse; mais les tumeurs du mésentère sont généralement plus mobiles que n'était la nôtre, on peut les faire basculer facilement d'un côté à l'autre; elles occupent un siège plus médian, ce qu'on s'explique très bien quand on connaît la disposition du mésentère.

Aussi nous restâmes indécis entre l'une et l'autre de ces deux opinions, persuadés que nous ne pouvions pousser le diagnostic plus loin.

Cependant la malade éprouvant des douleurs incessantes, qui lui rendaient tout travail impossible, réclamait instamment une opération, que nous ne crûmes pas devoir lui refuser malgré l'extrême gravité que nous lui reconnaissions.

Nous avons fait cette opération, le 27 mai dernier, avec le concours de mon ami le docteur Perier; une incision a été pratiquée sur les parties latérales de l'abdomen, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure gauche jusqu'à la dernière côte; nous avons incisé successivement les différents plans qui forment la paroi abdominale, et nous sommes arrivés ainsi jusqu'au péritoine, que nous avons ouvert directement. Nous avons découvert une tumeur du volume d'une tête d'adulte, reposant sur la colonne vertébrale sur les côtés de l'aorte, au-devant du rein, qui en était complètement indépendant. Cette tumeur était recouverte d'un autre feuillet péritonéal, qu'il nous a fallu inciser; nous l'avons énucléée avec quelque difficulté et après avoir lié quelques vaisseaux qui venaient s'y rendre. Il en est résulté une plaie anfractueuse que nous avons aseptisée le mieux possible; puis nous avons suturé les parois abdominales.

En somme, l'opération s'est bien passée; la malade a perdu une minime quantité de sang. Mais, dès ce moment, nous avons remarqué une tendance syncopale très prononcée; le visage est resté pâle, les battements du pouls sont devenus extrêmement fréquents, et la malade a paru très abattue. La nuit suivante a été passable; mais, le lendemain, sont survenues de vives douleurs dans le ventre et la malade est morte à dix heures du soir.

A l'autopsie, nous avons trouvé l'abdomen dans l'état où nous l'avions laissé après l'opération; il n'y avait aucune trace de péritonite, pas plus que d'épanchement sanguin. La plaie opératoire était nette.

La malade avait succombé à l'intensité même de l'opération, dont elle n'avait pu se relever; elle était morte du schock opératoire.

Cette observation est des plus intéressantes, car la tumeur, à laquelle nous avons eu affaire, n'était ni une tumeur du mésentère, ni une tumeur du rein, comme nous l'avions supposé; elle occupait une autre région, et ce siège nous rend compte de la gravité de l'opération que nous avons pratiquée, en même temps qu'il nous explique la mort rapide qui en a été la conséquence.

Pour vous faire bien comprendre le siège qu'occupait notre tumeur, permettez-moi de vous rappeler la disposition qu'affecte le péritoine.

Supposons d'abord une coupe horizontale de la cavité abdominale pratiquée au niveau des reins. Sur cette coupe vous voyez le péritoine, après avoir tapissé les parois abdominales, revêtir le côlon ascendant en lui formant un méso-côlon plus ou moins complet, passer au-devant du rein droit, se réfléchir au niveau de la colonne vertébrale sur les gros vaisseaux pour se porter d'arrière en avant, former le feuillet droit du mésentère, recouvrir l'intestin grêle, puis se réfléchir d'avant en arrière, constituant ainsi le feuillet gauche du mésentère, et enfin passer au-devant du rein gauche, revêtir le côlon descendant et venir tapisser les parois abdominales où il rejoint la moitié droite de la séreuse sur la ligne médiane. Sur cette figure vous voyez qu'il existe manifestement deux espaces parfaitement distincts: l'un, situé dans l'intérieur même de la séreuse, *espace intra-péritonéal*, dans lequel font saillie les côlons et l'intestin grêle; l'autre, situé en dehors du péritoine, entre la séreuse et les parois abdominales, *espace sous-péritonéal*, très restreint en avant, beaucoup plus large en arrière, où l'on rencontre les reins et les gros vaisseaux, et qui se prolonge dans l'épaisseur même du mésentère entre les deux feuillets de la séreuse. Cet espace, je le répète, est surtout appréciable en arrière, au niveau des reins, d'où le nom d'*espace rétro-péritonéal*, que j'ai proposé de lui donner.

Étudions maintenant une coupe antéro-postérieure de la cavité abdominale. Voici ce que vous y constatez: le péritoine, après avoir tapissé la face inférieure du diaphragme, se porte sur l'estomac au niveau duquel il se dédouble pour revêtir ses faces antérieure et postérieure; les deux feuillets péritonéaux se rejoignent au niveau du bord inférieur de l'estomac, descendent verticalement en bas pour former le feuillet antérieur du grand épiploon; puis ils se refléchissent de bas en haut, constituant ainsi le feuillet postérieur du grand épiploon, et arrivent jusqu'au côlon transverse. A ce point les deux feuillets se dédoublent de nouveau; l'un passe au-dessus du côlon transverse, forme le feuillet supérieur du méso-côlon transverse, puis continue sa marche ascendante, tapissant la face antérieure du pancréas et la troisième portion du duodénum, et vient enfin aboutir à la face inférieure du diaphragme, après avoir revêtu ainsi la surface de l'arrière-cavité des épiploons; l'autre passe au-dessous du côlon transverse, constitue le feuillet inférieur du méso-côlon transverse, puis se porte sur la colonne vertébrale, se refléchit au niveau des vaisseaux qui se rendent à l'intestin grêle, forme les deux feuillets du mésentère et vient se perdre dans l'excavation pelvienne.

Sur cette figure, vous reconnaissez les deux espaces, que je vous signalais tout à l'heure: l'*espace intra-péritonéal* dans lequel font saillie l'estomac, le côlon tranverse et l'intestin grêle, l'*espace sous-péritonéal*, dans lequel vous rencontrez le pancréas et la troisième portion du duodénum, espace qui se prolonge dans l'épaisseur du mésentère et du méso-côlon transverse, et par l'intermédiaire de ce dernier dans l'épiploon, qui n'en est que la continuation.

Eh bien! les tumeurs de l'abdomen sont situées dans l'un ou l'autre de ces deux espaces; celles qui ont pour siège les viscères qui font saillie dans l'espace intra-péritonéal: estomac, intestin grêle, ovaires, utérus, etc..., occupent l'espace intra-péritonéal; celles qui ont pour point de départ les reins, le pancréas, le mésentère, etc., siègent dans l'espace sous-péritonéal.

Cette distinction des tumeurs abdominales n'est pas purement théorique; elle a une importance pratique très grande.

Mais existe-t-il des signes cliniques qui permettent de les différencier?

Oui; le signe qui permet de faire le diagnostic est le suivant: lorsqu'une tumeur se développe *dans l'espace sous-péritonéal*, soit au niveau des reins, soit au niveau du pancréas, soit même au niveau du mésentère, *elle refoule l'intestin au-devant d'elle*; par conséquent, toutes les fois que vous rencontrerez une anse intestinale interposée entre une

tumeur volumineuse et la paroi abdominale, vous devez penser qu'elle a pour point de départ l'espace sous-péritonéal. Lorsqu'au contraire une tumeur se développe dans l'*espace intra-péritonéal*, elle vient généralement *se mettre directement en contact avec les parois abdominales sans interposition d'anses intestinales.*

Mais, étant donné que ce signe vous ait permis d'arriver au diagnostic de tumeur sous-péritonéale, pouvez-vous porter un diagnostic plus précis et savoir si elle dépend du rein, du mésentère ou du pancréas? Cette question est certainement très difficile à résoudre.

Voici cependant quelques données qui peuvent être d'une grande utilité.

Si la tumeur siège *dans le mésentère,* que ce soit un kyste, un lipome, un fibrome, etc..., *elle sera médiane*, parce que le mésentère est situé lui-même sur la ligne médiane. Donc dans la majorité des cas, une tumeur médiane, ayant pour siège la région ombilicale, et recouverte d'anses intestinales, est une tumeur du mésentère. Autre caractère important : *cette tumeur pourra facilement être déplacée de droite à gauche et réciproquement*, parce qu'elle peut osciller autour d'un large pédicule qui est formé par la base du mésentère, laquelle a une hauteur de 12 centimètres.

Si la tumeur siège *dans l'un des reins, elle n'est pas médiane, mais occupe plutôt l'un des flancs; elle est beaucoup moins mobile qu'une tumeur du mésentère.*

L'examen *post mortem* nous a montré que notre tumeur ne siégeait ni dans le mésentère, ni dans le rein, mais dans l'arrière-cavité des épiploons. Elle était située entre le côlon transverse abaissé et l'estomac fortement relevé, au niveau de la troisième portion du duodénum et du pancréas, et avait pour point de départ l'espace rétro-péritonéal.

Ce siège nous explique les accidents que nous avons observés, l'état syncopal de notre malade; car s'il y a un siège dangereux, c'est bien celui où l'on rencontre les ganglions semi-lunaires et le plexus solaire, où tout le sympathique est en quelque sorte résumé, où se trouve, comme on l'a dit, le *cerveau abdominal.* Or pendant notre opération, nous avons forcément contusionné, déchiré, lacéré, les nombreux filets nerveux qui s'y rencontrent, et c'est là ce qui, selon nous, explique l'état spécial dans lequel est tombée notre malade.

Voici cette tumeur :

Elle est, comme vous le voyez, volumineuse; elle pèse près de 6 livres, et présente extérieurement l'aspect d'un gros lipome. Mais quand on l'incise, on trouve dans cette masse graisseuse des productions dures, informes, qui semblent constituées non par de la matière crétacée, mais par des os véritables, dont quelques-uns sont comme soufflés, dilatés et kystiques. C'est là une tumeur singulière, dont je n'ai rencontré qu'un exemple, signalé par M. Péan, dans son livre sur le *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen.* Cet auteur y rapporte l'observation d'un lipome du mésentère, au centre duquel il rencontra une masse calcaire, qu'il fut obligé de scier.

Notre tumeur présente aussi à sa partie inférieure une masse kystique, analogue à celle qui constitue les kystes multiloculaires de l'ovaire. C'est donc une tumeur très complexe et non un lipome pur; on y trouve des éléments très différents. Quel a été l'élément primitif? Il est difficile de le dire; toutefois il est probable que la tumeur a été constituée primitivement par des os autour desquels s'est formée plus tard une masse graisseuse et kystique; c'est donc une tumeur tératomique, une hétérotopie osseuse, se rapprochant par conséquent un peu des kystes dermoïdes, sans qu'on puisse cependant la rattacher complètement à ces derniers.

Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'elle constitue une variété spéciale de tumeur congénitale de l'abdomen peu connue jusqu'à présent, et sur laquelle nous désirons attirer l'attention.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De l'ataxie locomotrice.

I

Je profiterai de la présence de trois malades de notre service, atteints d'ataxie locomotrice, pour vous faire, en quelques leçons, l'histoire de cette affection, d'ailleurs assez fréquente.

La définition de l'ataxie locomotrice est assez difficile, en raison du grand nombre de phénomènes auxquels elle peut donner lieu; en raison aussi de la rareté de les voir tous réunis sur un seul et même malade. Cependant trois d'entre eux la caractérisent surtout : ce sont des altérations de la vue, des douleurs spéciales auxquelles on a donné le nom de douleurs fulgurantes et de l'incoordination des mouvements des membres inférieurs.

Je dirai donc que l'ataxie locomotrice est caractérisée par ces trois phénomènes, en ayant soin d'ajouter que ceux-ci sont en relation directe avec une lésion médullaire, c'est-à-dire avec une sclérose d'une partie des cordons postérieurs de la moelle épinière.

L'ataxie locomotrice est aujourd'hui une maladie partout bien connue; mais les notions que nous avons acquises ne sont pas encore de bien longue date. Ainsi, il y a cinquante ans, elle n'était point classée dans le cadre nosologique, mais on la confondait encore avec les paraplégies ordinaires. La maladie existait, bien entendu, et d'anciennes observations en font foi. Mais la date de sa découverte, la date du premier travail qui ait été publié à son sujet remonte à 1840. C'est à Romberg que l'on doit sa première description sous le nom de *tabes dorsalis,* description faite de main de maître, dans laquelle il a très nettement indiqué les trois phénomènes principaux. Puis, en 1843, Stendahl a publié un fait curieux qui nous a donné une première notion sur l'anatomie pathologique de cette affection. Il soignait un médecin de campagne auquel Romberg lui-même avait donné des soins quelque temps auparavant pour un *tabes dorsalis.* Ce malade ne pouvait faire aucun mouvement complexe des membres inférieurs; il était atteint d'incoordination motrice, de troubles oculaires et de douleurs fulgurantes, lorsqu'il vint à mourir. Stendahl en fit l'autopsie et constata une atrophie des racines postérieures et des cordons postérieurs de la moelle. A l'époque où ces faits se passaient en Allemagne, les relations internationales étaient bien loin d'être ce qu'elles sont aujourd'hui; elles étaient beaucoup plus rares au point de vue de la science, de telle sorte que les travaux de Romberg étaient encore absolument ignorés en France, lorsque parut le travail de Duchenne (de Boulogne).

Le savant observateur français, parcourant chaque jour les hôpitaux de Paris, quoiqu'il ne fût attaché à aucun d'eux, avait été frappé de voir le nombre d'incurables que l'on

désignait sur leur pancarte sous le nom de paraplégiques. Examinant avec attention chacun de ces malades, il avait fini par remarquer chez eux des phénomènes particuliers, toujours les mêmes, tels notamment que des douleurs spéciales et une incoordination des mouvements, malgré la conservation de la force musculaire. Il en conclut qu'il ne pouvait s'agir de paralysie, bien que les malades tombassent dès qu'ils voulaient se tenir debout. Il reconnut alors qu'on était en présence d'une maladie spéciale, maladie qu'il décrivit alors magistralement sous le nom d'ataxie musculaire progressive. Cette dénomination a persité en France et persiste encore, bien qu'aujourd'hui un certain nombre de médecins l'appellent, comme les Allemands, *tabes dorsalis*. Je le répète, au moment où, en 1851, parut le grand travail de Duchenne (de Boulogne), l'auteur ignorait absolument les mémoires de Romberg et de Stendahl.

A partir de 1851, des recherches importantes furent entreprises et des mémoires considérables publiés par des médecins tels que MM. Luys, Oulmont, Charcot, Vulpian, pour n'en citer que quelques-uns, et la maladie fut regardée comme une sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

Je ne dirai que quelques mots de l'anatomie pathologique de cette affection, mon rôle dans cette chaire étant celui d'un clinicien. Les lésions que l'on observe chez les ataxiques, dont l'autopsie a pu être faite, sont des altérations du cerveau, de la moelle et des racines des nerfs. Autrefois, dans le principe, on avait considéré le *tabes dorsalis* comme une névrose, c'est-à-dire une maladie sans lésion appréciable.

Du côté du cerveau, les altérations ne sont généralement pas très considérables; ce sont quelques points de sclérose siégeant surtout du côté du chiasma des nerfs optiques, du trijumeau, de la troisième paire, rarement de la cinquième paire, sur le trajet du nerf auditif du côté de la protubérance. Il existe quelques modifications dans la coloration, une saillie ou un enfoncement avec induration, en un mot, une sclérose peu prononcée, suffisante cependant pour expliquer les troubles oculaires, auditifs et autres que l'on observe pendant la vie.

Mais les lésions principales siègent du côté de la moelle, dans une partie de la région postérieure, dans la partie externe des cordons postérieurs, dans la zone radiculaire externe ou cordon de Burdach. Il est rare que l'altération scléreuse se rencontre tout le long de la moelle; généralement elle s'étend de la région dorsale à la queue de cheval. Cette sclérose est bien connue depuis les travaux de M. Charcot et de M. Pierret; elle est caractérisée par une atrophie du tissu médullaire, par des modifications dans sa couleur et dans sa consistance, laquelle est augmentée, indurée, par une coloration gris-verdâtre, nacrée, luisante. Histologiquement, il y a développement, prolifération du tissu conjonctif aux dépens du tissu propre du système nerveux, ce dernier étant de plus en plus altéré par la compression exercée par le tissu conjonctif de nouvelle formation. Il en est du cerveau comme de la moelle. Les méninges elles-mêmes ne sont pas indemnes; elles montrent des points d'adhérence avec la substance propre du cerveau et surtout de la moelle, en rapport avec le processus inflammatoire.

Ces lésions, comparées aux données physiologiques, expliquent bien les phénomènes morbides observés pendant la vie.

Quant aux symptômes de l'ataxie locomotrice, ils sont très nombreux et doivent être groupés selon la période à laquelle la maladie est parvenue, période qui n'est pas toujours bien tranchée; quelquefois les phénomènes de l'une d'elles se montrant dans la période suivante.

Quoi qu'il en soit, ces périodes sont au nombre de trois. La première, ou période prodromique, est caractérisée de la manière suivante : très souvent les malades sont frappés tout d'abord du côté de la vue, ce sont des désordres dans les mouvements des yeux, un strabisme en dehors coïncidant fréquemment avec un abaissement de la paupière supérieure; plus souvent, c'est la vision elle-même qui est altérée, les individus voient double les objets, surtout s'ils regardent de côté, diplopie qui peut être ou verticale ou horizontale. Chez d'autres, il y a de l'hémiopie, et les malades ne distinguent que la moitié, le tiers ou le quart des objets. Ces désordres oculaires sont assez communs au début de la maladie. Chez d'autres encore, il s'agit ou bien d'un simple affaiblissement de la vue, d'une simple amblyopie, ou bien d'une cécité. Quelquefois il y a achromatopsie; les malades ne voient plus certaines couleurs, notamment le rouge et le bleu, tandis que le jaune et le vert sont conservés. D'autres fois, la notion des couleurs est complètement perdue. Il y a aussi dans certains cas irrégularité dans la dilatation ou la contraction des pupilles, du myosis. C'est là un symptôme que certains oculistes considèrent comme un phénomène révélateur suffisant pour diagnostiquer l'ataxie locomotrice.

Voilà pour les troubles oculaires que l'on peut observer dans le cours de la période prodromique. Nous passerons en revue, dans la prochaine leçon, les autres phénomènes inhérents à cette première période.

L'ODEUR CADAVÉRIQUE ET L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Par le docteur P. Louge (de Marseille).

Plusieurs désodorants ou désinfectants ont été successivement préconisés par les hygiénistes, ainsi que par les anatomistes, contre l'odeur cadavérique qui, après les dissections ou les autopsies, s'attache d'une façon particulière et plus ou moins durable aux mains de l'opérateur. Cette persistance est surtout très accentuée après l'examen des viscères abdominaux, et devient extrêmement incommode à l'époque des grandes chaleurs.

Les lotions savonneuses ne suffisent pas à faire disparaître cette odeur putride. Aussi Lauth (1) et Fort (2) conseillent-ils de se frotter les mains, après les avoir lavées, avec du vinaigre ou avec une dissolution de chlorure de chaux. Beaugrand (3) conseille aussi cette solution, mais préfère cependant, ainsi que Morel et Duval (4), des lotions avec une solution de permanganate de potasse.

Les solutions d'acide phénique ou mieux de thymol, à cause de l'odeur agréable de ce dernier, celles de chlorure de zinc ou d'acide borique, les essences diverses, peuvent rendre dans ce cas quelques services signalés par certains auteurs, mais l'odeur cadavérique, momentanément masquée, reparaît souvent bientôt après, et il devient nécessaire, soit de recourir à de nouvelles lotions, soit

(1) E.-A. Lauth, *Nouveau manuel de l'anatomiste*, 2e édition, Paris 1835, p. 3.

(2) J.-A. Fort, *Anatomie descriptive et dissection*, 2e édition, Paris 1868, t. II, p. 3.

(3) E. Beaugrand, Article Médecin (hygiène). *Diction. encyclop. des sciences médic.*, 1872, 2e série, t. V, p. 591.

(4) C. Morel et M. Duval, *Manuel de l'anatomiste. Anatomie descriptive et dissection*, Paris 1883, p. 7.

d'employer des solutions plus concentrées, ce qui peut souvent présenter de sérieux inconvénients.

Après avoir entrepris, à ce point de vue, dans les amphithéâtres de Marseille, plusieurs expériences comparatives, même au moment des fortes chaleurs, je crois utile de faire connaître que l'essence de térébenthine m'a donné toujours les meilleurs résultats.

Pour faire disparaître, d'une façon complète et durable, après une autopsie, l'odeur cadavérique qui s'attache aux mains, il suffit de répandre ou mieux de pulvériser sur celles-ci, préalablement lavées, un peu d'essence de térébenthine. L'odeur de l'essence disparaît ensuite assez rapidement.

L'essence de térébenthine, associée à la myrrhe et au camphre, a déjà été employée avec succès, comme *désodorant*, par quelques chirurgiens dans les cas de cancer utérin (1), mais celle-ci constitue en outre un *antiseptique* excellent.

Des pulvérisations térébenthinées sur des viscères provenant d'autopsie suffisent, non seulement à enlever l'odeur putride, mais sont encore très efficaces pour retarder ou quelquefois même empêcher la putréfaction.

La solution de Hunter, employée dans les embaumements (2), est en majeure partie composée d'essence de térébenthine.

Cette substance a toujours rendu, depuis les recherches de Werner et de Hachenberg (3), d'excellents services dans le pansement des plaies compliquées de pourriture d'hôpital et possède, d'après les recherches de Pasteur, une action toxique sur le microbe du choléra des poules et sur le *bacillus anthracis* (4).

Poehl (5) et Kingzett (6) se sont efforcés, il y a quelques années, de montrer les services que l'essence de térébenthine est appelée à rendre dans la désinfection; enfin Cecchini (7), dans un travail récent, après avoir employé avec succès l'essence de térébenthine contre les caries fétides et l'ozène, lui attribue une action supérieure à l'acide phénique, à l'acide salicylique, au thymol et même au bi-iodure de mercure.

On ne saurait trop, dès lors, recommander pour la désinfection des mains après les autopsies l'emploi d'une substance jouissant à la fois de propriétés désodorantes et antiseptiques, et dont le prix de revient est en outre peu élevé.

THÉRAPEUTIQUE

Injections de médicaments gazeux dans le rectum.

Par M. le docteur L. Bergeon.

Cette méthode thérapeutique est basée :

1° Sur ce principe de physiologie, établi par Claude Bernard, que l'introduction, par voie rectale, de substances même toxiques, n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée.

2° Sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz acide carbonique pur peut être introduit, en quantité indéterminée, dans les voies intestinales, sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

Nous nous sommes servi de cette méthode dans plusieurs maladies; nous donnons aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus dans la phthisie pulmonaire.

Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques parasiticides (1) ou antiseptiques, nous avons fini par donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses. Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse (Eaux-Bonnes, Allevard, Saint-Honoré, Challes), est introduit par le rectum deux fois par vingt-quatre heures. Après peu de jours d'emploi, nous avons constaté une diminution parvenant jusqu'à la suppression totale de la toux; modification profonde, comme qualité et comme quantité, de l'expectoration; suppression des sueurs; relèvement de l'état général, et cela non seulement dans la phthisie au début, mais dans la phthisie confirmée. Notre observation quotidienne de l'auscultation nous a permis de constater la disparition progressive des râles humides.

Les résultats nous ont paru suffisamment encourageants pour demander à ce qu'ils soient contrôlés.

(1) Nous faisons une exception pour le sulfate de carbone, qui est un puissant emménagogue et nous a servi, par cette voie, à arrêter des hémoptysies coïncidant avec la période menstruelle.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVe SESSION (1886).

Congrès de Nancy.

L'ouverture de la quinzième session de l'Association française pour l'avancement des sciences a eu lieu jeudi dernier, 12 août 1886, à deux heures et demie, sous la présidence de M. Friedel, professeur à la Faculté des sciences de Paris et membre de l'Institut, qui a prononcé le discours d'usage, discours dans lequel l'auteur, conformément à la tradition, doit résumer devant l'assemblée les découvertes récentes de la science dans celle de ses branches à laquelle se rapportent particulièrement ses études.

En ouvrant, dans cette hospitalière cité de Nancy, le quinzième congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, je ne puis m'empêcher, dit M. Friedel, au risque de jeter une ombre de tristesse sur le commencement de ces fêtes de la science, de me reporter à l'origine de notre Société.

Je cherche autour de moi ceux qui ont présidé à sa fondation et qui y ont déployé un zèle et un patriotisme si grands que nos premières réunions ont été parmi les plus brillantes et les plus fécondes, et, malheureusement, je n'en retrouve qu'un bien petit nombre.

Il en est qui n'ont pas même été témoins des premiers succès de leur œuvre : Delaunay, disparu d'une manière si tragique; Combes, enlevé subitement au moment même où sa retraite des fonctions actives allait lui laisser tout le temps d'appliquer sa haute intelligence, son caractère droit et généreux, aux œuvres d'intérêt général auxquelles il avait toujours été dévoué.

D'autres, plus heureux, ont pu voir quelques-uns des résultats de leurs efforts et se réjouir de la prospérité de l'Association : Claude Bernard, Broca, Bouillaud, Wurtz, et parmi ceux qui, sans avoir été des premiers fondateurs de l'Association, lui apportèrent l'autorité de leur illustration scientifique ou de leur haute situation industrielle : Dumas, Kuhlmann. Que de vides dans ce petit nombre d'années, et quels vides!

Assurément, si l'Association avait été une œuvre personnelle ou celle de quelques hommes poursuivant un but intéressé, elle n'aurait pas résisté à de tels coups.

(1) L. Hahn, Article Térébenthine. *Diction. encyclop. des sciences médic.*, 1884, p. 598.

(2) L. Hahn et L. Thomas, Article Embaumement. *Diction. encyclop. des sciences médic.*, 1886, p. 598.

(3) M. Regimbart, *De l'emploi de l'essence de térébenthine en thérapeutique.* Thèse de Paris 1877, n° 254, p. 66.

(4) F. Vallin, *Traité des désinfectants et de la désinfection*, p. 595. — Paris 1882, Masson.

(5) A. Poehl, « Beiträge zu der Desinfectionsmethode vermittelst terpentinhaltiger œsterischer Œle. » *Saint-Petersb. med. Wochenschr.*, 1879, p. 69.

(6) Ch. Kingzett, « Disinfection and Disinfectant. » In *The sanitary record*, 1879, 13 déc., p. 370.

(7) Cecchini Settimio, « Delle injezioni di olio essenziale di trementina per la cura radicale delle fistole anali, della carie dell'osso petroso, delle fistole dentarie e delle fistole atoniche. » In *Annali universali di medicina*, t. CCLXXIX, 1885, p. 101.

Vous verrez, par les comptes rendus de notre secrétaire général et de notre trésorier, qu'elle a continué néanmoins à prospérer. Jamais le nombre de ses membres n'a été plus grand (1), ni ses ressources plus considérables (2). A côté de son développement normal et presque régulier, elle a reçu cette année un accroissement exceptionnel de forces par sa réunion, depuis longtemps désirée, avec l'Association scientifique de France.

. . . .

Dans la recherche scientifique, ce n'est pas la froide raison seule qui est active, c'est l'homme tout entier, avec son imagination, avec son inquiétude de l'*inconnu*, sa passion du vrai, son espérance invincible d'améliorer la condition du genre humain.

Ne le voyez-vous pas clairement, lorsque vous suivez M. Pasteur dans l'exposé si simple et si grand, qu'il a fait à l'Académie des sciences, de sa lutte contre un des fléaux les plus épouvantables qui menacent chacun de nous? Au travers de ces faits, rapportés avec une rigueur toute scientifique, et semble-t-il presque avec froideur, ne sentez-vous pas vibrer l'émotion du savant aux prises avec l'*inconnu* qu'il fait reculer devant lui, l'émotion du bienfaiteur de l'humanité qui sauve d'une mort affreuse des milliers de ses semblables, du patriote qui enrichit d'un joyau du plus grand prix la couronne scientifique de la France?

Mais ce n'est pas à moi de vous entretenir des grandes choses faites par mon cher et illustre maître. L'un de ses collaborateurs les plus distingués vous en parlera avec toute la compétence nécessaire et vous fera toucher du doigt ce que je ne puis que vous rappeler comme le plus grand triomphe scientifique d'un siècle qui en compte tant.

Dans les travaux de M. Pasteur, nous trouvons la grandeur du résultat pratique d'accord avec celle de la découverte scientifique. Bien souvent il n'en est pas ainsi, et le chercheur qui trouve une vérité n'est pas celui qui en tire parti pour lui-même ou pour les autres. Toute vérité scientifique n'est pas immédiatement féconde; elle peut attendre longtemps les conditions nécessaires pour qu'elle produise ses fruits.

En mérite-t-il moins notre respect, notre reconnaissance, nos encouragements, celui qui, par un travail patient et obscur, fraye la voie aux grandes découvertes de l'avenir? Il poursuit le même but que l'homme de génie : la connaissance de la vérité; celle-ci est multiple, insaisissable dans son ensemble à la faiblesse de l'esprit humain. Les plus grands seuls parviennent à entrevoir quelques-uns des traits de sa figure majestueuse. L'humble travailleur, s'il fixe consciencieusement un seul point de la science, peut se réjouir d'avoir apporté à l'édifice glorieux une pierre qui n'en sera plus retirée et sur laquelle viendront s'appuyer d'autres assises s'élevant toujours plus haut.

Ainsi s'édifie le temple de la Science. Comme les cathédrales du moyen âge, il n'est pas construit seulement par des croyants. Il n'en est pas moins comme elles un hommage rendu au Créateur, puisque tant de vies d'hommes ont été consacrées à ce labeur gigantesque qui consiste à saisir et à comprendre, dans quelques-unes de ses parties, le plan de son œuvre.

Le président du congrès rappelle ensuite les progrès de la chimie accomplis depuis une trentaine d'années, le discours si remarquable fait sur ce sujet en 1874 par le savant et si regretté professeur de la Faculté de médecine de Paris, M. Wurtz; enfin « la masse presque effrayante de matériaux qui s'accumulent chaque année ».

Puis passant aux recherches récentes sur les alcaloïdes, sur « la quinine et la morphine qui se feront bientôt de toutes pièces comme l'alizarine », il s'exprime ainsi :

Bien plus, nous avons lieu d'espérer qu'en même temps que les alcaloïdes de la matière, on en obtiendra d'autres jouissant de propriétés thérapeutiques qui les rendront précieux. M. Ladenburg n'a-t-il pas, en cherchant à reproduire l'atropine, dont il a d'ailleurs depuis réussi à faire la synthèse, obtenu l'homatropine qui produit des effets physiologiques assez différents pour lui avoir mérité, à côté de son homologue, une place parmi les agents employés par les oculistes, et d'autres essais moins heureux n'ont-ils pas montré dans des dérivés de la quinoléine, qu'on s'est peut-être trop hâté d'essayer sur les malades, sinon des remèdes, au moins des corps ayant pour l'organisme une action énergique et très particulière.

Si la synthèse chimique a encore de beaux jours devant elle, nous verrons, sans doute, aussi refleurir une branche de la chimie, qui a été relativement négligée, après avoir été en honneur au commencement du siècle et avoir eu à Nancy un adepte habile et dévoué, Braconnot : Je veux parler de la recherche des principes immédiats, c'est-à-dire des composés chimiques qui existent dans les animaux et dans les végétaux, et qui peuvent en être extraits.

Mais nous ne pouvons suivre dans tous ses détails le discours si remarquable de M. Friedel, dont la partie la plus considérable a été consacrée à la minéralogie, et particulièrement à la cristallographie « qui établit les lois suivant lesquelles se forment les cristaux, ces productions merveilleuses de la nature minérale dans lesquelles les immortels travaux de Hauy ont su discerner des agrégations régulières de particules infiniment tenues ».

Nous citerons seulement la péroraison vivement applaudie par l'assistance tout entière.

Nous pouvons, dans notre chère France si divisée, différer d'opinions et de sentiments sur beaucoup de points. Il en est un sur lequel assurément nous sommes tous unis : l'amour de la patrie. Et, pour servir la patrie, il existe un moyen qui ne peut froisser personne, qui est à la portée de chacun : aider au progrès de la science; c'est elle qui nous divise le moins.

M. E. Collignon, secrétaire général, a présenté ensuite un résumé de l'histoire de l'Association pendant l'année qui vient de finir (1885-1886).

M. A. Volland, maire de Nancy, a souhaité la bienvenue aux membres du congrès, au nom de la capitale de la Lorraine « où de tout temps les travaux de l'esprit ont été particulièrement en honneur, et où la science a compté souvent des disciples illustres; de Nancy, devenu un centre universitaire complet » puisque aux Facultés des sciences et des lettres déjà existantes « sont venues successivement s'ajouter la Faculté de droit, la savante Faculté de médecine de Strasbourg et l'École supérieure de pharmacie. »

Enfin M. Émile Galante, trésorier, a donné lecture de son rapport sur les finances de la Société. Nous y trouvons l'annonce de deux legs nouveaux faits à l'Association : l'un de 5000 francs, par M. Lompech (de Miramont); l'autre, de 3000 francs, par M. Brossard (d'Étampes).

Aussitôt après, la session a été déclarée ouverte, et les membres du congrès se sont rendus dans les locaux des différentes sections auxquelles ils appartiennent plus particulièrement, pour la formation des bureaux et la lecture des travaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 août 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* MM. Évrard et Lafite.

(1) Il dépasse quatre mille.

(2) Le capital que possède aujourd'hui l'Association s'élève à près de cinq cent mille francs (493808 francs).

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Parmentier et Lelorrain.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Godfrin, Tacheron, Flamain, Théveny, Van Gelder, Vilfroy, Muller, Pierre, Cadet et Bursaux.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Viron et Sonnié-Moret.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Schædelin et Godfrin.

— Par décret, en date du 12 août 1886, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Vivien, Le Blanc et Durand.

— M. le docteur Moizard, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de l'hospice de Bicêtre.

M. le docteur Peyrot, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre.

M. le docteur Bouilly, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien adjoint de la Maternité, chargé du service d'accouchements à l'hôpital Cochin.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Gérente est autorisé à faire, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, un cours libre sur les maladies mentales et nerveuses.

— M. le médecin de première classe de la marine Olméta a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

— M. le docteur Bouilly, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Trélat à l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, dans l'amphithéâtre de chirurgie, vendredi prochain à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19938

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour le coup, on est en vacances. La salle est presque vide, le bureau dégarni. On est si peu nombreux qu'on écoute en silence les rares communications qui se présentent.

La première cependant serait mieux à sa place dans une autre enceinte. L'Académie n'a pas qualité pour se prononcer sur les origines de la domination française en Corse, sur les titres des propriétaires dans une région de ce pays, sur l'utilité qu'il pourrait y avoir à les dépouiller de leurs biens, avec ou sans indemnité, sur la nature même et les conditions du droit de propriété portant sur les immeubles, sur la convenance d'imposer, comme surcroît de peine, aux internés des pénitenciers, le travail meurtrier du dessèchement de marais aussi insalubres que les Marais Pontins, sur les avantages de coloniser ces marais, et toute cette plaine dépeuplée par la malaria, en appelant au besoin les Italiens en Corse, etc. Toutes ces questions sont du ressort de l'Académie des sciences morales et politiques, et nous ne pouvons pas dire comment les propositions de M. Costa y auraient été accueillies.

Un jeune médecin français, établi depuis quelques mois à Beyrouth, vient ensuite lire un mémoire, bien coordonné, fort intéressant, sur les maladies de la côte syrienne.

C'est la malaria qui y domine et qui a surtout attiré l'attention de M. le docteur de Brun. Or il a eu la bonne chance et le mérite de rencontrer et de bien décrire une nouvelle classe de phénomènes dépendant de l'impaludisme : des accès de dyspnée avec sifflement laryngien et des accès d'asphyxie apparente, sans obstacle à l'entrée de l'air, sans affection intrathoracique, se produisant les uns et les autres chez de jeunes enfants.

M. de Brun attribue ces derniers à une action du poison palustre sur le bulbe et les nerfs qui y prennent naissance. C'est évidemment l'interprétation la plus naturelle et la plus probable du fait observé.

Mais a-t-il également raison quand il suppose, comme cause efficiente des accès de dyspnée, la production d'un œdème aigu de la glotte? C'est en vain que nous avons cherché dans son travail la moindre preuve, le moindre argument décisif pour faire admettre cet œdème aigu. Il nous semble qu'on peut aussi bien expliquer l'accès de dyspnée, — se produisant sans aucun changement dans la coloration de l'arrière-gorge, sans qu'il soit noté aucune raucité de la voix ou de la toux, disparaissant rapidement sans laisser de trace, sans convalescence, sans qu'on remarque dans les heures suivantes aucune altération de la voix,— qu'on peut, dis-je, tout aussi bien interpréter ce phénomène, tel que M. de Brun le décrit, par l'hypothèse d'un simple spasme ou d'une contracture momentanée des cordes vocales, se rattachant à une action nerveuse, comme les accès d'asphyxie si bien étudiés par l'auteur. Nous n'ignorons pas que l'impaludisme peut, dans ses formes pernicieuses, aussi bien produire un œdème local qu'une pleurésie, par exemple. Mais, comme il peut également agir sur le système nerveux, toute la question est de savoir ce qu'il produit dans un cas donné. Or, je le répète, ce qui ressort de la description de M. de Brun, ce n'est pas l'idée d'un œdème, c'est l'idée d'un spasme glottique.

Ces réserves faites d'ailleurs, et elles sont de peu d'importance, il ne nous reste qu'à féliciter M. de Brun sur son beau mémoire.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

Syphilis acquise observée chez un jeune garçon.

D... (Jules), âgé de onze ans, fut admis au n° 2 de la salle Saint-Augustin, le 10 mai dernier. C'était un garçon pâle et un peu maigre, mais assez vigoureux et de bonne constitution. Il ne se rappelait pas avoir jamais été sérieusement malade ; depuis plusieurs semaines, il s'apercevait que l'introduction d'une cuiller ou d'une fourchette dans sa cavité buccale faisait naître des douleurs assez vives ; il avait fini, quelques jours avant son entrée dans ma salle, par éprouver une véritable gêne dans la mastication et dans la déglutition de ses aliments, solides ou liquides, surtout quand leur température était élevée : ce fut alors qu'on jugea nécessaire de le faire soigner à l'hôpital. Ce que je découvris, du côté de la bouche, attira immédiatement mon attention et me permit de formuler, dès le principe, un diagnostic précis.

Sur la face postérieure des lèvres, sur la langue, au niveau de l'isthme du pharynx, on voyait des élevures confluentes d'un aspect caractéristique. Ces élevures, lisses à leur superficie, arron-

dies ou ovalaires à leur contour, de teinte opaline ou bleuâtre, avaient des dimensions variant de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre ou à 1 centimètre 1/2, dans le sens de leur plus grande étendue. Celles qui garnissaient la face postérieure des lèvres, et particulièrement de la lèvre inférieure, isolées sur certains points, formaient en d'autres lieux des groupes à circonférence sinueuse. Celles qu'on apercevait sur la langue recouvraient son dos ou ses bords. A peu près également réparties sur les deux moitiés de la face supérieure de l'organe, elles étaient pour la plupart isolées et beaucoup plus allongées d'avant en arrière que transversalement. Enfin on voyait quelques petites saillies sur les piliers antérieurs des amygdales; ces dernières avaient plus de développement à gauche qu'à droite. Nous nous trouvions en face de toute une série de papules dont aucune ne présentait d'ulcération; et cette éruption buccale possédait tous les caractères qui appartiennent aux plaques muqueuses de la syphilis. Je devais donc m'attendre à rencontrer, sur d'autres régions, des manifestations de cette même maladie. L'examen complet que je fis de l'enfant ne tarda pas à confirmer ma première appréciation.

Sur le pourtour entier de l'orifice anal et sur une partie du périnée, on apercevait de nombreuses saillies aplaties, en général confondues par leurs bords, bien qu'il fût encore possible de reconnaître que presque toutes avaient une forme ovalaire et un grand diamètre antéro-postérieur. Rosés ou légèrement cuivrés dans leur coloration, ces groupes papuleux, dont la surface était humide et fendillée sur quelques points, envoyaient des prolongements dans la partie inférieure du rectum ou dans la direction du scrotum. Mais, au niveau de l'enveloppe des bourses, le tégumen restait sain; quelques papules isolées existaient au niveau du pli inguinal gauche et à la partie la plus élevée de la face interne de la cuisse droite, ainsi que plusieurs macules arrondies et d'une teinte qui rappelait celle du jambon. Sur tout le reste de sa superficie, la peau restait saine. On sentait, à travers l'enveloppe cutanée, plusieurs ganglions indurés, soit auprès de l'angle de la mâchoire, soit au-dessus du pli de l'aine du côté gauche. Ces ganglions étaient peu volumineux et peu douloureux. Je ne constatai aucune adénopathie en arrière du cou; nous ne vîmes ni croûtes, ni érosions au niveau du cuir chevelu.

L'exploration de la bouche présentait d'assez sérieuses difficultés, car la muqueuse buccale paraissait être extrêmement sensible. Au pourtour de l'anus, le malade signalait aussi l'existence de douleurs vives, qui rendaient la défécation pénible. Je ne découvris aucune perturbation fonctionnelle du côté des organes digestifs, ni du côté des organes respiratoires; à tous les autres points de vue, mon examen aboutit à des résultats négatifs. Il me fut aussi à peu près impossible d'obtenir des informations sur les antécédents personnels du jeune garçon ou sur ceux de ses parents. Son père se borna à nous affirmer qu'il se portait bien actuellement, qu'il n'avait jamais été malade à d'autres époques, qu'il en était de même de sa femme. Les accidents buccaux, au sujet desquels il faisait entrer son fils à l'hôpital, ne remontaient, disait-il, qu'à un mois ou six semaines; quant à ceux que nous rencontrions à la région anale, il ignorait complètement à quelle époque ils avaient commencé à se développer. Mais l'enfant lui-même croyait pouvoir affirmer qu'ils dataient de deux mois ou deux mois et demi; c'est-à-dire des premiers jours de mars. Nous ne pûmes rien savoir de plus, mais nous nous trouvions en présence d'éléments de diagnostic qui ne nous permettaient de conserver aucune hésitation, et, dès le lendemain de l'arrivée du malade, je lui fis donner chaque jour une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten. On porta rapidement la dose à deux cuillerées à café par jour, et le médicament fut aisément accepté et toléré. A ce traitement interne, je joignis des cautérisations pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent, soit autour de l'anus, soit dans la bouche. En même temps, je prescrivis une alimentation reconstituante, avec du vin de quinquina.

Sous l'influence de cette médication, la situation s'améliora rapidement; la mastication et la déglutition redevinrent promptement faciles; les élevures qui tapissaient une grande partie de la face dorsale de la langue et de la face postérieure des lèvres disparurent presque toutes, et celles qui occupaient le pourtour de l'orifice anal se nivelèrent pour la plupart, ne laissant plus à leur place qu'une coloration d'un rouge sombre; enfin les macules que nous avions remarquées près du pli de l'aine s'effacèrent également. Dès la fin de mai, et après huit ou dix attouchements, la région périnéale présentait un aspect presque complètement normal; les papules labiales, et celles que j'avais découvertes dans le principe sur les piliers du voile du palais, n'existaient plus. On ne trouvait plus de vestiges de l'éruption anciennement constatée de ce côté, qu'au niveau des bords de la langue, et particulièrement au niveau de son bord gauche. En même temps l'état général se modifiait avantageusement de jour en jour. Le malade était tout à la fois moins pâle, moins maigre et plus vigoureux.

Au commencement de juin, on cessa d'administrer la liqueur de Van Swieten; mais, au bout de quelques jours, on vit de nouvelles papules et des érosions se former sur la langue, sur le pilier antérieur gauche du voile du palais, et surtout en arrière de la lèvre inférieure; tandis que, sur la région anale, on observait de nouveau des saillies végétantes d'un rouge un peu cuivré, avec du suintement. Il fallut donc revenir au traitement anti-spécifique que je ne voulais d'ailleurs qu'interrompre pour une courte période. On pratiqua, comme précédemment, tous les deux ou trois jours, une cautérisation avec le nitrate d'argent, pour détruire les groupes papuleux qui tendaient à se reformer; je prescrivis des bains sulfureux en faisant prendre la solution de sublimé à la dose d'une cuillerée à café et demie, puis de deux cuillerées à café par jour; bientôt j'administrai aussi l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par vingt-quatre heures. Une prompte amélioration survint, pour la seconde fois, dans la santé générale, comme dans les symptômes locaux. Au commencement de juillet, on ne voyait plus au voisinage de l'anus aucune plaque végétante et la coloration du tégument n'offrait presque plus rien d'anomal. Du côté de la bouche, on remarquait quelques pertes de substance, formées sur des points que des papules avaient occupés; sous ce rapport, la situation laissait donc encore à désirer; nous n'avions pas obtenu une parfaite guérison, et il eût fallu, pour arriver à ce résultat, continuer la médication pendant une longue période. Mais, malgré tous les avertissements que nous avons donnés aux parents, et sans qu'on eût pris notre avis, le jeune D... quitta l'hôpital le 11 juillet.

Je n'ai pas voulu laisser un pareil fait passer inaperçu, bien que l'histoire du malade soit incomplète. On remarquera tout d'abord que l'existence de la syphilis ne pouvait être contestée dans le cas actuel; les lésions buccales et anales ne laissaient aucun doute dans l'esprit du clinicien, car leurs caractères étaient d'une entière netteté. Il ne s'agissait pas d'une syphilis héréditaire tardive, car on remarquait chez cet enfant un peu de pâleur et d'amaigrissement, mais non cet étiolement considérable qu'on rencontre sur les sujets chez lesquels l'affection spécifique a sa source dans l'hérédité, mais qui vivent pendant un certain nombre d'années sans être atteints de manifestations locales. Les symptômes que nous découvrîmes ici ne pouvaient pas être regardés comme l'expression d'une phase nouvelle dans une maladie de provenance paternelle ou maternelle, et dont la première apparition aurait suivi la naissance de quelques semaines ou de quelques mois, comme on l'observe fréquemment. Ces accidents étaient absolument analogues à ceux d'une affection syphilitique d'adulte, parvenue à sa période secondaire, et datant de quelques mois, mais non de quelques années. Il fut donc bien démontré qu'il s'agissait d'une syphilis acquise, parvenue au troisième ou quatrième mois de son existence.

Bien que je n'aie pu obtenir aucun aveu sur la façon dont l'infection s'est faite, il me semble très probable que l'acci-

dent primitif s'est montré dans la région anale, et qu'il y a eu transformation sur place d'un ulcère spécifique en papule, d'abord isolée, mais qui ultérieurement a été entourée d'élevures semblables à elles. Des végétations aplaties, humides à leur surface, se sont ainsi produites les unes à côté des autres, de manière à constituer, sur toute cette région, des groupes fort étendus, tandis que des pléiades de même nature naissaient à peu près simultanément dans la bouche, sur les régions inguinales et à la partie supérieure des cuisses. Nous ne sommes pas arrivés à savoir si le malade avait eu des douleurs de tête, si ses cheveux s'étaient éclaircis, s'il était survenu chez lui de la roséole ou quelque autre éruption ; mais, rien ne nous prouve que ces différentes déterminations locales aient fait défaut, et il est très vraisemblable, au contraire, qu'elles ont existé.

Je me suis servi principalement, pour le traitement de cette syphilis, de la liqueur de Van Swieten, que les jeunes sujets supportent bien, quelque petits qu'ils soient. La quantité de sublimé que le malade a ainsi ingérée s'est élevée, à certains moments, jusqu'à 10 milligrammes par jour, sans que son emploi ait donné lieu à aucun inconvénient. 1 gramme d'iodure de potassium a été également administré chaque jour ; mais on a trop vite cessé de faire prendre cette substance. Le jeune garçon, que ses parents ont emmené de l'hôpital beaucoup trop promptement, au point de vue de sa santé future, devrait être soumis encore, pendant un ou deux trimestres, à une thérapeutique appropriée à sa situation pathologique. Il faudrait qu'il prît une des préparations mercurielles, dont on fait habituellement usage, associée à l'iodure potassique, durant quinze ou vingt jours, chaque mois ; qu'il fût examiné médicalement à de fréquents intervalles, et que cette surveillance ne cessât que dans plusieurs années, et quand il sera bien prouvé qu'aucun phénomène significatif ne se reproduit plus. Nous pouvons être certains, malheureusement, que ce seront les conditions opposées qui se réaliseront, et que notre médication n'aura qu'une efficacité de courte durée.

Je ne terminerai pas ces considérations sans insister sur la facilité avec laquelle nous sommes venus à bout des plaques muqueuses buccales et anales. Pour détruire les papules de la marge de l'anus, je pensais qu'il me serait nécessaire de me servir du nitrate acide de mercure, peut-être même du thermo-cautère ; le crayon de nitrate d'argent a suffi pour niveler les surfaces malades. Mais, sans le traitement interne, cette thérapeutique locale serait restée impuissante, et nous avons vu les phénomènes éruptifs renaître, moins d'une semaine après la suppression temporaire de la solution de Van Swieten.

Ce cas de syphilis, observée chez un garçon de onze ans, montre avec quelle rapidité la médication anti-spécifique agit dans le jeune âge, combien elle est inoffensive, et combien il est indispensable de ne pas l'abandonner trop vite et de ne pas croire, quand on l'a employée, à une guérison trop rapide.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

I. Synovite fongueuse de la grande gaine synoviale carpienne; grattage. Guérison. — II. Kyste hydatique du muscle grand dorsal.

I. Marie B..., vingt et un ans, cuisinière, entre pour se faire traiter d'une tumeur ulcérée qu'elle porte au poignet droit.

C'est une femme de haute taille, assez vigoureuse d'apparence ; elle est née en Auvergne et n'habite Paris que depuis six mois. Pendant qu'elle était dans son pays, elle eut une inflammation au poignet droit. Un médecin la traita pendant plus d'une année, en faisant des injections phéniquées sous la peau.

La malade finit par quitter son pays, et la plaie se ferma plusieurs mois après. La maladie dura plus de quinze mois. Elle laissa une cicatrice déprimée, très adhérente à l'os, située sur la face dorsale de l'avant-bras droit, à 2 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus.

État actuel. — Il y a deux mois, la malade commença à souffrir de son poignet, qui se tuméfiait. Quand elle vint me trouver, on voyait sur la face palmaire de l'avant-bras droit une augmentation de volume considérable. Il existait une tumeur large comme une pièce de cinq francs, située à 3 centimètres plus haut que l'éminence thénar. La peau qui la couvrait était violette, percée de plusieurs orifices, comme un anthrax, par lesquels coulait un pus blanchâtre. Cette masse était assez nettement limitée vers sa partie supérieure. En bas s'étendait un gonflement allongé, allant jusque dans la paume de la main, et occupant très exactement le trajet de la gaine carpienne.

L'éminence thénar était rouge, gonflée et douloureuse. Toute la main était très sensible, et la malade la laissait difficilement palper. Je pus toutefois lui reconnaître certains caractères de mollesse assez évidents.

En introduisant un stylet vers la partie inférieure, on constate qu'il pénètre très facilement vers le poignet, jusqu'à une assez grande profondeur, presque jusqu'au milieu de la paume de la main. Cette exploration n'est pas douloureuse. On sent que l'extrémité de l'instrument est séparée de la peau par une assez grande épaisseur des tissus ; le pus qui s'écoule par les orifices n'est pas sanguinolent et n'a rien de caractéristique.

Sur le cubitus, existe une petite plaie, formée par l'ulcération de la cicatrice ancienne. On trouve une ouverture fistulaire, par laquelle un stylet pénètre dans la gaine du muscle cubital postérieur, à une profondeur de 2 centimètres environ.

Il n'existe rien dans les ganglions lymphatiques du bras ni de l'aisselle.

La malade est un peu pâle. Elle a eu mal aux yeux pendant son enfance ; c'est là le seul antécédent pathologique qu'elle nous ait présenté.

L'aspect de la tumeur était un peu singulier. On aurait pu penser à un anthrax si la maladie n'avait pas une durée de deux mois, et si elle n'avait pas été précédée d'une affection à marche presque pareille, il y a douze mois environ. En quelques jours, la peau se détruisit largement et l'on vit paraître de véritables bourgeons charnus fongueux. En faisant mouvoir les doigts on voyait de vagues mouvements qui se communiquaient à la masse et montraient qu'elle était en relation intime avec les tendons fléchisseurs. Du reste les doigts étaient dans la demi-flexion, et on ne pouvait les étendre sans provoquer de vives souffrances.

Il devenait dès lors facile de reconnaître que ces masses fongueuses s'étaient développées dans la synoviale, et que nous étions en présence d'une synovite fongueuse de la grande gaine carpienne, comme le montrait du reste l'exploration au stylet, qui, pénétrant dans cette cavité, la traversait dans toute sa longueur.

Opération le 26 septembre 1885. La malade étant endormie, je place la bande d'Esmarch. Avec une curette tranchante, je fis le grattage de toutes les fongosités molles et je mis à nu les tendons fléchisseurs. Je trouvai divisé le tendon du grand palmaire et un tendon du fléchisseur commun. La masse fongueuse remontait assez haut et profondément dans l'avant-bras. Vers le poignet, je fus contraint de faire un petit débridement allant jusqu'aux plis antérieurs du carpe seulement. La curette pénétra alors facilement sous le ligament annulaire antérieur, au milieu des tendons, et je retirai une assez grande quantité de masses fongueuses qui s'avançaient jusqu'au milieu de la paume de la main, ainsi que dans l'éminence thénar.

La plaie de la face dorsale du cubitus fut grattée de la même manière. Les fongosités occupaient nettement la gaine du cubital postérieur.

Les plaies furent lavées avec une solution de sublimé à 1/1000e. Je mis un drain dans la gaine palmaire et un dans les interstices musculaires de la partie supérieure ; le tout fut saupoudré avec de l'iodoforme et pansé à la gaze au sublimé.

27 septembre. — Nouveau pansement. La malade ne souffre pas, la plaie n'est nullement tuméfiée. Il y a eu un peu d'écoulement sanguin.

1er octobre. — La température n'a pas dépassé 38 degrés depuis l'opération, et la plaie n'est pas douloureuse. Je retire le drain placé entre les muscles de l'avant-bras ; celui de la main est raccourci, et j'établis de la compression dans la paume de la main avec un tampon de coton. Lavage au sublimé et pansement à l'iodoforme.

5 octobre. — Le drain est retiré ; la petite plaie de la face dorsale du poignet n'étant pas tout à fait fermée, j'y introduis un fragment de crayon à l'iodoforme.

15 octobre. — La malade sort de l'hôpital. Toutes les plaies sont fermées, les tendons sont couverts, et il ne reste plus qu'une surface rouge, qui se couvre d'épiderme. Pansement au dyachilon.

20 octobre. — La malade revient. Elle nous fait remarquer sur le trajet de l'artère cubitale un petit point fluctuant. Je vide ce tout petit abcès et j'y injecte un peu de glycérine avec de l'iodoforme à 1/10e.

23 octobre. — Le petit abcès est réduit à fort peu de chose, j'y place un fragment de crayon à l'iodoforme.

27 octobre. — Le petit abcès est complètement fermé. La plaie est très réduite et on la couvre avec du taffetas gommé. On voit nettement que pendant les mouvements des doigts, les masses cicatricielles sont fortement adhérentes.

La main n'a pas subi de déformation. La paume de la main et l'éminence thénar ont leur aspect et leur volume normaux. Les doigts sont très légèrement fléchis, mais on peut les redresser complètement sans trop de peine ; l'index seul ne se fléchit pas facilement, c'est évidemment ce doigt dont le tendon a été trouvé divisé pendant l'opération, et comme la dernière phalange se fléchit mal, il faut en conclure que ce tendon est celui du fléchisseur profond.

14 novembre. — La malade vient nous montrer son bras. La plaie est tout à fait fermée. Pas de douleurs ni à la pression, ni dans les mouvements. Sur le côté du tendon du cubital antérieur s'est fait une petite fistule qui conduit dans une cavité de toute l'étendue et en dedans de la gaine opérée. Le bas du squelette de l'avant-bras est un peu gros.

Décembre. — La malade est revenue. Elle a continué l'usage du crayon d'iodoforme et elle est complètement guérie.

Son poignet est un peu plus gros que l'autre, mais elle s'en sert facilement.

Février 1886. — La malade est revenue me voir quatre mois après l'opération : la guérison ne s'est pas démentie.

II. Mme L..., vingt-quatre ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph, le 15 octobre 1885. Elle se plaint d'une tumeur plus gênante que douloureuse située sur l'omoplate gauche et qui serait survenue presque subitement.

Cette femme était près d'accoucher, il y a cinq mois, lorsqu'en prenant un bain elle s'aperçut de la tumeur. Jusque-là, elle n'avait rien senti, et la masse n'était que fort peu inférieure en volume à ce qu'elle est actuellement.

On constate une tumeur, presque du volume du poing d'un adulte, située sur la partie inférieure du scapulum. Elle commence à trois travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate, et descend un peu vers la ligne axillaire, jusqu'à quatre doigts au-dessous du creux de l'aisselle.

Elle a une forme un peu allongée dans le sens horizontal, et elle a dans ce sens presque 10 centimètres de long. La saillie qu'elle forme est considérable, et elle paraît vaguement présenter un sillon vertical vers sa partie médiane.

En la palpant, on reconnaît qu'elle est très résistante. Elle offre de la résistance, plutôt qu'une véritable fluctuation ; il n'y a qu'un point fort limité en haut, où la tumeur se laisse un peu déprimer. C'est une sensation intermédiaire à la fluctuation fausse d'un lipome, et à la dureté d'un fibrome.

La masse est mobile sur les parties profondes, et la peau glisse facilement à sa surface.

En faisant contracter le muscle grand dorsal, on voit que la tumeur se fixe et qu'elle acquiert une grande dureté. Quand le muscle est dans le relâchement, la tumeur est facile à déplacer dans le sens transversal, mais à peine dans le sens vertical.

Toute cette exploration se fait facilement, sans éveiller de douleurs. La malade ne se plaint que pendant les contractions violentes du muscle grand dorsal.

Le siège de cette tumeur est assez facile à préciser. En raison de sa grande mobilité, il est évident qu'elle n'est pas adhérente au squelette. Elle n'est pas davantage placée entre la peau et les muscles, puisqu'elle se fixe pendant leur contraction. Elle est évidemment en relation avec le système musculaire, placée sur le bord externe du grand dorsal, qui se tend sous la peau au moment de sa contraction.

La dureté de la tumeur nous a fait hésiter entre une tumeur solide, un fibrome ou fibro-lipome, et une tumeur liquide très tendue. Dans ce dernier cas, l'absence de douleur et le défaut de relation avec le squelette faisait rejeter l'idée d'un abcès froid, pour penser à un kyste. Or comme la situation dans le tissu du muscle grand dorsal nous paraissait nette, nous fûmes porté à penser non à un kyste séreux, mais à un kyste hydatique, sans toutefois rien affirmer avant une ponction exploratrice.

Elle fut faite séance tenante avec une aiguille de Pravaz, et je fis sortir environ 50 à 60 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche. La malade ne ressentit aucune douleur. A deux reprises le liquide cessa de couler ; je sentis nettement que l'aiguille heurtait quelque chose de mou, je la déplaçai et le liquide coula de nouveau.

Je pense que la pointe de l'aiguille fut rencontrée par la paroi kystique ou même par quelque vésicule hydatique flottante.

J'examinai le liquide au microscope, je ne pus y retrouver les crochets caractéristiques, mais je rencontrai des débris blanchâtres d'une membrane très tenue qui nous présenta sur son bord les stries parallèles et régulières, et la transparence des membranes hydatides. Notre diagnostic fut ainsi confirmé.

19 octobre. — La malade revient. Elle a un peu souffert. Le kyste s'est rempli de nouveau, et il détermine une sensation de tension très gênante. Une nouvelle ponction est faite avec l'aiguille de Pravaz, et je retire un liquide moins clair et de teinte verdâtre. La petite canule s'est bouchée plusieurs fois. Le liquide examiné au microscope contient quelques globules de pus, de nombreuses granulations graisseuses et quelques globules rouges.

26 octobre. — La malade revient. Le kyste a grossi de nouveau, il est un peu douloureux, mais la malade n'y ressent pas de battements. La peau n'est pas rouge ; il n'y a pas d'appareil fébrile. En présence de cette reproduction rapide, je diagnostique une transformation purulente, ce que nous démontre une ponction aspiratrice, qui amène 40 grammes de pus verdâtre environ. La malade accepte une ouverture large. Elle devait revenir le lendemain, mais elle n'a pas reparu. Il est à présumer que l'abcès a été ouvert et traité comme un abcès vulgaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 août 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes transmet ampliation d'un décret par lequel l'Académie est autorisée à

accepter le legs, que lui a fait M. Léopold-Armand Hugo, de la nue propriété d'une inscription de 200 francs destinée, après la mort de l'usufruitière, à fonder un prix quinquennal de 1 000 francs. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire médicale.

LECTURE

M. COSTA DE BASTELICO lit un mémoire sur l'assainissement de la plaine orientale de la Corse. (Voir le Premier-Paris.)

COMMUNICATION

Étude sur la médecine en Syrie. — M. DE BRUN. Parmi les maladies observées, la malaria est de beaucoup la plus fréquente. Elle sévit sur la côte à des degrés divers; on l'observe aussi dans l'intérieur des terres, surtout dans la plaine de la Becka.

M. de Brun a rencontré des cas d'impaludisme aigu, qui pourraient constituer la forme dyspnéique. Cette forme serait caractérisée par une dyspnée qui, en moins d'une heure, devient comparable à celle d'un croup avancé. La voix, d'abord rauque, s'éteint vite, bientôt un sifflement inspiratoire se produit et le tirage arrive. L'examen de la gorge ne donne que des résultats négatifs. Le plus souvent, après quatre à cinq heures de lutte, une amélioration survient, très rapide, et le petit malade guérit sans convalescence. Cette forme, qui s'accompagne d'un œdème aigu du larynx, peut dans certains cas se compliquer d'un noyau d'œdème pulmonaire.

Dans d'autres faits, on n'observe absolument aucun phénomène laryngé, il semble que le malade meurt par l'arrêt des fonctions bulbaires. Ces accidents sont justiciables du sulfate de quinine, qui en prévient le retour.

A peu près toutes les maladies peuvent servir de prétexte à l'explosion d'accidents palustres, particulièrement pendant la période de convalescence.

Les faits observés par l'auteur sont absolument conformes à la loi de Budin, qui fait de la tuberculose et de la malaria deux affections antagonistes.

Après la malaria vient la syphilis, infiniment plus fréquente qu'en France et dont on est surtout appelé à traiter les accidents tertiaires. Ce sont les Musulmans qui en fournissent le plus grand nombre de cas, quoique ils forment à peine le quart de la population de Beyrouth.

Les affections des voies digestives sont très fréquentes, surtout la diarrhée, la dysenterie et la dilatation stomacale. Elles résultent surtout d'une mauvaise hygiène alimentaire et de l'abus de l'alcool, sous forme d'arak ou raki, liqueur contenant de 38 à 56 p. 100 d'alcool.

Malgré ces abus, les manifestations cérébrales ou spinales de l'alcoolisme sont très rares.

M. de Brun a été frappé de la fréquence des parasites des voies digestives, surtout du tænia inerme.

La noix de coco, mangée en entier le matin à jeun, a été dernièrement essayée avec grand avantage. Elle a donné une proportion de 26 succès sur 32 malades; il faut noter que sur les 26 au moins 21 avaient précédemment fait usage de divers ténifuges, sans aucun résultat.

Une autre maladie, très fréquente aussi, est l'emphysème pulmonaire. Le narghilé, par les efforts qu'il exige, doit influer sur sa production.

Les principales maladies du pays sont en outre les ophthalmies et en particulier les granulations conjonctivales, les congestions hépatiques, la gravelle et les calculs vésicaux. On peut signaler en outre l'existence de la lèpre, du bouton d'Alep, de toutes les fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, de la diphthérie, la rareté des maladies du système nerveux, et la production en été de cet érythème au prurit violent qui porte le nom de boutons de sueur.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Paris, 14 août 1886.

Mon cher directeur,

Pardonnez-moi de vous demander encore l'hospitalité de la *Gazette*, car vos lecteurs se fatigueraient si cette polémique devait durer plus longtemps. Mais la lettre de M. Péan, publiée dans votre numéro du 12 août, contient des accusations contre moi si aigres et si peu justifiées, qu'il m'est impossible de les admettre.

Il est habile, trop habile, d'élargir le terrain de la discussion, en m'accusant de revendiquer pour moi, avec une mauvaise foi qui serait vraiment stupide, la méthode de la forcipressure. Je sais parfaitement ce qu'a fait M. Péan pour vulgariser l'emploi des pinces à pression continue; je sais qu'il y a travaillé plus que personne.

Il ne s'agit que d'un point, l'application de la forcipressure, des « pinces de Péan » (êtes-vous satisfait ?), à l'hystérectomie vaginale. Or M. Buffet (d'Elbeuf) s'en est servi dans les termes où je le conseille (pour l'hémostase définitive) deux jours avant moi, mais longtemps après ma première communication. M. Péan s'en est servi avant moi, mais par nécessité, comme il le dit en propres termes (obs. XIII de la thèse de Gomet, juillet 1886). Impossible de nier la sincérité de ces documents, qu'il a fournis lui-même. Il semble que M. Péan soit vexé, lui l' « inventeur » des pinces, de n'avoir pas songé à les utiliser *de parti-pris, et comme méthode générale,* dans une opération qui est maintenant à l'ordre du jour.

Ce sentiment de dépit lui inspire une digression malheureuse, à laquelle j'étais loin de m'attendre. Il s'étonne que j'aie décrit « comme nouveau, dans le *Journal de médecine de Paris,* son procédé d'ablation de la langue par le pincement préventif et définitif ». Or, j'ai écrit dans cet article : « Le procédé que je vous propose, et dont je ne suis pas l'inventeur, consiste à utiliser trois longues pinces courbes que j'ai trouvées chez Mathieu, faites sur les indications de M. Péan. » Et plus loin, j'indique un perfectionnement « dont l'idée ne m'appartient pas davantage ». Que lui fallait-il de plus? Voulait-il des éloges dithyrambiques ? Et n'a-t-on plus le droit de publier une observation sans pousser la mention élogieuse d'un auteur jusqu'à une réclame disproportionnée ?

Je passe quelques insinuations bizarres ou malveillantes, et encore une fois je vous demande pardon d'avoir tenu à me défendre. Mais j'ai compté sur votre obligeance habituelle, et je vous prie d'agréer, mon cher directeur, l'expression de mes sentiments dévoués.

L.-G. RICHELOT.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE CLIMATOLOGIE ET D'HYDROLOGIE DE BIARRITZ.

Organisation des séances et des excursions qui doivent l'accompagner ou le suivre.

PREMIÈRE PARTIE.

Vendredi 1er octobre. — Séance d'ouverture du Congrès à 2 heures. — Réception générale le soir.

Samedi 2 octobre. — Séances de sections à 8 h. 1/2 du matin et à 1 h. 1/2 de l'après-midi. — Le soir, à 8 h. 1/2, conférence sur la géologie et l'hydrologie des Pyrénées, par le docteur Garrigou.

Dimanche 3 octobre. — Excursion à Saint-Sébastien. — Réception par l'Ayuntamientio.

Lundi 4 octobre. — Séances de sections à 8 h. 1/2 du matin et à 1 h. 1/2 du soir. — Le soir, à 8 h. 1/2, conférence sur la météorologie, par M. Angot et par M. Teisserenc de Bort.

Mardi 5 octobre. — Séances de sections à 8 h. 1/2 du matin et à 1 h. 1/2 du soir. — Excursion à Gambo en voiture : départ à 9 heures du matin; arrivée à 11 heures. — Déjeuner. — Visite des Thermes. — Retour à Biarritz. — Séance générale à 8 h. 1/2 du soir. — Conférence sur la géographie des Pyrénées, par M. Schrader.

Mercredi 6 octobre. — Séances de sections à 8 heures du matin. — Départ de Biarritz pour Dax, après déjeuner, par le petit chemin de fer de Biarritz à Bayonne (1). — Visite des Thermes. — Dîner. — Le soir, réception par la Société Borda. — Coucher à Dax.

Jeudi 7 octobre. — Départ de Dax pour Arcachon (2). — Réception par la municipalité d'Arcachon. — Visite au Musée, à l'Aquarium et aux laboratoires de la Société scientifique. — Déjeuner à 1 heure offert au Congrès par la municipalité. — Visite de la plage, du sanatorium et de la forêt (villas d'hiver). — Départ pour rentrer le soir à Biarritz.

Vendredi 8 octobre. — Séances de sections à 8 h. 1/2 du matin. — Séance générale de clôture de la première partie du Congrès, à 2 heures du soir.

DEUXIÈME PARTIE.

Excursions près des stations thermales et sanitaires.

Ces excursions seront faites sous la direction générale du secrétaire général, M. le docteur Garrigou.

Les visites des établissements thermaux seront particulièrement dirigées par MM. les médecins-inspecteurs, et les questions de gisement, de captage et de conduite des sources exposées par M. le docteur Garrigou.

Ces excursions se feront en chemin de fer, sauf quelques-unes qui seront spécialement désignées, et se feront en voiture.

Samedi 9 octobre. — SECTION A. — Salies-de-Béarn. — Réception par la municipalité. — Visite de la station. — Déjeuner. — Départ pour Pau, où l'on dîne et l'on couche. — Réception par la municipalité.

SECTION B. — Eaux-Bonnes et Eaux-Chaudes. — Arrivée aux Eaux-Bonnes (par voitures depuis Laruns). — Visite des Thermes. — Dîner et coucher.

Dimanche 10 octobre. — SECTION B. — Le dimanche matin, visite des Eaux-Chaudes. — Retour à Pau pour rejoindre la section A. — Visite de la station climatérique et de ses curiosités. — Départ après déjeuner. — Voitures à Pierrefitte pour arriver à 5 heures à Cauterets. — Dîner et coucher. — Le soir, conférence sur Cauterets.

Lundi 11 octobre. — Visite aux Thermes supérieurs à 8 heures du matin. — Déjeuner à 11 heures. — A midi, visite complémentaire des Thermes. — Départ pour Bagnères-de-Bigorre. — Réception par la municipalité. — Dîner. — Séance générale le soir. — Coucher.

Mardi 12 octobre. — Visite des Thermes à 7 h. 15 min., et de 12 heures à 2 heures. — Déjeuner à 11 heures. — Départ pour Bagnères-de-Luchon, où l'on dîne et l'on couche. — Le soir, conférence sur Luchon.

Mercredi 13 octobre. — Départ pour la vallée du Lys à 8 heures (course offerte gracieusement par les guides). — Déjeuner. — Visite des Thermes et des galeries de captage des sources jusqu'à 5 heures. — Dîner. — Coucher à Luchon.

Jeudi 14 octobre. — Départ pour Toulouse le matin. — Arrivée à Toulouse. — Déjeuner. — Visite de la ville. — Dîner.

Vendredi 15 octobre. — Départ de Toulouse à 6 h. 10 min. du matin. — Arrivée à Tarascon. — Réception par la municipalité. — Arrivée à Ussat à 11 heures (à pied ou en voiture). — Déjeuner. — Visite des Thermes à 12 heures. — Départ à 2 h. 15 min. en voiture. — Arrivée à Ax à 5 heures. — Dîner et conférence le soir sur Ax.

Samedi 16 octobre. — Visite de la station d'Ax à 8 heures du matin. — Déjeuner à 11 h. 1/2. — Départ à 2 heures. — Arrivée à Toulouse. — Dîner. — Coucher.

Dimanche 17 octobre. — Départ pour Carcassonne. — Visite de la Cité de Carcassonne à 8 heures. — Déjeuner à 11 h. 1/2. — Départ pour Béziers à 2 heures. — De Béziers à Bédarieux. — Départ pour Lamalou en voiture. — Dîner à Lamalou. — Coucher.

Lundi 18 octobre. — Visite de Lamalou (le haut et le centre). — Déjeuner à 11 h. 1/2. — Visite de Lamalou (le bas) à 1 heure. — Départ à 2 h. 1/2 en voiture pour Bédarieux. — Arrivée à Montpellier. — Visite de l'Observatoire météorologique ; explications données par M. Crova. — Dîner et réception.

TROISIÈME PARTIE.

Excursions complémentaires.

Mardi 19 octobre. — Départ de Montpellier à 11 heures du matin. — Arrivée à Cette. — Déjeuner. — Voir la plage et aller coucher à Perpignan.

Mercredi 20 octobre. — Départ en voiture à 7 heures du matin, — Arrivée à Boulon à 11 heures. — Déjeuner. — Visite des sources. — Départ à 1 heure. — Arrivée à Amélie à 3 heures. — Visite des sources. — Dîner et coucher.

Jeudi 21 octobre. — Visite complémentaire d'Amélie. — Déjeuner. — Départ pour La Preste. — Dîner et coucher à La Preste.

Vendredi 22 octobre. — Visite de La Preste. — Déjeuner. — Retour en voiture à Perpignan. — Coucher.

Samedi 23 octobre. — Perpignan à Prades en chemin de fer. — Prades à Olette en voiture. — Visite de Thuez et des Graüs de Canaveilles. — Retour au Vernet. — Dîner et coucher.

Dimanche 24 octobre. — Visite du Vernet. — Déjeuner. — Aller à Moligt. — Retour à Perpignan.

Lundi 25 octobre. — Départ de Perpignan à 8 h. 25 min. du matin. — Déjeuner à Narbonne. — Départ pour Carcassonne et pour Rennes-les-Bains. — Trajet de 10 kilomètres en voiture, de Couiza à Rennes-les-Bains. — Visite des sources. — Dîner et coucher.

Mardi 26 octobre. — Départ de Rennes à 8 heures du matin. — Arrivée à Couiza à 10 h. 40 min. — Départ en chemin de fer. — Arrivée à Quillan. — Déjeuner. — Visite de Ginolles et des gorges de Pierrelisse. — Visite d'Alet et de Campagne. — Arrivée à Carcassonne. — Dîner et coucher.

Mercredi 27 octobre. — Départ de Carcassonne pour Toulouse. — Déjeuner. — Départ à 11 h. 25 min. pour Saint-Girons en chemin de fer. — De Saint-Girons, départ pour Aulus en voiture. — Arrivée à 5 heures. — Dîner et coucher.

Jeudi 28 octobre. — Visite des sources. — Déjeuner à 11 heures. Départ à 1 heure. — Arrivée à Saint-Girons à 4 heures. — Visite d'Audinac. — Dîner et coucher à Saint-Girons.

Vendredi 29 octobre. — Départ de Saint-Girons à 7 heures du matin. — Déjeuner à Capvern; visiter les Thermes. — Aller coucher à Luz.

Samedi 30 octobre. — Visite de Barèges et de Saint-Sauveur le matin. — Déjeuner. — Départ pour Saint-Christau, où l'on visite l'établissement.

Clôture des excursions du Congrès.

Avis très important. — On est prié, pour les excursions, de n'emporter qu'un petit bagage de main.

Les colis volumineux resteront en consigne dans les gares.

Chaque excursion sera tarifée d'avance, et l'on payera en s'inscrivant pour l'excursion.

Dans certaines excursions, on pourra se trouver limité pour le nombre. Les premiers inscrits seulement pourront profiter de ces excursions. (Bien noter cette observation.)

Les dames sont admises à faire partie du Congrès aux conditions indiquées, envoi de 12 francs accompagnant une déclaration d'adhésion.

---

(1) M. Ardoin, directeur du chemin de fer de Bayonne à Biarritz, membre du Comité local du Congrès et de Biarritz-Association, a eu la gracieuseté d'offrir, à titre gratuit, le transport du Congrès, dans ses déplacements officiels.

(2) Les personnes qui n'auront pas voulu la veille faire l'excursion de Dax, pourront se rendre directement à Arcachon, le dimanche matin, par un train partant de Bayonne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les membres du jury du concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mercredi 3 novembre 1886, sont MM. les docteurs Balzer, Legroux, Merklen, Brun, Lannelongue, Terrier, Tarnier.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Parizot, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique externe, en remplacement de M. Brulet, décédé.

M. Deroye, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique interne, en remplacement de M. Morlot, nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Moulard est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement.

M. le docteur Arduin est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XXe arrondissement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19951

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les signes de premier ordre dans la méningite tuberculeuse.

Il est des portraits qui vous frappent plus par l'intensité de la ressemblance, si je puis m'exprimer ainsi, que les photographies elles-mêmes. On croit voir l'homme : on le reconnaît mieux que quand on le rencontre dans la rue. Pourquoi cela? C'est que le peintre a su saisir les traits dominants, l'expression caractéristique, les faire valoir, les mettre en saillie, de telle sorte que l'on éprouve au plus haut degré l'impression produite par l'aspect de cette figure et qu'on se dise : « C'est bien cela. » Si, au contraire, le peintre ne fait pas le départ de ce qui est remarquable et de ce qui est banal, la ressemblance peut être grande, elle ne saisira jamais personne, et l'on passera devant le portrait sans s'y arrêter.

L'art du clinicien ressemble par certains côtés à celui du peintre. Là encore, il s'en faut de beaucoup que les phénomènes, les traits du tableau soient tous d'une importance égale. S'attacher à ceux qui vraiment sont de premier ordre, c'est la marque du grand clinicien, comme du grand artiste.

Il est tel symptôme qui peut suffire pour assurer presque isolément le diagnostic différentiel d'une maladie. Mais il faut savoir saisir ce symptôme; et ce ne sont pas les manuels ou même les ouvrages classiques qui la plupart du temps en montrent la portée.

M. Peter, qui en cela suit l'exemple de Trousseau, a pour habitude de s'attacher à ces signes de premier ordre.

Nous l'avons dit déjà récemment à propos du début de la fièvre typhoïde, et l'autopsie d'un malade, chez lequel une méningite tuberculeuse à marche insolite avait été reconnue dès le premier coup d'œil, vient encore de nous le prouver.

Il s'agissait d'un tout jeune homme, arrivé depuis peu à Paris, surmené peut-être dans les derniers temps et qui se trouvait par conséquent dans des conditions prêtant beaucoup à la supposition d'une fièvre typhoïde, pour expliquer l'état de prostration dans lequel il était plongé lors de son entrée à l'hôpital.

Il avait d'ailleurs, depuis quelques jours, de la diarrhée, du ballonnement du ventre, — au lieu de cette constipation et de ce ventre rétracté qui figurent en première ligne dans les descriptions habituelles de la méningite.

Des rêves fréquents, troublant le sommeil, des épistaxis répétées, cadraient assez bien avec l'idée d'une fièvre continue, et l'intensité du mal de tête dont ce jeune homme se plaignait ne pouvait pas suffire pour la faire repousser.

Mais M. Peter remarqua qu'il y avait un peu de strabisme, comme un faux trait dans le regard. Ce strabisme s'accompagnait-il de diplopie? On s'en assura sur-le-champ.

Oui, le malade voyait double, et le strabisme s'accentuait dans certains moments. C'était donc un phénomène nouveau, car un strabisme déjà ancien ne cause plus de diplopie. Or ce n'est pas là un de ces symptômes qui se rencontrent dans les premiers jours d'une fièvre continue. C'est la marque d'une atteinte profonde des centres nerveux, telle qu'en produisent particulièrement les méningites tuberculeuses.

Il est aussi d'autres maladies du système nerveux dans lesquelles la diplopie et le strabisme momentané se rencontrent assez souvent, par exemple l'ataxie locomotrice, etc.; mais cela ne vient pas compliquer le diagnostic dans des cas semblables à celui-ci, car la marche de ces maladies est essentiellement chronique, au lieu d'être aiguë et fébrile.

Je dis fébrile, car la température était élevée. Une fois le malade à l'hôpital, les trois premiers jours elle se maintint entre 39°,3 et 39°,4, sans oscillation diurne appréciable; le quatrième jour, elle était de 38°,8 le matin et de 38°,8 le soir, et ainsi de suite, s'écartant beaucoup de la courbe normale de la fièvre typhoïde.

Mais ce qui était bien plus important, ce qui se classait, à côté du strabisme, parmi les signes de premier ordre, c'était l'écart frappant, la divergence extrême entre les lignes indiquant les modifications de la température et celles du pouls.

Le premier soir, alors que le thermomètre s'élevait déjà à 39°,3, on ne comptait que 60 pulsations par minute. Le pouls était donc plutôt ralenti, malgré l'intensité du mouvement fébrile. Un tel contraste est caractéristique dans les méningites.

Le diagnostic différentiel était donc posé; et dès lors bien d'autres traits venaient s'ajouter au tableau.

On remarquait que la céphalalgie présentait une vivacité, une acuité, une activité douloureuse si je puis m'exprimer ainsi, qui n'avait rien d'exceptionnel dans une méningite tuberculeuse, mais qui l'eût été au début d'une simple fièvre typhoïde, alors que tous les phénomènes sont encore plutôt passifs. Le malade s'en préoccupait et s'en plaignait comme les typhiques ne le font guère. Cette douleur troublait son sommeil; et cependant quand il rêvait, ses rêves n'avaient pas d'ordinaire un caractère effrayant. En outre sa langue et ses lèvres *ne tremblaient pas*. La trémulence particulière des muscles du typhique ne se retrouvait chez lui à aucun degré.

Il était prostré : il évitait d'ailleurs de se mouvoir parce que tout mouvement augmentait sa douleur de tête au point de la rendre insupportable; mais son attitude n'était pas celle du malade intoxiqué par le poison typhoïdien.

Pourtant il avait de la diarrhée; il avait le ventre ballonné. Mais c'est bien moins rare qu'on le croit dans la méningite tuberculeuse; souvent la constipation, la rétraction spéciale du ventre qui prend la forme de bateau n'apparaissent que les derniers jours.

M. Peter rechercha encore un autre signe qui, moins univoque, a pourtant aussi sa valeur dans la méningite tuberculeuse. Les pneumogastriques des deux côtés furent trouvés sensibles à la pression. La lésion des centres nerveux devait siéger près de leur origine, puisqu'elle retentissait ainsi sur ces nerfs. Et c'est en effet ce que démontra l'autopsie, lorsque ce malade mourut quelques semaines plus tard : des granulations tuberculeuses siégeaient tout à fait à l'émergence des pneumogastriques.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'histoire de ce malade. Il mourut fatalement, sans qu'on pût le soulager, comme meurent les méningites atteints des mêmes genres de lésions. Ce ne fut que tout à fait vers la fin qu'au lieu de céphalalgie et de strabisme, il y eut du coma, des cris aigus, etc. Quant aux vomissements, il en avait eu fréquemment depuis les premiers jours; mais la coexistence de la diarrhée leur enlevait d'abord presque toute signification.

La méningite tuberculeuse a donc certaines formes frustes qu'il n'est pas facile de déceler, quand on n'en a pas une grande habitude.

M. Peter nous en a cité un autre exemple : celui d'un enfant auprès duquel on l'appelait parce qu'il avait, lui aussi, de la diarrhée, de la prostration, du mal de tête. En l'examinant, M. Peter fut frappé de l'indifférence avec laquelle un enfant de cet âge se laissait approcher, saisir et retourner par un étranger. Même dans la fièvre typhoïde, les enfants n'ont pas un tel calme; ils se plaignent, ils crient, ils résistent, quand on les touche. L'idée d'une atteinte profonde causée dans les centres nerveux par la présence de granulations tuberculeuses saisit aussitôt le clinicien, et bientôt la suite démontra qu'il en était réellement ainsi.

Mais en dehors de ces tours de force que les grands praticiens en arrivent à faire, presque sans s'en douter, par une sorte d'instinct, il importe à tous de s'inspirer de l'observation vraiment clinique, pour tirer parti au moment voulu de ce qui peut servir à fixer le diagnostic différentiel par un signe de premier ordre : tels que sont dans la méningite le strabisme avec diplopie, l'hyperthermie avec ralentissement du pouls.

L'hypnotisme, la suggestion, la mise en scène, l'action morale.

Depuis plusieurs années, nous poursuivons l'étude de cet ordre de phénomènes que les travaux récents sur l'hypnotisme et la suggestion n'ont, à vrai dire, pas révélé, mais ont certainement mis en plus vive lumière.

Nous avons assisté à un très grand nombre d'expériences faites par les hommes qui se sont occupés le plus spécialement de ce genre de recherches, et dont le nom fait autorité dans cette question, nous avons fait nous-même une multitude d'expériences, et nous sommes arrivé à cette conclusion, déjà exprimée d'ailleurs par nous dans de précédentes Revues cliniques, que l'hypnotisme ne vaut qu'en tant que mise en scène et n'ajoute rien par lui-même à la puissance de l'action morale.

Pour mieux faire saisir notre pensée, nous allons exposer une série de résultats que nous avons récemment obtenus, dans le service de notre cher ami M. le professeur Damaschino, en nous servant indifféremment de l'hypnotisme, ou d'un autre genre de mise en scène pour préparer, et par conséquent fortifier, rendre efficace l'action morale.

Dans deux lits voisins de ce service se trouvaient couchées deux malades qui, l'une et l'autre, étaient bien des types de nervosisme, mais sous des formes très diverses.

L'une était sujette depuis l'enfance à des accès de somnambulisme naturel : elle allait courir sur les toits durant la nuit, et on venait d'être obligé, pour cette cause, de lui retirer la place d'infirmière qu'elle occupait précédemment dans l'hôpital. Elle présentait d'ailleurs à un très haut degré les principaux traits de la grande névrose, qui a reçu le nom d'hystéro-épilepsie. Anesthésique habituellement de toute la moitié gauche du corps, impressionnable au plus haut degré, elle était prise de temps en temps, à peu près chaque mois, d'un grand malaise, avec mal de tête continuel, et elle éprouvait alors une série d'attaques convulsives tapageuses avec grands mouvements cloniques. D'autres fois la crise se manifestait par des troubles vasomoteurs et congestifs; elle toussait, elle crachait du sang, pendant plusieurs jours de suite, sans que l'auscultation eût révélé, dans l'intervalle, la moindre trace de lésion pulmonaire.

L'autre, sa voisine, au contraire, n'avait jamais eu d'accès convulsifs d'attaque de nerfs, ni même de perte de connaissance; elle n'avait pas l'aspect émotif, si je puis m'exprimer ainsi, et le regard brillant de l'autre; elle paraissait plutôt placide, un peu nonchalante. Mais depuis neuf mois, à l'occasion d'une chute qu'elle avait faite étant enceinte de six mois, elle avait été prise de toute une série de contractures musculaires permanentes qui maintenaient l'avant-bras en extension forcée et déformaient absolument l'épaule, du côté droit. Le bord postérieur de l'omoplate, écarté du thorax, porté en dehors, soulevait la peau, qui se trouvait ainsi recouvrir l'os sur ses deux faces, de telle sorte que l'omoplate faisait de ce côté l'effet d'une de ces petites ailes dont les peintres et les sculpteurs affublent parfois leurs amours ou leurs zéphirs. Cette déformation était permanente, elle se maintenait aussi bien durant le sommeil que durant la veille. Elle était tellement marquée que la photographie de cette jeune malade avait été prise une douzaine de fois. L'ancien chef de clinique de Duchenne (de Boulogne), M. le docteur Crysaphis, avait minutieusement étudié l'état de chaque muscle et dressé le

tableau de ceux qui se trouvaient contracturés. C'était bien là, en effet, un des exemples les plus frappants de ces contractures qu'un traumatisme, un choc quelconque, peut provoquer dans certains états de nervosisme, et qui, une fois établies, sont souvent d'une persistance désespérante.

Le jour de l'expérience que je vais raconter, la première de ces deux malades se plaignait d'un grand mal de tête. On venait de me la montrer en me disant qu'elle était au plus haut degré hypnotisable : et par conséquent elle me sembla dans les meilleures conditions pour préparer l'esprit de l'autre, car, avec ou sans hypnotisme, ce qui importe avant tout, c'est de bien *mettre au point*, si je puis m'exprimer ainsi, le moral du sujet sur lequel on veut agir.

Je m'approchai donc de la somnambule naturelle ; je lui dis qu'il était facile, en l'hypnotisant, par un ordre formel qu'on lui donnerait alors, de faire cesser son mal de tête et de lui procurer pour le reste de la journée un état de calme et de bien-être fort agréables. L'expérience fut faite : je l'endormis en un instant par le regard ; je la fis rapidement passer par les trois états successifs ; mais sans essayer de rien changer à l'ordre de succession de ces trois états, fixé par ceux qui les premiers avaient endormi cette malade.

Je reviendrai dans un autre article sur ce point de l'ordre de succession de la léthargie, de la catalepsie, du somnambulisme : — ordre qui varie d'un hôpital à l'autre, d'un service à l'autre, mais qui reste toujours le même dans le même milieu ; d'après ce principe que le malade hypnotisé se conforme à ce qu'il croit la règle. Si l'on opère sur quelqu'un qui n'a jamais été endormi, qui n'a jamais vu endormir, qui n'a pas reçu par d'autres malades des renseignements sur la manière dont on procède en pareil cas, on a la plus grande latitude pour tracer son cadre : l'hypnotisé se conformera à toutes les indications qu'on aura eu soin de lui donner à cet effet sans en avoir l'air. Mais autrement, pour bien réussir, il ne faut pas aller à l'encontre de ce qui est devenu sa norme. Cependant on pourra toujours, en variant un peu le procédé, l'amener très vite à l'état qu'on voudra produire en définitive.

Quand la malade dont il s'agit fut dans l'état de somnambulisme, lui parlant d'un ton d'autorité et de conviction, je lui ordonnai de ne plus souffrir de la tête, de se sentir, au contraire, sur-le-champ, dans un état de bien-être parfait. Puis je lui demandai comment elle se trouvait : « Très bien, me répondit-elle, je ne souffre plus, je me sens très reposée. » — « Eh bien, vous allez rester ainsi pendant vingt-quatre heures, » lui ordonnai-je, et je la réveillai en lui soufflant dessus.

La voisine avait assisté à cette scène. Quant elle vit que le mal de tête était en effet dissipé, que l'expression de la figure était changé du tout au tout, — car, au lieu d'exprimer une douleur assez vive, elle était devenue calme, heureuse, presque extatique, — elle fut vivement impressionnée. Elle qui s'était montrée jusqu'alors fort rebelle aux tentatives d'hypnotisme faites par d'autres, elle me demanda si vraiment je pourrais ainsi la guérir, et, sur mon affirmation formelle, elle me pria de l'endormir. Comme elle était bien préparée, ce fut l'affaire d'un instant, sans que j'eusse besoin de procéder autrement qu'en la regardant les yeux dans les yeux. Je lui fis parcourir les mêmes périodes qu'à l'autre, par une douce pression sur le sommet de la tête, puis, quand elle fut en état de somnambulisme, je pris entre mes mains le bras contracturé et je lui dis d'une voix haute : « Tenez, faites attention, voilà que vos muscles vont se détendre ; ils se détendent ; actuellement vous pouvez plier votre bras ; pliez-le ! » Elle le plia. « Maintenant vous sentez les mouvements bien libres, n'est-ce pas ? » — « Oui. » — « Voyons, faites aller vos doigts ; fermez la main ; rouvrez-la ; tournez-la en haut ; portez-la à votre bouche, derrière votre tête ; — bien, vous êtes guérie. Mais faites attention ; écoutez-moi bien : Je vous ordonne de rester guérie quand vous allez être réveillée. » Puis je la réveillai comme l'autre, en soufflant dessus.

Je ne m'étais pas occupé de l'épaule cette fois-là. Aussi, bien que la malade, à son grand étonnement, pût se servir très bien du bras jusque-là contracturé, l'épaule restait déformée, comme auparavant.

Je n'étais pas fâché de laisser l'impression produite par ces deux cures merveilleuses s'accroître encore chez cette dernière par la répercussion des impressions d'autrui.

En effet, quand je revins quelques heures plus tard, une foule de malades de la salle me suppliaient de les guérir. Je ne voulus pas m'occuper d'elles ; mais j'en revins à celle qui était atteinte de contracture des muscles de l'épaule.

Je la remis de nouveau en état de somnambulisme : et, cette fois, je procédai en touchant successivement chacun des muscles que je sentais contracturés, et qui se détendaient sous mes doigts quand je l'ordonnais ; en quelques secondes, l'omoplate fut remise en place, la malade put, sur mon ordre, exécuter, pendant le sommeil, les mouvements de circumduction les plus étendus, aller toucher avec la main l'autre épaule, soit en avant, soit en arrière, etc., sans que la contracture se reproduisît dans aucun muscle. Je lui ordonnai de rester guérie au réveil ; et elle l'était en effet. Mais une contracture qui a duré neuf mois chez une femme nerveuse a d'abord tendance à se reproduire pour la moindre cause ou même sans cause. Je dus prévoir cette reproduction et indiquer un moyen quelconque pour y remédier. Dans ce but, je n'endormis pas la malade ; mais m'adressant à la surveillante, je lui dis, devant elle, que, si l'épaule se déplaçait de nouveau, il lui suffirait d'appliquer sa main dans cette région, sur la peau nue, pour faire cesser aussitôt la contracture musculaire : que c'était là un moyen certain. En effet, toutes les fois que, dans les jours suivants, la contracture se reproduisit, il suffit toujours de cette application de la main pour y porter immédiatement remède. On n'eut donc plus jamais besoin de recourir à l'hypnotisme, ce que je tenais à éviter.

Cette jeune femme, au bout de quelques jours, a paru assez bien guérie pour qu'on l'employât comme infirmière, et elle a pu faire les plus gros ouvrages durant quelques semaines sans avoir besoin de recourir à l'obligeance de la surveillante, car son épaule ne se déplaçait plus.

Ces résultats avaient fait du bruit dans l'hôpital. Aussi une infirmière d'un autre service me fit-elle prier par la surveillante de vouloir bien l'examiner et lui dire si elle pouvait avoir quelque espoir de guérison.

Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, entrée d'abord à l'hôpital comme malade, cinq ans plus tôt.

Après avoir eu la jambe droite redressée de force pendant le sommeil anesthésique, pour une contracture, elle était restée durant quelque temps dans un appareil inamovible. Puis une fois sortie de l'appareil, la jambe avait été trouvée dans une extension forcée, permanente. L'articulation du genou était douloureuse : quand on essayait de la mouvoir, les efforts, infructueux d'ailleurs, arrachaient des cris à la malade. La rotule paraissait fixée aux os sous-jacents ; l'an-

kylose semblait complète; mais les douleurs étaient si vives, il y a deux ans, que, songeant à une tumeur blanche, on proposa à plusieurs reprises, à la malade, de lui réséquer le genou. Cependant ces douleurs s'étaient un peu calmées, la marche était devenue possible; mais il suffisait du moindre obstacle, d'un grain de sable faisant porter le pied à faux, pour causer une souffrance si vive dans le genou que cette femme ne pouvait retenir un cri. L'immobilisation de l'articulation était absolue et cette jambe était aussi raide qu'une jambe de bois.

Au fond, c'était encore un cas très analogue au précédent; mais avec des douleurs en plus.

Persuadé, comme je le suis, par une longue expérience, que l'hypnotisme n'est pas autre chose qu'une des formes de la mise en scène, et que, par lui-même, il n'ajoute rien, absolument rien, à l'action morale, j'étais résolu, cette fois, à obtenir les mêmes résultats sans avoir recours à l'hypnotisme.

Le hasard m'avait bien servi. Il se trouvait que ce matin-là même, j'avais, dans une Revue clinique, raconté les beaux résultats obtenus, par le massage seul, chez des apoplectiques atteints de paralysies, et même de contractures, par un interne de M. le professeur Ball, M. Courtade.

J'avais dans ma poche le numéro de la *Gazette des hôpitaux,* quand cette malade vint me trouver.

Aussi, après avoir examiné la jambe, voyant qu'il s'agissait d'une fausse ankylose, due à la contracture permanente de toute une série de faisceaux musculaires, je dis à la surveillante qui nous accompagnait, mais dans le but d'être entendu par la malade : « Ah! voilà un cas qui rentre absolument dans ceux de M. Courtade; on peut faire cesser les contractures par le massage convenablement pratiqué et rendre la mobilité à l'articulation presque en une seule séance, comme M. Courtade y est arrivé. » Et tirant le journal de ma poche, je fis lire, tant à la surveillante qu'à la malade elle-même, qu'un hémiplégique (par apoplexie) ayant le bras paralysé avec contracture de certains muscles, avait pu s'en servir librement à la suite d'une seule séance de massage. La date était celle du jour : c'était imprimé.

La mise en scène était préparée, la malade était en état de recevoir l'action morale. Je posai ma main sur son genou, le pressant à peine, et je commençai à décrire les phénomènes que je voulais produire : « Tenez, dis-je à la surveillante, voilà que déjà les muscles se détendent et se ramollissent; le genou peut un peu se plier; et, vous le savez, par cette méthode on ne cause aucune espèce de douleur. » Puis, m'adressant à la malade : « Vous ne souffrez pas, n'est-ce pas? » — « Non, monsieur... et pourtant cela me faisait si mal, quand on essayait de me plier le genou, que cela m'arrachait des cris et des larmes. » — « Eh bien! vous ne souffrirez plus; et cependant, voyez comme le genou se plie; tenez, il se plie de plus en plus; tenez, voilà la jambe qui fait un angle de 45 degrés avec la cuisse; redressez-la; repliez-la; vous voyez que vous pouvez maintenant la mouvoir sans difficulté, sans douleur, en lui faisant décrire un arc de cercle de 45 degrés. Nous nous en tiendrons là aujourd'hui. » Cette séance n'avait pas duré plus de deux minutes; et le résultat, sans hypnotisme, était encore plus remarquable que chez la malade précédente, où l'hypnotisme avait fait partie de la mise en scène. En effet, l'élément douleur, qui jusqu'alors tenait chez cette femme une place prépondérante, puisqu'il avait failli motiver une résection, s'était complètement dissipé, pour ne plus dès lors reparaître, à la suite d'une application de la main, d'un massage très superficiel, ou pour mieux dire d'un attouchement du genou.

La longueur de cette Revue nous force à en remettre la suite à la semaine prochaine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Maladie de Parkinson.

La malade dont je vais aujourd'hui vous parler est une femme de quarante ans, qui vivait à la campagne avec son mari, cultivateur, lorsque, tout à coup, elle perdit successivement ses animaux, ledit mari et son domestique. Ces morts successives furent attribuées à la malveillance, à quelque empoisonnement. Elle-même, quelques jours plus tard, se trouvant chez un de ses voisins, acceptant deux verres de cidre, fut prise intantanément d'un tremblement assez violent et d'une agitation dans les membres tels que l'on crut à un empoisonnement, et que malgré la proximité de sa demeure, elle dut être reconduite chez elle en voiture.

Cette agitation et ces tremblements ne disparaissant pas, mais persistant, au contraire, au même degré, cette femme vint à Paris et entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain. Elle y fut traitée par des pointes de feu, des bains sulfureux, et la liqueur de Fowler. Après un séjour d'une huitaine de jours, elle rentra chez elle, y resta quelque temps, puis revint à Paris, entra à la Charité dans le service de M. Desnos, y séjourna plusieurs mois, quitta de nouveau l'hôpital, pour y rentrer très peu de jours après, et cette fois dans mon service.

La première question à nous poser est de savoir si cette femme a été ou non empoisonnée; si elle a été sous l'influence de la strychnine ou seulement d'une émotion violente. Malheureusement nous n'avons eu aucun renseignement capable de nous éclairer; tout ce que nous avons su c'est que l'individu, chez lequel cette femme avait été prise subitement du phénomène de tremblement et d'agitation, avait été arrêté et condamné à la prison.

Quoi qu'il en soit, la clinique nous a appris que la cause la plus habituelle de la paralysie agitante, maladie dont cette femme est atteinte, est une violente émotion.

Cette maladie est assez rare; elle a été confondue assez longtemps avec d'autres affections caractérisées aussi par un tremblement plus ou moins prononcé, et c'est à Parkinson que nous devons de l'avoir le premier distinguée, différenciée, vers 1817. Mais longtemps en France elle resta ignorée, et c'est Trousseau d'abord qui l'a surtout signalée chez nous, puis, plus tard, MM. Talmouche, Vulpian et Charcot ont appelé l'attention sur elle; enfin je citerai aussi une très bonne thèse écrite en 1868 sous l'inspiration de ce dernier.

Aujourd'hui la maladie est très bien connue. Elle se présente sous deux formes : la forme avec tremblement et la forme sans tremblement. Cette absence de tremblement chez certains malades, et de paralysie chez d'autres, montre que la dénomination de paralysie agitante est quelque peu défectueuse; aussi M. Charcot a-t-il eu raison de proposer le nom de *maladie de Parkinson.*

Vous parlant donc d'abord de la forme avec tremblement, nous vous dirons que le début en est ordinairement carac-

térisé par des douleurs assez vives dans les membres, dans le tronc, douleurs lancinantes, ayant tendance à irradier, et ne disparaissant qu'après avoir persisté le plus souvent pendant un assez long temps. La maladie débute aussi par le tremblement, mais par un tremblement limité ordinairement au membre supérieur droit tout d'abord, puis au membre supérieur gauche, pour s'étendre ensuite successivement aux deux membres inférieurs. Ce tremblement est spécial aussi, il n'est jamais extrêmement fort, *jamais désordonné*, mais *rythmique*, toujours le même. Quand il a acquis une certaine intensité, tout le corps tremble, y compris la tête. Le tremblement de celle-ci, cependant, n'est que *communiqué;* il est dû à une sorte d'impulsion des membres supérieurs, si bien que si l'on maintient convenablement ceux-ci, la tête cesse d'être agitée. C'est là un des caractères qui le distinguent principalement du tremblement sénile.

De plus, dans la maladie de Parkinson, les malades ont une attitude particulière, caractéristique : ils sont courbés, la tête en avant, le dos voûté, les bras demi-fléchis, les coudes rapprochés du corps, les mains en presse-papier, c'est-à-dire les doigts étendus sur le métacarpe, la face palmaire du pouce en contact avec celle de l'index. En même temps, il y a un tremblement spécial des doigts simulant le mouvement de filer de la laine ou de faire des boulettes de mie de pain. J'ajoute que la physionomie des malades revêt un masque d'immobilité, d'inertie absolue, quelle que soit l'émotion qu'ils puissent éprouver.

Enfin, la marche est difficile, lente, dès les premiers pas, pour s'accuser ensuite comme si le malade était poussé en avant par une force irrésistible, courant après son centre de gravité, selon l'expression de Trousseau, jusqu'au point d'aller se heurter contre tout obstacle qui se trouve devant eux. Ils marchent, comme les plantigrades, sur la plante des pieds, et non pas en appuyant sur le talon. Cette propulsion irrésistible peut également se faire en arrière. Les malades se dirigent encore assez bien tant qu'ils ne rencontrent pas d'obstacle devant eux.

Quant au tremblement, il est perpétuel, et n'est interrompu que par le sommeil, la chloroformisation ou par l'hypnotisme. Les malades ont un besoin impérieux de se remuer, changer de place, courir, par ce fait que la marche paraît les soulager. Ils éprouvent également un certain plaisir, un véritable soulagement, à se faire voiturer. Je pourrais vous citer un de mes clients qui passait ainsi, chaque jour, trois ou quatre heures en omnibus, faisant plusieurs fois le trajet de la Madeleine à la Bastille et *vice versâ*.

Un autre phénomène constant est le sentiment de chaleur considérable que les malades éprouvent, avec transpiration plus ou moins abondante, même en hiver, à tel point qu'au lit certains d'entre eux ne peuvent supporter aucune couverture même, dans la froide saison.

Malgré tous ces symptômes, les individus atteints de la maladie de Parkinson conservent entières leurs forces musculaires et peuvent très bien porter de lourds fardeaux, bien plus cette action même fait cesser le tremblement. Il en est de même de tout effort musculaire intentionnel; c'est ainsi qu'il suffit qu'un malade prenne un verre et le porte à sa bouche dans l'intention de boire pour que le tremblement s'arrête aussitôt.

Avec tous ces phénomènes, l'intelligence reste intacte et permet aux individus de diriger leurs affaires comme par le passé; généralement aussi l'écriture reste ce qu'elle était ou est si peu tremblée qu'il faut l'étudier à la loupe pour y découvrir quelques oscillations. La mémoire est également indemne.

Ajoutons que du côté des fonctions en général, on ne rencontre habituellement qu'une constipation opiniâtre.

Tel est le tableau de la maladie de Parkinson, parvenue à son développement complet. Mais à côté, il existe une forme fruste, c'est-à-dire *sans tremblement*, lequel est remplacé par une raideur des mouvements. Dans cette forme, tous les autres phénomènes décrits plus haut existent : même attitude du corps, même main en presse-papier, même propulsion en avant, même besoin de remuer, même chaleur, même transpiration, etc.

De plus, le cou est d'une raideur telle qu'il ne peut se redresser, et la figure est plus inerte encore que dans la forme précédente, la bouche reste ouverte laissant la salive s'écouler au dehors continuellement.

C'est à MM. Vulpian et Charcot que nous devons la description de cette forme fruste que Parkinson ne connaissait pas.

Le diagnostic de la maladie de Parkinson est facile; cette affection ne saurait être confondue : 1° avec la sclérose en plaques, où le tremblement apparaît surtout dans les mouvements intentionnels ; 2° avec le tremblement sénile où la tête est surtout agitée pendant les mouvements intentionnels et les efforts soutenus ; 3° avec le tremblement alcoolique où il n'existe aucune propulsion irrésistible dans la marche, où l'aspect de la physionomie ne présente ni immobilité ni inertie des traits, mais dans lequel le tremblement est surtout prononcé aux mains, dans lequel aussi on constate des troubles cérébraux; ni enfin 4° avec la chorée, affection dans laquelle les mouvements, loin d'être rythmiques, sont incohérents, bizarres, etc., etc.

Quant au pronostic, nous dirons que jusqu'à présent on n'a jamais observé aucun cas de guérison, que la maladie peut persister pendant maintes années sans aggravation, sans aucun danger pour l'existence. Cependant il est des cas où, à un moment donné, les phénomènes revêtent une telle intensité qu'ils forcent les malades à garder le lit, ou quelquefois aussi des accidents du côté de la moelle épinière se déclarent qui viennent alors aggraver le pronostic et emporter les malades. Mais le plus souvent ceux-ci succombent à une maladie intercurrente et surtout à une pneumonie comme d'ailleurs — fait bizarre resté jusqu'alors inexpliqué — la plupart des individus atteints d'affections du système nerveux.

Il existe encore une grande obscurité sur l'étiologie de la maladie de Parkinson. Ce que l'on sait, c'est qu'elle survient habituellement entre quarante et soixante ans, et que si elle atteint plus les hommes que les femmes, la différence, en somme, est peu sensible. Les causes pathologiques sont aussi bien peu connues, cependant dans la plupart des cas on a trouvé, comme cause déterminante, une émotion violente, sans que le fait puisse s'expliquer, vu l'absence de troubles psychiques et la conservation des facultés intellectuelles dans cette affection.

Jusqu'à présent aussi l'anatomie pathologique n'a donné que des résultats négatifs.

Enfin j'arrive au traitement, lequel est à peu près nul, aucun des moyens employés jusqu'ici (hydrothérapie, électricité, bains de toutes espèces, bromures, narcotiques, etc.), n'ayant été couronné de succès ; le massage seul jusqu'à

présent a peut-être donné quelques résultats, c'est-à-dire une légère amélioration, un peu de sédation du tremblement, mais c'est tout.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXXI

1858.

Du 16 juin au 22 juillet 1858, j'exécutai mon septième voyage à Paris pour présenter à l'Académie des sciences mon travail sur l'anatomie et l'histoire naturelle des Galéodes. Mon fils Gustave, aide-major au 1er régiment de cuirassiers de la garde impériale, m'y attendait. Nous logeâmes ensemble, 6, rue de Verneuil, et il se constitua mon attentif cicerone, avec la collaboration de Laboulbène, devenu, par concours, médecin des hôpitaux. Quelle transformation de mon Paris du commencement du siècle! La place du Carrousel, commencée sous Napoléon Ier, a été achevée sous Napoléon III, avec les quatre magnifiques pavillons qui complètent aussi le Louvre, avec un square dissimulant le défaut de parallélisme des deux grands palais. Le Palais-Royal n'a pas changé, mais la démolition de l'ancienne fontaine et de divers édifices a réalisé une somptueuse place entre la rue de Rivoli et la façade du Palais-Royal. Nous parcourons en voiture le boulevard de Sébastopol, qui doit se prolonger sur la rive gauche vers le vieux quartier latin, en incubation de métamorphose. En suivant la rue de Rivoli prolongée, j'admire la belle tour Saint-Jacques avec son square; c'est comme une révélation d'un des monuments de la vieille capitale; les embellissements du bois de Boulogne m'intéressèrent particulièrement; ces taillis qui jadis étaient l'habitat de tant de richesses botaniques, sont devenus un élégant jardin anglais, traversé par des chemins bien tenus, avec de vertes pelouses vallonnées, des rivières, des lacs, de bruyantes cascades, des rochers gigantesques transportés à grands frais de Fontainebleau; près des cascades, des aloès, des cactus et autres plantes méridionales prospèrent sous l'influence bienfaisante de l'atmosphère humide; des cygnes, des canards, des sarcelles, font l'ornement des pièces d'eau. On projette l'annexion au bois de Boulogne d'un jardin d'acclimatation où des animaux susceptibles de vivre et de se reproduire sous le climat parisien seront installés, aménagés dans des enclos particuliers, sous la haute direction du professeur Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

Le lendemain de cette journée si bien remplie, le lundi 21, j'assistai à la séance de l'Institut, pour demander un tour de lecture; j'y revis avec plaisir mes collègues Flourens, Dumas, Brongniart, Milne-Edwards, Geoffroy-Saint-Hilaire, Valenciennes, Chevreul, Moquin-Tandon, Montagne, le docteur Rayer, etc.

Le 23, mercredi, j'assiste à la séance de la Société centrale d'agriculture, présidée par le célèbre chimiste Chevreul; un savant vétérinaire, M. Renault, de l'Académie de médecine, lut un intéressant mémoire sur les chevaux normands; mon collègue de la Société entomologique, Guérin-Méneville, fit une communication sur la *gattine*, maladie des vers à soie (rachitisme), Milne-Edwards parla sur une chenille dévastatrice des prairies; je vis aussi deux chimistes éminents, MM. Payen et Robinet.

Le soir de ce même jour, je me rendis à la réunion hebdomadaire de la Société entomologique, à l'Hôtel de Ville; on devait nommer un nouveau président honoraire; la candidature me fut offerte; je la déclinai; mon vieil ami Duméril fut élu.

A la Société botanique de France, qui tient ses séances le vendredi, je reçus du secrétaire, M. de Schœnefeld, une carte pour le congrès de botanique qui doit siéger prochainement à Strasbourg.

A la Société de biologie, qui se réunit le samedi, au paradis de l'École pratique, je fis la connaissance du président fondateur, M. Rayer, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, médecin de l'empereur : soixante-quatre ans, taille élevée, embonpoint prononcé, belle prestance, cheveux flottants sur le cou, grande affabilité, beaucoup d'érudition, riche clientèle; les vice-présidents de cette Société, fondée en 1848, sont MM. Claude Bernard, médecin physiologiste, successeur de Magendie au Collège de France, et Ch. Robin, jeune histologiste des plus laborieux. Un des plus jeunes membres, M. Broca, interne distingué des hôpitaux, lut un mémoire fort bien écrit sur les races et les hybrides des animaux domestiques. Laboulbène lut, en mon nom, un résumé de mon *Anatomie des galéodes*.

AUX FÊTES DE ROUEN.

Mon ami le baron E. Le Roy, préfet de la Seine-Inférieure, nous avait invités à venir voir les fêtes que la ville de Rouen devait célébrer pour l'anniversaire bicentenaire de l'entrée de Louis XIV dans cette cité, fêtes dédiées aussi à la mémoire de Pierre Corneille; nous séjournâmes vingt-quatre heures dans la capitale de la Normandie; on évaluait à 45 000 le nombre des étrangers accourus pour jouir de cette solennité dont la charité était le but définitif.

Avant de nous rendre au champ de Mars, où le brillant cortège doit s'organiser, nous visitons quelques édifices religieux du gothique le plus pur, la magnifique cathédrale dont la flèche, détruite par la foudre, a été reconstruite en fer; la belle église Saint-Ouen, attenante à l'Hôtel de Ville, commencée en 1318, que domine une tour richement crénelée, l'ancien palais de Justice, l'abbaye de Saint-Onufre, la place de la Pucelle, etc. Les rues de Rouen sont en général étroites et tortueuses; en passant près d'une halle aux légumes, j'entendis une marchande qui, à la vue de ma chevelure blanche et touffue, s'écria : « Tiens, voilà sans doute Louis XIV. »

Au champ de Mars, l'affluence était énorme, le temps était très favorable, l'ordre ne fut pas un instant troublé. Le cortège, parti de l'Hôtel de Ville, défila dans la vaste enceinte; la jeunesse dorée de Rouen s'était procuré à grands frais les costumes du grand siècle; les panaches, les manteaux de cour et de cérémonie étaient très nombreux; le régiment de chasseurs à cheval en garnison à Rouen avait prêté ses cavaliers; un chef d'escadron surveillait et commandait les manœuvres pour le maintien de l'ordre.

Les hallebardiers avec leur arme d'estoc et de taille, les mousquetaires, vêtus de rouge écarlate, les pages du roi, les pages de la reine-mère, en riches costumes, précédaient les carrosses de la Cour. Au centre de l'esplanade s'élevait un dôme élégant qui surmontait le trône royal. Le roi était un bel adolescent de seize ans, fils d'un artiste de la cité, grand, élancé, de bonne tournure, saluant avec beaucoup de grâce et d'aisance; il monta de pied ferme sur l'estrade. Les échevins ou officiers municipaux présentèrent à S. M. les clefs de sa bonne ville sur un coussin de velours cramoisi; le représentant de Corneille prononça un discours qui n'arriva pas jusqu'à nos oreilles. Le cardinal Mazarin figurait comme premier ministre dans le royal cortège. Après ce cérémonial préliminaire, le monarque monta dignement sur un beau cheval caparaçonné et ouvrit la marche au bruit d'éclatantes fanfares, entouré par ses pages et par la plus haute noblesse : venaient ensuite et son carrosse resplendissant et celui de la reine-mère, entouré de damoiseaux caracolant à l'envie. Le char de la charité, beaucoup plus modeste, fermait la file des voitures; plusieurs musiques jouaient des airs anciens et des marches nouvelles. Le brillant cortège fit deux fois le tour du champ de Mars dans l'ordre le plus parfait, sous les yeux de milliers de spectateurs dont la curiosité très excitée demeura silencieuse; il défila sur les quais et fit station dans les divers quartiers. Pendant la royale procession, des quêteurs actifs et habiles, armés de longues perches terminées par un réceptacle, atteignaient jusqu'au second étage des maisons; le soir, on apprit que cette quête au profit des pauvres de la cité produisit, tous frais payés, une somme de 50 000 francs.

Notre bonne journée se termina au théâtre, où des acteurs de la Comédie-Française jouèrent *Polyeucte*. Après la tragédie de Cor-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 753.

neille, les musiques du cortège montèrent sur la scène et exécutèrent, avec des instruments du temps jadis : hautbois, flageolet, musette, tambourin, cor de chasse, les airs gais, les rondes de l'ancien régime.

Mes amis voulurent nous retenir le lendemain pour le carrousel militaire, mais j'avais un rendez-vous scientifique à l'Institut pour ma lecture académique ; nous dûmes, dès le matin, prendre congé de nos aimables hôtes et j'arrivai très exactement à la séance pour lire un extrait de mon *Anatomie des galéodes*, qui fut favorablement accueilli.

Nous terminâmes la journée au cirque des Champs-Élysées : je revis avec le même plaisir et le même étonnement qu'autrefois ces écuyers et ces chevaux dont les organes locomoteurs sont éduqués avec tant d'intelligence et de patience, ces chevaux si habilement dressés à la danse, exécutant, sans blesser la cadence, des quadrilles, des valses, des pas redoublés ; ces hommes, ces femmes, ces enfants, faisant corps avec leurs coursiers au galop, franchissant une haute barrière ou traversant des cerceaux pleins ou vides et retombant en équilibre sur les chevaux ; cette fillette de six ans, émule précoce de la célèbre Mme Saqui, grimpant sur une corde comme un écureuil, s'élevant par la force de ses tendres bras et de ses petites jambes jusqu'en haut du dôme ; la vue se fatigue, l'imagination s'effraie de tant de puissance développée dans ces muscles à peine formés et du maintien de l'exercice physiologique des fonctions au milieu de brusques mouvements qui devraient compromettre toute la machine humaine.

M. Landouzy, agrégé, suppléant pendant les vacances M. le professeur Hardy, à la Charité, commencera le mardi 24 août, à dix heures, des leçons cliniques qu'il continuera les samedis et mardis suivants. Visite tous les jours à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19954

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

Présentations de l'extrémité pelvienne.

En vous parlant aujourd'hui des présentations de l'extrémité pelvienne, je pose tout de suite le principe suivant : Quand vous aurez reconnu chez une femme primipare que vous avez affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne, vous n'aurez qu'une chose à faire : suivre le conseil de Paul Dubois, c'est-à-dire que, dès que le travail touche à sa fin, on placera la femme en travers du lit, avec cette précaution que les jambes seront soutenues par deux aides ou les pieds appuyés sur deux chaises, les cuisses recouvertes de façon à ne laisser à nu que les parties génitales. Ces précautions seront prises afin que si, comme cela arrive fréquemment en pareil cas, l'enfant, dès sa venue, avait besoin de secours, ceux-ci puissent être immédiats. Dans cette position de la femme, lesdits secours peuvent être donnés instantanément pour ainsi dire, tandis que si la femme est dans son lit, ce sera forcément beaucoup plus long. Or il se peut, je le répète, que vous n'ayiez pas un instant à perdre.

Je vous citerai, à ce propos, l'histoire suivante qui m'est personnelle et qui m'est restée aussi présente à l'esprit que si elle s'était passée hier, et cependant elle date d'une vingtaine d'années.

Certain jour, un jeune interne de l'Hôtel-Dieu arrivait en hâte chez moi me prier de l'assister au plus tôt dans un accouchement qui le rendait très malheureux. Il n'était pas douteux, la jeune mère l'intéressait tout particulièrement; il s'agissait, disait-il, d'une présentation de l'extrémité pelvienne, et, n'en pouvant mais, il me priait de lui venir en aide. J'y courus aussitôt, — c'était dans un hôtel d'une rue qui n'existe plus aujourd'hui, la rue du Paon, — je trouvai une jeune femme en train d'accoucher, j'avais affaire à une présentation du siège, lequel commençait déjà à sortir de la vulve au moment où j'entrais dans la chambre de la jeune femme. Je fais mettre la femme au bord du lit, tout va bien, tout passe bien, quand, au moment de voir sortir les bras, les contractions utérines cessent, le travail s'arrête et l'enfant reste là quatre ou cinq longues minutes! Je fus témoin alors d'un de ces phénomènes que peu ont vu : j'avais sur les mains un enfant avec un cordon qui battait bien et un bras qui paraissait relevé, lorsque tout à coup, en moins d'une minute, je vis son petit corps, rose jusque-là, devenir pâle, livide. Je dus me hâter le plus possible de dégager le bras relevé, l'autre vint tout seul; je mis deux doigts dans la bouche de l'enfant et dégageai le reste du fœtus. L'opération se termina en moins de deux minutes, néanmoins l'enfant était asphyxié. Ce ne fut que grâce à des soins prolongés pendant vingt minutes que je pus le ramener à la vie. Eh bien! si nous avions tardé seulement de trois ou quatre minutes d'achever l'extraction de l'enfant, il était mort; cela ne fait aucun doute pour moi.

J'en reviens donc au point de départ de cette leçon : suivre le conseil de Paul Dubois pour les présentations de l'extrémité pelvienne chez les femmes primipares, c'est-à-dire placer la femme au bord du lit et en travers, en position obstétricale, et se préparer à donner tous les soins qui pourraient être nécessaires à l'enfant; car, dans ces présentations, on est fréquemment menacé de perdre le nouveau-né.

C'est pourquoi, dans ces présentations aussi, devez-vous toujours être d'une très grande circonspection quant au pronostic relatif à l'enfant chez une femme primipare, en raison des dangers qu'elles présentent; vous devez, en pareil cas, non pas en parler à la femme elle-même, bien entendu, mais prévenir sa famille de la gravité possible de la situation.

Le dégagement, dans ces présentations, est le même que dans celle du sommet; mais il peut offrir deux difficultés, dont une surtout vous embarrassera. La première, c'est le défaut de rotation de la tête. Le tronc est sorti, la tête est restée dans les parties, l'occiput en travers, et ne tourne pas. Il faut la faire tourner, mais comment? Il y a deux procédés : l'un, qui ne réussit presque jamais, il consiste à mettre le doigt indicateur aux deux extrémités du diamètre du temporal et à faire tourner la tête face en bas. Or les têtes qui tournent ainsi avec un doigt sont celles qui tournent toutes seules. Ce procédé n'a donc aucune valeur. Quant au second, on a une telle vigueur et une telle puissance qu'il faut même savoir s'en défier : avec la face palmaire de la main, on embrasse l'occiput, on passe un ou deux doigts sous la joue puis dans la bouche, en laissant le pouce sur l'occiput, et le mouvement que l'on imprime ainsi à la tête la fait tourner quand même; aucun fœtus n'y résiste. Puis, dès que la tête a tourné, ne dérangez pas vos doigts, mais placez en deux sur la nuque, renversez le dos du fœtus sur le ventre de la mère, et l'opération se terminera parfaitement.

Il est aussi des cas où il arrive que le tronc, les épaules et le cou sont sortis, mais que la tête n'a pas tourné dans le sens voulu, de sorte que c'est le ventre du fœtus qui vous regarde au lieu du dos; que faut-il faire alors? C'est là un dégagement assez bizarre, c'est-à-dire par les diamètres sous-occipitaux, à l'inverse du sommet. La tige occipito-mentonnière se présente par un bout ou par l'autre; or, quel que soit le bout par lequel elle se présente, rappelez-vous que c'est *toujours* par le bout inférieur que le dégagement doit se faire; c'est-à-dire que si c'est le menton qui se présente le premier, c'est lui qui sortira tout d'abord; si c'est l'occiput, l'occiput sortira le premier.

Pour en revenir donc à notre présentation avec rotation dans le sens opposé, c'est le menton qui sortira le premier, de sorte que le fœtus sera dos sur dos, tandis que, dans la bonne rotation, le fœtus sera dos sur ventre.

Une complication plus grande encore est celle dans laquelle la tête est défléchie. Néanmoins retenez toujours le même principe; il sera votre guide le plus sûr : « L'extrémité de la tige occipito-mentonnière qui se présente la première doit sortir la première. » Or, comme dans le cas présent, c'est l'occiput qui se présente le premier, c'est lui aussi qui devra sortir le premier, d'où dégagement ventre sur ventre.

Quant à l'asphyxie fréquente du fœtus, vous ne devrez jamais désespérer ni perdre courage tant qu'une heure ou deux ne se seront pas écoulées, car l'enfant peut être encore ranimé par des soins persévérants. C'est ainsi que je rencontrai, ces jours derniers, un de mes confrères que je ranimai ainsi par ma persévérance, il y a quarante ans, — il était nouveau-né, — en l'insufflant pendant une demi-heure jusqu'à ce qu'il reprît vie. Je pourrais vous citer un assez grand nombre d'exemples analogues, d'enfants que j'ai sauvés de cette façon. Je me bornerai à ce dernier fait, celui d'une femme de trente-huit ans, primipare, grande, forte; chez elle, la dilatation ne se faisait pas; l'orifice était dur, coriace, comme du cuir. Je fus obligé de le fendre par deux incisions; j'attendis encore une heure, puis j'appliquai le forceps; l'enfant était asphyxié; il ne fut ramené à la vie qu'au bout d'une heure et demie de soins appliqués sans relâche, d'insufflations continues.

ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVe SESSION (1886).

Congrès de Nancy.

I

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Dès l'ouverture de la première séance, le bureau a été constitué de la manière suivante :

Président : M. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris;

Président d'honneur : M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy;

Vice-présidents : MM. les professeurs Gross, Bernheim, Hecht et Hergott (de Nancy); Duguet, médecin des hôpitaux de Paris; Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Ladame (de Genève), Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Pamard (d'Avignon) et Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;

Secrétaires : MM. Barbier (de Paris), Parisot (de Nancy), L.-H. Petit (de Paris) et Simon (de Nancy).

Observation d'aliénation mentale aiguë traitée et guérie par l'hypnotisme. — M. A. VOISIN (de Paris), aux congrès de Blois et de Grenoble, avait déjà démontré, dans deux communications, la possibilité de déterminer le sommeil hypnotique chez des aliénés. Il avait aussi démontré que les effets de l'hypnotisme et les suggestions qu'il permet d'employer ont une influence curative chez ces malades.

Cette nouvelle communication a pour but d'affirmer davantage les conclusions déjà présentées par l'exposition de deux faits tout récents, où le sommeil hypnotique a pu être obtenu, à la Salpêtrière, chez deux aliénées atteintes, l'une de manie, l'autre de lypémanie aiguës.

Chez la première malade agitée, le sommeil n'ayant pu, à un moment donné, être obtenu par les procédés habituellement employés (la fixation du regard ou du doigt de l'expérimentateur) les deux yeux ont été maintenus ouverts au moyen de deux écarteurs palpébraux, et la lumière de la lampe à magnésium, dirigée sur eux pendant dix minutes, a déterminé le sommeil. En deux jours, la malade, qui présentait au début une agitation des plus grandes, et se livrait constamment à des actes lubriques, était complètement calmée et sa tenue était excellente.

La seconde malade, lypémaniaque, refusait de manger depuis quinze jours; elle gâtait et se livrait constamment à des tentatives de suicide. A la première séance d'hypnotisme, elle fut endormie en dix minutes. A son réveil, elle commença à obéir aux suggestions faites pendant le sommeil, cessa de gâter et consentit à boire du lait. Actuellement, au bout d'un mois du traitement appliqué tous les deux jours, elle est guérie et travaille cinq heures par jour.

En résumé, ces deux nouvelles observations prouvent d'une façon très nette que le sommeil hypnotique peut être obtenu dans l'aliénation mentale aiguë, soit pendant l'excitation maniaque, soit au cours de la folie lypémaniaque la plus intense.

Traitement local de la dysménorrhée membraneuse. — M. PAUL LANDOWSKI (de Paris) dit qu'il est généralement admis que la dysménorrhée membraneuse n'atteint que les femmes sous l'influence d'une diathèse ou d'un état général débilité ou cachectique. C'est en effet habituellement le cas; il arrive cependant, plus souvent même qu'on le croit, que l'affection atteint des femmes ou des jeunes filles en plein état de santé et sans cause clairement appréciable. Alors la maladie reste localisée pendant quelque temps, et c'est seulement peu à peu qu'elle retentit sur l'ensemble de l'organisme, qui devient de plus en plus débilité.

Quand la dysménorrhée exfoliative n'est que le résultat d'un état diathésique ou cachectique, le traitement doit, bien entendu, s'adresser à la diathèse ou à cet état général; en tout cas, il faut lui associer un traitement local. Ce dernier devient d'autant plus important quand l'affection est primitive et encore localisée.

Depuis assez longtemps, l'auteur se trouve très bien de l'application de l'électrocautère à la surface endométrique.

Voici les préceptes qu'il donne pour cette application. Il est capital de ne procéder à cette petite opération qu'après avoir dilaté les orifices utérins d'une manière plus que suffisante. Si les orifices en question sont assez larges et facilement dilatables, une seule application d'une éponge préparée suffit. Si, au contraire, ces orifices sont rigides et difficilement dilatables, on doit faire deux applications d'éponge : la première la veille au soir, la deuxième le lendemain matin. C'est en ôtant l'éponge, quand la cavité est béante, que l'on introduit l'électrocautère, qu'on chauffe rapidement en le promenant légèrement sur la surface endométrique.

On hésite souvent avant d'avoir recours à un moyen qui paraît violent; mais il est incontestable que si l'on prend toutes les précautions nécessaires et si l'on possède la légèreté de touche voulue, il n'y a aucun danger à l'employer.

Le raclage intra-utérin est un moyen qui paraît aussi très vio-

lent, et cependant on le pratique aujourd'hui couramment, sans appréhension.

Après l'application de l'électrocautère, la malade doit rester au lit pendant une huitaine; on doit faire cette application cinq ou six jours après les époques.

L'auteur cite deux observations : dans la première, le succès est complet; dans la deuxième, la malade est délivrée des douleurs dysménorrhéiques, mais elle rend encore, aux époques menstruelles, des membranes de la grosseur de deux sous à peu près. Il serait intéressant de savoir si le processus exfoliatif ne se borne maintenant qu'à un endroit touché d'une manière insuffisante.

Nouveaux appareils médico-chirurgicaux. — M. RUAULT (de Paris) présente :

1° Un appareil dit aspirateur-injecteur, permettant de faire suivre immédiatement l'aspiration d'un liquide morbide d'une injection médicamenteuse ou antiseptique dans la cavité qui le contenait.

2° Une sonde gastrique, dite à douches stomacales, permettant le lavage de la cavité stomacale avec la plus petite quantité de liquide laveur possible.

Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique composé exactement selon le Codex et administré tel quel par cuillerées à café de dix en dix minutes, dans l'espace d'une heure. — M. A. NETTER (de Nancy) avait d'abord remarqué que, dans la première période de la bronchite ou période des bruits sibilants, l'oxymel scillitique, donné tel quel, sans excipient, provoquait en très peu de jours une abondante sécrétion sur la muqueuse trachéo-bronchique, et de là un passage rapide à la période catarrhale. Depuis une douzaine d'années, traitant de cette manière la coqueluche, il a obtenu les plus brillants succès, de sorte qu'aujourd'hui la médication se trouve adoptée à Nancy par plusieurs de ses confrères, notamment par MM. les professeurs et agrégés Hecht, Remy et Schmitt.

Au bout de deux à trois jours, quelquefois même en moins de temps, les accès changent de caractère en ce que la toux devient *grasse* et que les mucosités arrivent à la gorge et dans la bouche dès les premiers instants de la quinte. Dès lors, la rapidité de la guérison dépend de l'âge et de la force des enfants, selon qu'ayant plus ou moins de trois ans et étant plus ou moins forts, ils crachent ou avalent leurs mucosités.

Les doses sont les suivantes :

Chez l'enfant à la mamelle, 20, 40, 60 gouttes dans les vingt-quatre heures, dans l'intervalle des mises au sein.

Chez l'enfant d'environ deux ans, quatre à cinq cuillerées à café dans l'espace d'une heure.

A trois ans et au-dessus, 6 à 7 cuillerées à café.

Chez l'adulte, 8 à 9.

Enfin M. Netter recommande de ne pas donner le remède en dehors de l'heure choisie et recommencer quotidiennement jusqu'à cessation des quintes.

Contribution à l'étude de la myopathie progressive, type fascio-scapulo-huméral de Landouzy-Dejerine, forme juvénile de Erb avec participation de la face. — M. LADAME (de Genève). Depuis Duchenne (de Boulogne) qui décrivait en 1847 une nouvelle forme morbide : l'atrophie musculaire progressive, comme une maladie des muscles eux-mêmes, la pathogénie de cette affection a été diversement interprétée. Lorsqu'on découvrit la lésion des cellules motrices spéciales, on crut avoir trouvé la cause anatomo-pathologique de toutes les formes de l'atrophie musculaire progressive, et on enseigna pendant plusieurs années que cette maladie était toujours une *myélopathie*. Aujourd'hui on reconnaît, depuis les travaux cliniques du professeur Erb (d'Heidelberg), deux maladies absolument distinctes dans l'atrophie musculaire progressive, dont l'une *myélopathique* (type Aran-Duchesne et Charcot) a son siège dans les grandes cellules de la substance grise antérieure de la moelle épinière, et dont l'autre, *myopathique* n'affecte que les fibres musculaires, laissant complètement indemnes la cellule spéciale et la fibre nerveuse, son prolongement.

C'est ce qui a été définitivement mis en lumière par un remarquable mémoire de MM. Landouzy et Dejerine qui ont fait une étude monographique de cette forme de myopathie et ont démontré qu'elle s'accompagnait presque toujours d'une atrophie des muscles de la face et d'une rétraction de certains autres muscles, du biceps brachial par exemple. Ces auteurs confirmèrent les observations que Erb avait déjà faites concernant l'absence de contractions fibrillaires dans l'atrophie myopathique ainsi que l'absence de réaction de dégénérescence à l'examen électrique.

MM. Landouzy et Dejerine ont apporté les résultats d'une autopsie qui démontre l'intégrité des centres nerveux et des rameaux nerveux intra-musculaires dans un cas d'atrophie musculaire à forme infantile de Duchenne, c'est-à-dire avec atrophie des muscles de la face. Or, les cellules des noyaux du facial étaient absolument intactes, ce qui réfute l'opinion des médecins qui nient l'origine myélopathique de l'atrophie musculaire progressive, disant que les cellules motrices sont atteintes secondairement à la suite d'une atrophie primitive des muscles.

Dans le cas de MM. Landouzy et Dejerine, cette atrophie avait existé pendant vingt ans sans provoquer aucune lésion des fibres nerveuses. Mais ces auteurs vont sans doute trop loin en voulant faire de la myopathie une affection tout à fait à part sans aucun rapport avec la paralysie pseudo-hypertrophique (la forme juvénile de Erb) et l'atrophie héréditaire de Leyden. Erb a prouvé les connexions étroites de ces diverses formes et M. Charcot a apporté à cette opinion l'appui de sa grande expérience et de son autorité.

L'observation dont M. Ladame donne ensuite connaissance offre un nouvel exemple de cette étrange maladie et vient s'ajouter aux cas publiés par MM. Landouzy, Dejerine, etc. Elle paraît, dit-il, de nature à appuyer les considérations qui précèdent. Si l'auteur ne va pas jusqu'à faire du type fascio-scapulo-huméral de Landouzy et Dejerine une maladie tout à fait spéciale, il n'en offre pas moins une importance de premier ordre parmi les myopathies. C'est là peut-être, ajoute l'auteur, le type classique de la dystrophie musculaire progressive en regard duquel la forme juvénile d'Erb, la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie héréditaire de Leyden n'occuperont à l'avenir qu'un plan secondaire.

Traitement des maladies de matrice par les liquides, et suppression des cautérisations. Traitement des vomissements des femmes enceintes par l'application d'un anesthésique liquide. Guérison des pertes blanches par un traitement local. — M. GAIRAL père (de Carignan), considérant que les cautérisations du col de l'utérus causent parfois des accidents plus ou moins graves, propose de substituer à ces cautérisations des liquides appropriés à la nature de la maladie, en maintenant ces liquides en contact permanent avec la partie affectée comme topique interne.

Pour obtenir ce résultat, il présente un appareil qu'il appelle cuvette utérine et dont il démontre l'application et le fonctionnement au moyen d'un mannequin. Il ajoute que ce petit appareil peut servir pour calmer les vomissements incoercibles des femmes enceintes en soutenant la matrice devenue trop lourde et en calmant la susceptibilité par le contact permanent d'un anesthésique liquide, ces vomissements étant pour lui d'ordre réflexe dont le point de départ ne peut être que dans la matrice.

Abordant ensuite la question des pertes blanches, M. Gairal dit que, quoique les gynécologistes ne soient pas d'accord sur la nature de ces affections, les uns ne les considérant que comme symptomatiques, et d'autres comme maladie proprement dite, ils leur opposent, les uns et les autres, le même traitement, soit un traitement général, tandis que, pour M. Gairal, les pertes blanches restant toujours une maladie proprement dite, il les traite localement par une méthode spéciale basée sur la disposition de la muqueuse vaginale et l'emploi d'une poudre végétale spécialement charbonneuse introduite avec un petit insufflateur particulier.

De la désarticulation du genou. — M. HEYDENREICH (de Nancy) fait sur ce sujet une longue communication qui peut se résumer ainsi :

L'opinion des chirurgiens est loin d'être unanime sur la valeur de la désarticulation du genou. Comparée à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, la désarticulation donne une mortalité égale ou même moindre et un moignon plus long, plus maniable, qui peut souvent servir de base de sustentation au poids du corps.

Si parfois le moignon de la désarticulation du genou est douloureux, ulcéré, cela tient uniquement à ce qu'il y a eu, après l'opération, suppuration du cul-de-sac sous-tricipital. Or cette suppuration est sûrement évitée si l'on a soin de n'opérer que sur une articulation saine et avec le secours de la méthode antiseptique. Lorsque ces deux conditions sont réalisées, le moignon de la désarticulation du genou est bien supérieur à celui de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Des amygdalites infectieuses. — M. DUBOUSQUET-LABORDERIE (de Saint-Ouen) vient apporter une contribution nouvelle à l'étude d'une maladie réputée classiquement simple et locale, et tend à prouver par des faits cliniques qu'elle n'est souvent qu'une manifestation localisée d'une infection générale, dont il a pu suivre pas à pas l'évolution et la symptomatologie.

Ce nouveau chapitre de pathologie, déjà signalé par Hannemberg (de Berlin), Charles Bouchard et Landouzy (de Paris), reste encore une nouveauté clinique qui n'a pas reçu la consécration générale. L'auteur espère pouvoir établir, sur de nouveaux faits observés dans un centre ouvrier, les caractéristiques qui doivent faire ranger cette affection dans un chapitre nouveau de pathologie.

L'amygdalite infectieuse semble se développer dans un milieu préparé, fécondé à l'avance, et dans lequel toutes les sources de déchéance physique (misère, excès, surmenage, alcoolisme), trouvent une large place. Aussi, bien que le microbe spécifique reste encore à trouver, la nature infectieuse de cette affection ne saurait être douteuse, et sa nature contagieuse, déjà pressentie, ne tardera pas à être prouvée cliniquement.

La caractéristique de l'évolution clinique est la suivante : un sujet en général déchu par n'importe quelle cause débilitante, porteur de grosses amygdales, est pris brusquement au milieu d'une santé en apparence bonne, sans cause appréciable, de frissons, de fièvre vive avec courbature et quelquefois d'un lumbago des plus pénibles, anorexie, céphalalgie, sensibilité extrême de la gorge qui est rouge, gonflée, *sans aucun produit herpétique ou diphthéritique*. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux, et, symptôme capital, *l'urine contient de l'albumine et des bactéries avec dépouilles épithéliales.*

Cette affection à début tapageur, qui peut simuler l'invasion d'une maladie aiguë ou fièvre éruptive, semble se limiter en apparence dans un cycle étroit, mais elle n'est en réalité qu'une infection de tout l'organisme, et les malades ne se relèvent complètement qu'après la disparition de tous les accidents locaux et généraux et surtout de l'albuminurie.

L'idée principale qui doit présider au traitement dérive de cette notion nouvelle de pathogénie. La médication générale sera franchement antiparasitaire. C'est à la quinine et à la résorcine que le docteur Dubousquet a donné la préférence et il en a obtenu les meilleurs avantages. Un vomitif au début est des plus utiles. Dans le cours de la maladie, les toniques sont absolument indiqués, ainsi que le lait contre les déterminations rénales. Comme traitement préventif, on supprimera les amygdales hypertrophiées, porte d'entrée du mal, par l'ignipuncture qui donne d'excellents résultats.

De l'hypnotisme au point de vue médico-légal. — M. LIÉGEOIS (de Nancy) soumet aux membres du congrès quelques expériences d'hypnotisme dont il lui semble qu'il y a à tirer d'importantes conséquences, au point de vue médico-légal.

Il rappelle qu'il a lu, en 1884, à l'Académie des sciences morales et politiques, un mémoire sur la « suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel » (1). Les faits relatés dans ce travail ont soulevé autant d'étonnement que d'incrédulité.

On a reproché à l'auteur de n'être pas médecin, d'avoir mal observé, etc. Il n'a pas cru devoir répondre à ces critiques, persuadé qu'il était, que la vérité se ferait jour par la seule force des choses. Sans doute M. Liégeois n'est pas médecin — et il ne l'a jamais plus regretté, dit-il, qu'en ce moment ; — mais il lui a semblé que, comme légiste, il pouvait légitimement appeler l'attention du monde savant et du grand public sur les considérations qui se rattachent à la suggestion. Puis il invoque l'autorité de physiologistes éminents : M. Liébeault, qui depuis un quart de siècle a ouvert la voie où s'engagent aujourd'hui tant de travailleurs ; M. Bernheim, qui, le premier, a fait pénétrer dans les cliniques officielles la suggestion employée dans un but thérapeutique ; M. Beaunis, qui dans son livre récent sur le « somnambulisme provoqué » a attesté l'exactitude des expériences de M. Liégeois (2).

Ces expériences, d'ailleurs, ont été refaites un grand nombre de fois, à Paris, à Rochefort, à Lille, etc. ; toutes ont donné des résultats identiques à ceux qu'avaient obtenus antérieurement, et l'orateur lui-même et M. Bernheim, agissant sur des sujets différents et sans avoir jamais concerté leurs épreuves.

M. Liégeois expose comment le droit est intéressé, au plus haut degré, dans les questions qui touchent à l'hypnotisme, comment on peut, chez les somnambules, produire un état d'automatisme complet et leur suggérer des actes délictueux ou criminels qu'ils accompliront fatalement.

Deux sortes de suggestions, entre autres, peuvent être faites : 1° pendant le sommeil ; 2° à l'état de veille. M. Liégeois présente à la section deux sujets préalablement endormis, et il suggère à l'un d'eux l'idée d'aller, cinq minutes après son réveil, écrire sur un tableau noir, la phrase suivante :

« Heureux sera le jour où l'hypnotisme entrera régulièrement dans le domaine de la science. »

Réveillé, le sujet, *qui ne se souvenait de rien* (c'est là la caractéristique ordinaire du somnambulisme provoqué), va, au bout de cinq minutes écrire sur le tableau la phrase demandée. Peu de temps après, M. le docteur Henrot, maire de Reims, propose de faire écrire de nouveau la phrase déjà citée, en remplaçant partout la lettre *r* par la lettre *k*. Le sujet, endormi une seconde fois, puis réveillé, va écrire couramment, à la craie, la phrase ci-après :

« Heukeux seka le jouk où l'hypnotisme entkeka kéguliėkement dans le domaine de la science. »

La phrase a été écrite comme le désirait M. le docteur Henrot, qui se déclara satisfait. Revenu à sa place et en pleine possession de ses facultés, le sujet a perdu tout souvenir de l'acte qu'il vient d'accomplir à l'instant, et il ne peut comprendre que l'on ait écrit la phrase étrange qu'il a tracée lui-même.

Sur deux autres sujets, une jeune fille assez délicate et un jeune homme très robuste, M. Liégeois produit des phénomènes de catalepsie, de contracture, de mouvements automatiques, etc., de nature à intéresser l'auditoire.

Forcé d'abréger sa discussion, pour faire place à d'autres communications, M. Liégeois fait remarquer en terminant que les somnambules peuvent être, de la part de ceux qui les ont endormis, l'objet des attentats les plus graves, *sans en conserver le moindre souvenir au réveil*. Il rappelle à ce sujet les faits judiciaires déjà cités dans son *Mémoire* de 1884, et sur la nature desquels la présence de quelques dames dans l'auditoire l'empêche d'insister. D'autre part et surtout, il appelle l'attention de ses auditeurs sur les conséquences fort importantes que doit entraîner, au point de vue de l'application de la loi pénale, la possibilité de faire commettre, par suggestion, des crimes ou des délits, par des personnes susceptibles d'arriver au sommeil somnambulique, et

(1) *De la suggestion hypnotique*, etc.—Paris, 1884, Alph. Picard.

(2) *Le somnambulisme provoqué*, p. 160 à 162. — Paris, 1886, Baillière et fils.

qui, ayant agi dans un état de véritable automatisme, devraient être acquittées. Dans ces cas, il faudrait rechercher et punir, comme seul coupable, l'auteur de la suggestion criminelle.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique, en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine. — M. APOSTOLI a fait une lecture qui peut se résumer sommairement ainsi : La thérapeutique gynécologique intra-utérine s'affirme de plus en plus et tend, avec juste raison, à se substituer à l'ancienne thérapeutique extérieure du col utérin. Le procédé nouveau qu'il a, depuis quatre ans, institué dans le traitement électrique du fibrome, il l'applique depuis la même époque avec le même avantage et un égal succès à la cure de la métrite chronique, qui en devient d'autant plus justiciable qu'elle affecte la forme désignée généralement sous le nom d'endométrite.

A une lésion qui, avant d'envahir le parenchyme utérin, débute par la muqueuse, s'y cantonne plus ou moins, pour intéresser ensuite la périphérie, il oppose un traitement qui sera tout *intra-utérin* et qui cautérisera toute la muqueuse plus ou moins malade ; aux procédés modernes de raclage, d'injections liquides ou de cautérisations, purement chimiques, intra-utérines, il substitue un traitement *galvano-chimique*, moins brutal, dosable et localisable, que toutes les femmes supportent, et qui n'est suivi d'aucune réaction inflammatoire s'il est bien appliqué. L'action chimique immédiate qui consiste dans une destruction progressive de la muqueuse, est bientôt suivie d'un processus de régression et de désintégration qui favorise la résorption des exsudats et des hyperplasies de nouvelle formation.

Pour mener à bien cette opération, il faut se munir de l'outillage électrique suivant, dont on doit connaître le fonctionnement, les qualités nécessaires :

A). D'abord un galvanomètre médical d'intensité divisé en milliampères, que M. Apostoli a fait pour la première fois graduer jusqu'à 200 ; il donne la seule mesure exacte du débit électrique, laquelle n'était obtenue autrefois que d'une façon vague et empirique par la désignation du nombre des couples (un couple usé ne donnant jamais le même débit qu'un couple neuf, etc.). — B). Une pile constante et d'un assez grand volume pour pouvoir suffire à un long usage, pour ne s'affaiblir que modérément après plusieurs opérations successives, qui puisse fournir, avec un petit nombre de couples (trente en moyenne), une haute intensité, de 100 à 200 milliampères. La meilleure pile de cabinet est certainement la pile Leclanché ; une bonne pile transportable et de petit volume reste encore à trouver, mais jusqu'à présent, celle au bi-sulfate de mercure, à immersion facultative, peut suffire aux besoins de la pratique.— C). Un excitateur intra-utérin, d'une longueur assez grande pour pouvoir intéresser toute la cavité intra-utérine, d'une substance telle que le platine, inattaquable sous l'action des acides ; il devra être muni d'un manche isolateur pour garantir le vagin, et le meilleur est un tube en celluloïde. — D). Un électrode neutre ou indifférent, qui, appliqué sur le ventre, permette à un courant très intense de passer sans douleur, sans chaleur et sans crainte d'escharres ; le meilleur est la terre glaise qu'il a proposée le premier en 1882. — E). Des cordons ou réophores, assez souples pour ne pas être gênants, et assez résistants pour ne pas se briser facilement, et donner lieu à des interruptions ressenties douloureusement par la malade.

Le médecin en possession d'un bon outillage doit se conformer strictement à la technique de l'opération telle qu'il la conseille et qui peut se synthétiser hiérarchiquement ainsi : 1° Faire d'abord une injection vaginale tiède et antiseptique, et placer la femme dans une position identique à celle de l'examen au spéculum. — 2° Mettre la pile en batterie, orienter le galvanomètre, juxtaposer le pôle abdominal en terre glaise, en prévenant la femme qu'il est toujours froid, et placer les réophores. — 3° Introduire lentement et progressivement, dans la cavité utérine, l'excitateur, préalablement flambé et désinfecté, isoler tout le vagin et la vulve. — 4° Faire une galvano-caustique chimique intra-utérine : positive dans toutes les formes hémorrhagiques, et négative dans les autres cas. — 5° Le principe qui doit dominer toute intervention est de ne jamais surprendre l'utérus et de ne jamais faire une application trop douloureuse. Or il faut savoir qu'il y a des utérus dits irritables, en très petit nombre, il est vrai (de 3 à 5 p. 100), tel que celui de certaines hystériques, qui supportent mal le courant, quoique peu intense, chez lesquelles il faut savoir n'appliquer que de faibles doses.—6° Il faut, au début, débiter le courant lentement, très lentement, s'arrêter devant toute sensibilité excessive pour acclimater la malade et vaincre toute résistance physique et morale. — 7° Progressivement, en deux ou trois séances, l'intensité devra s'élever et atteindre dans la plupart des cas 100, 150, et au besoin 200 milliampères ; l'intensité devra se proportionner et se régler d'abord sur la tolérance du sujet, puis d'après l'étendue, la gravité et l'ancienneté de la lésion. — 8° La durée de l'application, qui oscillera entre cinq et dix minutes, devra, comme l'intensité, se mesurer d'après la réponse de la malade sur l'énergie des effets à obtenir. — 9° Les séances auront lieu ou toutes les semaines ou tous les deux jours, suivant le besoin, et le médecin règlera leur nombre et leur rapprochement suivant l'urgence et la nécessité de l'intervention. — 10° Un repos obligatoire, d'au moins quelques heures, devra être exigé de la part de toutes les malades qui ont été opérées ; ce repos est nécessaire à la sécurité de la méthode et à son efficacité. — 11° On prescrira des injections vaginales antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, que la malade prendra matin et soir.

Ce traitement, simple et inoffensif, véritable hystérométrie thérapeutique, n'est autre chose qu'un raclage moléculaire galvano-chimique, acide ou basique suivant les cas, qui provoque la formation d'une nouvelle muqueuse et constitue une sorte d'exutoire intra-utérin dont on peut, à volonté, prolonger et varier l'action. Son effet bienfaisant, que le docteur Apostoli a constaté chez un grand nombre de malades, ne tarde pas à se faire sentir dès les premières séances pour s'accentuer ensuite rapidement et conduire bientôt la femme à la guérison. Il ne condamne la femme à aucun repos forcé et ne réclame aucun autre traitement additionnel ; il a sur le raclage chirurgical l'avantage de pouvoir être dosé, localisé, de n'être jamais instantané, et de pouvoir être administré à doses réfractées, qui s'accumulent sans danger et au gré de l'opérateur.

Les cardiopathies artérielles et leur curabilité. — M. HENRI HUCHARD citait l'année dernière, au Congrès de Grenoble, des exemples nombreux et probants d'angines de poitrine *vraies* guéries définitivement par la médication qu'il a proposée d'une façon systématique, par la médication iodurée. Parmi ces observations se trouvaient des affections valvulaires à leur début (rétrécissement et insuffisance aortiques, insuffisance mitrale) qui ont également disparu sous l'influence des iodures administrés pendant deux à quatre ans d'une façon continue à la dose de 1 à 3 grammes. Il cite quatre cas sur neuf qu'il a observés, et après avoir démontré que ces souffles étaient bien organiques, qu'ils n'étaient pas d'origine fonctionnelle, péricarditique, anémique, extra-cardiaque, non plus sous la dépendance de poussées aiguës d'aortite ; il insiste sur la distinction capitale qui doit être établie entre les cardiopathies rhumatismales et les cardiopathies artérielles. Ces dernières relèvent de l'artério-sclérose plus ou moins généralisée, comme les néphrites interstitielles, mieux appelées artérielles par Lancereaux.

Au point de vue anatomique, comme les travaux d'Hippolyte Martin l'ont bien démontré, dans les cardiopathies rhumatismales, c'est la valvule qui est le point de départ des lésions d'où résulte l'affection du cœur, tandis que dans les cardiopathies artérielles, c'est des vaisseaux que partent toutes les lésions du myocarde et des valvules.

Au point de vue pratique, il ne faut pas voir seulement dans ces derniers cas une simple affection cardiaque, mais la localisation d'une maladie plus générale, d'une maladie artérielle. D'où il suit que dans toutes les localisations de l'artério-sclérose au cœur, aux

reins ou au cerveau, la thérapeutique ne doit pas viser seulement un organe lésé, mais la maladie artérielle. C'est ce principe qui a guidé M. Huchard dans le traitement de l'angine vraie, comme il doit guider les praticiens dans celui des cardiopathies artérielles. Mais une des conditions du succès consiste à appliquer de bonne heure le traitement ioduré; il faut donc reconnaître de bonne heure les symptômes de l'artério-sclérose à sa phase curable, c'est-à-dire à sa période vasculaire, avant qu'elle ait atteint la période incurable, c'est-à-dire la période viscérale. Il énumère tous ces symptômes et pense qu'au point de vue clinique la symptomatologie des deux sortes de cardiopathies est différente. « Les cardiopathies artérielles sont latentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, accidentées et saccadées dans leurs allures, paroxystiques dans leur marche, soudaines et brutales dans leurs explosions asystoliques. » Il démontre que la cardiopathie de la ménopause, si bien décrite par M. Clément (de Lyon), n'est autre qu'une cardiopathie artérielle préparée par l'artério-sclérose de la ménopause observée souvent par lui. M. Bucquoy avait donc vu une grande partie de la vérité en disant que la ménopause prédisposait aux poussées d'aortite aiguë.

Donc, en s'appuyant sur les faits, M. Henri Huchard établit la curabilité des cardiopathies artérielles, comme il a établi et démontré celle de l'angine vraie, que l'on doit considérer et traiter comme une maladie artérielle. Et d'ailleurs, l'iodure de potassium n'a-t-il pas donné lieu à des guérisons de gros anévrysmes aortiques entre les mains de Bouillaud, Nélaton, Potain, etc., en France, de Chuckerbutty, Dreschfeld, Balfour, etc., en Angleterre.

Un fait que M. Henri Huchard a observé dernièrement le prouve encore; et ce que l'iodure peut faire sur de grosses tumeurs anévrysmales, il peut le faire à plus forte raison sur des lésions moins accentuées et moins étendues (aortites, affections valvulaires artérielles, myocardites scléreuses, sclérose des coronaires, etc.). M. Germain Sée, qu'il faut toujours citer dans les questions d'iodothérapie, pense que l'iodure agit sur le cœur et sur les vaisseaux. M. Huchard ne partage pas cette opinion et affirme que les iodures n'agissent que comme médicaments artériels, comme les expériences de Sokolowski le prouvent et comme le démontrent encore les faits indéniables de guérison des angines vraies par la médication iodurée. Mais en raison de l'action toxique du potassium sur le cœur et aussi sur l'économie dans une affection (l'artério-sclérose) qui conduit si souvent, par sa localisation rénale, à l'urémie (qui ne serait autre, d'après Feltz et Ritter, qu'un empoisonnement par les sels de potasse, ou *potassiémie*), il donne le conseil de substituer toujours l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, dans tous les cas où la médication iodurée doit être prolongée pendant un temps plus ou moins long (un à trois ans).

Des lois de l'acoustique et du stéthoscope. — M. MAUREL (de Cherbourg) résume sa communication par les propositions suivantes :

1° Au point de vue de l'acoustique, les stéthoscopes se divisent en deux catégories : ceux qui transmettent les bruits par les ondes solides et ceux qui les transmettent par les ondes aériennes.

2° Les stéthoscopes en bois, en corne et en métal, qu'ils soient pleins ou creux, appartiennent à la première catégorie, et seuls les instruments en caoutchouc flexibles forment la seconde.

3° Les bruits qui intéressent l'auscultation étant eux-mêmes aériens, liquidiens ou solidiens (ces deux derniers ne forment qu'une catégorie), et les ondes sonores perdant de leur intensité en passant d'un milieu dans un autre, l'acoustique conduit à adopter les stéthoscopes aériens pour les bruits aériens, et les stéthoscopes solides pour les autres bruits.

4° Les inductions de l'acoustique sont confirmées par l'expérience clinique. Les stéthoscopes tubulaires sont préférables en général pour l'auscultation du poumon, et les solides pour les bruits du cœur.

5° L'auscultation immédiate doit prendre place à côté des instruments solides.

6° Ce sont là des lois générales dont il faudra tenir compte, surtout dans les cas difficiles. Dans la majorité des cas, l'instrument en bois creux, qui est le plus répandu, suffit.

7° Les instruments à renforcement, qui en même temps prolongent les bruits, sont souvent plus nuisibles qu'utiles, ils peuvent cependant alors dans certains cas rendre des services.

8° Mais dans ces cas, il est préférable de s'adresser aux instruments bi-auriculaires, qui renforcent les bruits beaucoup plus que les autres, et qui ne les prolongent pas.

9° Les instruments bi-auriculaires sont les seuls qui puissent servir pour les auscultations simultanées et différentielles. Ne serait-ce donc que dans ces deux buts, ils devraient rester dans la pratique.

10° J'écarte de mes conclusions les stéthoscopes micro-téléphoniques.

11° Les sthétoscopes bi-gémellaires peuvent rendre des services à la fin de la grossesse.

12° Dans la clientèle de ville, comme commodité et avantages pratiques, tout en reconnaissant son infériorité dans l'auscultation du fœtus et les affections du cœur, je donne la préférence au stéthoscope tubulaire, composé simplement de 50 centimètres de feuille anglaise et d'un collecteur en bois de 3 centimètres de hauteur sur 3 de largeur.

Étude des phénomènes réflexes comme diagnostic du sommeil hypnotique. — M. A. VOISIN (de Paris) a obtenu les phénomènes suivants, chez trois malades : l'une atteinte d'ataxie locomotrice progressive; la deuxième, hystéro-hypochondriaque; la troisième, aliénée lypémaniaque non hystérique, ayant des idées de suicide.

Chez les deux premières, la pression, le pincement, la percussion d'une partie d'un membre, donnent lieu, aussitôt qu'elles sont hypnotisées, à des secousses qui se transmettent au membre excité et à tout le corps, et qui sont suivies, chez l'ataxique, de contracture avec flexion forcée et demi-supination du membre pincé ou frappé. Ces secousses durent de une à trois secondes chez ces malades.

Chez la troisième, non hystérique, le phénomène est produit à la face par la fixation du regard ou d'un corps brillant. La face entière est prise de secousses convulsives très fortes. La physionomie présente l'apparence d'un grand malade et la peau de la face ainsi que les conjonctives rougissent d'une façon très nette. Les secousses cessent avec l'action excitante, mais si cette excitation est maintenue, elles continuent.

M. Voisin ne pense pas que ces phénomènes soient dus à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, quoique les malades fussent en état de léthargie. Il croit cependant que leur cause pathogénique est du même ordre. Mais leur caractère nettement réflexe dort comparé à ce qui se passe chez les animaux auxquels on a supprimé l'encéphale ou sectionné complètement la région cervicale de la moelle épinière et chez qui une excitation périphérique provoque des mouvements réflexes exagérés.

Il y a donc, chez ces malades, coïncidence de l'état léthargique et partant de la suppression à peu près complète de l'activité cérébrale avec l'exaltation de la force excito-motrice de la moelle épinière et du bulbe rachidien. M. Voisin pense que c'est par la recherche de caractère objectif du sommeil hypnotique qu'on arrivera à se mettre à l'abri de la simulation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association française pour l'avancement des sciences a, dans la dernière séance générale du Congrès de Nancy, tenue jeudi dernier 19 août 1886, élu : 1° M. le colonel Laussedat vice-président pour l'année 1886-1887, en remplacement de M. le docteur Rochard, qui passe président; 2° M. de Clermont, sous directeur du laboratoire de chimie à la Faculté des sciences de Paris, vice-secrétaire, en remplacement de M. Schlumberger, qui passe secrétaire général pour la session prochaine.

Dans cette même séance, l'Association française a choisi la ville de Toulouse pour sa session de 1887 et la ville d'Oran (Algérie) pour la session de 1888.

Quant à la section des sciences médicales, qui nous intéresse plus particulièrement, elle a élu, par 29 voix, M. le docteur Pamard (d'Avignon), président de ladite section, pour la session de 1887, contre 17 voix à M. le professeur Grasset (de Montpellier), sur 46 votants.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés, pour une période de deux ans, à partir du 1er novembre 1886 :

1° *Chefs de clinique médicale.* — MM. Rivals et Mesnard, en remplacement de MM. Dignat et Chambrelent, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° *Chef adjoint de clinique médicale.* — M. Martin du Magny ;

3° *Chef de clinique obstétricale.* — M. Chambrelent, en remplacement de M. Rivière, dont le temps d'exercice est expiré ;

4° *Chef adjoint de clinique obstétricale.* — M. Massy.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Grasset, professeur de thérapeutique et matière médicale, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique médicale.

— Ainsi que nous l'avons annoncé, le Congrès international de climatologie et d'hydrologie de Biarritz, sous le patronage de M. le ministre du Commerce, ouvrira le 1er octobre, fermera le 8, sera suivi d'une excursion dans toutes les Pyrénées, d'une durée de vingt-deux jours (conventions spéciales pour séjour dans les hôtels et voyages en voiture), 50 p. 100 de réduction sur tous les chemins de fer pour aller et retour, excursion et séjour à Biarritz.

Pour être adhérent, envoyer adresse et 12 francs, avant le 1er septembre au plus tard, à M. J. Laugier, trésorier du Congrès, à Biarritz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19963

N° 99. — JEUDI 26 AOUT 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 26 AOUT 1886. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un médecin, à peu près notre contemporain, qui assistait, par hasard, récemment, avec nous, à une grande opération pratiquée suivant les principes de la chirurgie la plus moderne, s'écriait : « Qu'auraient dit nos maîtres à la pensée d'une pareille audace ? »

Incontestablement, l'audace des chirurgiens est actuellement sans limites ; et, il faut bien le dire, elle est le plus souvent couronnée de succès.

Qu'auraient dit en effet nos maîtres si on leur eût parlé de recoudre les bords de la plaie de l'estomac, après en avoir retiré par la gastrotomie un corps étranger, puis d'abandonner cet organe à sutures perdues dans la cavité péritonéale et de refermer simplement la paroi du ventre ?

Ne comptant pas, comme aujourd'hui, sur la réunion immédiate, attribuant aux corps étrangers, de quelque nature qu'ils puissent être, une action irritante toujours très dangereuse pour les séreuses qui les renfermaient, ils auraient prédit, en cas pareil, une péritonite suraiguë suivie à bref délai de la mort du malade.

Et sans doute ils se seraient trompés, car tout fait espérer que M. Polaillon réussira pleinement chez l'homme dont il vient de communiquer l'observation à l'Académie, et qui, ayant avalé une longue fourchette de fer, a été traité suivant cette méthode.

La présence de cette fourchette, d'abord douteuse, avait été surtout prouvée, en définitive, par la déviation d'une aiguille aimantée et par les actions réciproques exercées entre le corps métallique et un électro-aimant puissant.

La question du parti que l'on pourrait tirer de l'électro-aimant mis en contact d'une longue sonde de fer pour l'extraction des objets de même métal ainsi introduits dans la cavité de l'estomac — ou dans celle de tout autre organe creux communiquant avec l'extérieur par un conduit que puisse traverser une sonde de ce genre — a été soulevée à cette occasion et brièvement discutée par les très rares membres présents.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De l'ataxie locomotrice (1).

II

Dans la dernière leçon, je vous ai fait l'historique de l'ataxie locomotrice, vous montrant que c'est à Romberg, en Allemagne, d'une part, et à Duchenne (de Boulogne), en France, d'autre part, que la science était redevable des premiers travaux, faits de main de maître, sur cette affection. Nous vous avons parlé ensuite des lésions anatomo-pathologiques caractéristiques de cette affection et de l'explication, par les données physiologiques actuelles, des phénomènes morbides que l'on observe pendant le cours de cette maladie. Enfin, nous vous avons dit que ces phénomènes pouvaient être répartis en trois périodes et nous avions commencé à vous dire quelques mots des troubles qui constituent la première d'entre elles, c'est-à-dire la période prodromique.

Des phénomènes du côté de la vue, certaines altérations dans les mouvements de l'œil, sont souvent les premiers accidents en date, et les malades commencent ainsi le *tabes dorsalis* par des troubles oculaires, troubles qui peuvent aller jusqu'à la perte de la vue, jusqu'à la cécité, et l'on voit plus tard seulement l'ataxie se développer. C'est ainsi que, chez un de mes malades, la maladie débuta par des phénomènes de glaucôme tels que l'on ne pouvait songer à aucune autre affection jusqu'au moment où, quatre ans plus tard seulement, apparaissaient les douleurs fulgurantes qui venaient éclairer d'un jour subit le diagnostic. Aussi doit-on toujours songer à chercher, chez un malade présentant certains phénomènes oculaires, si par un examen attentif on ne découvrirait aucun phénomène pouvant se rattacher à l'ataxie locomotrice commençante.

A côté de ces accidents, on trouve quelquefois des troubles du côté de l'audition, l'ouïe altérée, obtuse ; les malades entendent moins bien, ils se plaignent de bourdonnements d'oreille. Ces phénomènes, toujours plus rares que ceux que l'on observe du côté de la vision, s'expliquent par le développement de plaques de sclérose sur le nerf auditif.

Mais le phénomène douleur est plus important à constater. Ce sont quelquefois des douleurs en ceinture comme dans la myélite, douleurs plus ou moins vives et plus ou

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 759.

moins persistantes. Ou bien, signe de plus grande valeur, ce sont des douleurs pénétrantes, douleurs dites fulgurantes, instantanées, qui semblent traverser le membre dans toute son épaisseur, douleurs extrêmement vives parfois au point d'arracher des cris aux malades. Elles sont variables par leur fréquence, par leur intensité et par leur siège, selon les sujets. Le siège le plus fréquent est surtout dans les membres inférieurs, dans les mollets, dans les cuisses. Quelquefois on les rencontre dans la paroi abdominale; d'autres fois à la partie postérieure et inférieure du tronc. Elles sont beaucoup plus rares, au contraire, dans les membres supérieurs, aux bras, aux avant-bras et aux épaules, si ce n'est dans une période avancée de la maladie. Jamais on ne les observe à la face ou au crâne.

De plus, certains malades éprouvent encore parfois une sensation de constriction au niveau du cou-de-pied; il leur semble avoir le pied emprisonné dans un brodequin métallique; il leur semble qu'on leur applique la question au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Dans quelques cas, cette sensation se manifeste dans la région du genou.

A côté de ces douleurs fulgurantes et de constriction, qui sont le phénomène le plus fréquent, on constate encore chez un certain nombre de malades, pendant le cours de la première période, ce que l'on a appelé des crises viscérales (crises gastriques notamment et crises vésicales). Ce sont, du côté de l'estomac, des crampes douloureuses suivies de vomissements. Ainsi a été atteint notre malade du n° 8 de la salle des hommes; il a eu à deux reprises, il y a deux ans et cette année même, des crises gastriques analogues caractérisées par de vives douleurs dans la région stomacale avec vomissements de tout ce que contenait l'estomac. Ces douleurs durent généralement pendant plusieurs heures, quelquefois même pendant une journée entière, s'accompagnant de vomissements incessants.

Du côté de la vessie, ce sont des douleurs analogues à celles de la cystite; ce sont des besoins continuels d'uriner, et les malades ne rendent que quelques gouttes d'urine seulement. Ces crises vésicales sont plus ou moins régulières, pouvant durer depuis plusieurs heures jusqu'à quelques jours, voire même des semaines. Pendant tout ce temps, l'urine reste normale.

D'autres fois, mais rarement, ce sont des douleurs intestinales s'accompagnant de diarrhée. Mais plus communs, plus fréquents que ces diarrhées, sont les phénomènes de suffocation, une toux coqueluchoïde, comme si le pneumogastrique était en jeu. M. Féréol en a publié six observations.

L'appareil génito-urinaire peut être aussi le siège de certains troubles fonctionnels plus ou moins considérables; c'est, par exemple, une incontinence d'urine, et celle-ci s'échappe involontairement, quelquefois même c'est là un des premiers phénomènes de la période prodromique de l'ataxie locomotrice; c'est une miction de longue durée, prolongée, pendant laquelle l'urine s'écoule goutte à goutte. Notre malade du n° 8, qui présentait des crises gastriques, a eu aussi une incontinence d'urine dans les premiers temps de sa maladie. Il lui suffisait d'une émotion, d'un effort même peu considérable, d'une marche un peu longue pour déterminer ces accidents d'incontinence. En un mot, ce sont encore là des phénomènes fréquemment observés dans la première période de la maladie. Il s'y joint souvent une faiblesse génitale plus ou moins prononcée, qui fait que l'organe mâle n'entre plus en érection et que tout coït est devenu impossible. Pareils phénomènes se passent du côté du sphincter de l'anus; ce sont des envies plus ou moins fréquentes d'aller à la selle, ce sont des efforts sans résultat; il y a un ténesme rectal, analogue au ténesme vésical que je viens de vous signaler.

En outre, on observe encore une altération de la sensibilité, et surtout une anesthésie de la plante des pieds; les malades ne sentent pas le sol. Cette anesthésie n'est pas un phénomène constant, ainsi que nous le montre une statistique de 64 observations d'ataxie locomotrice, sur lesquelles nous en trouvons 25 où la sensibilité était restée à peu près intacte. Ce que l'on constate encore assez fréquemment, est ce que l'on appelle un retard dans les sensations.

D'autre part, dans la première période, les malades peuvent encore marcher; ils n'ont pas, à proprement parler, d'incoordination dans les mouvements; mais ils ne peuvent, dans la station debout, rapprocher les talons l'un de l'autre sans trébucher et risquer une chute. Ils marchent déjà difficilement les yeux fermés, ou la nuit dans l'obscurité. En somme, l'ataxie n'est pas encore déclarée et les malades n'en sont qu'aux troubles de la période préataxique.

Il est aussi un autre phénomène que je ne dois pas omettre, c'est l'abolition du réflexe rotulien, phénomène que vous devez toujours consulter comme étant l'un des premiers et des plus constants de la maladie qui nous occupe, par suite l'un des éléments importants du diagnostic.

Malgré tous ces phénomènes morbides, vous constaterez l'intégrité parfaite de l'intelligence, la conservation de la mémoire, des sentiments olfactifs et de la santé générale.

Tels sont les symptômes qui caractérisent la première période de l'ataxie locomotrice.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 août 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un mémoire sur les vins de quinquina, par M. Fenouillet, membre du conseil d'hygiène de Cette.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger dans la première division.

La commission propose :

En première ligne, M. Bateman (de Norwich); en deuxième, M. Ossian Bonnet (de Rio Janeiro); en troisième, M. Crocq (de Bruxelles.

Le nombre des votants étant de 24, majorité 13,

M. Bateman obtient . . . . . . 23 suffrages.
M. Bonnet. . . . . 1 —

En conséquence, M. Bateman est proclamé correspondant étranger.

COMMUNICATION

Extraction d'une fourchette de fer par la taille stomacale. Utilité de l'aiguille aimantée et de l'électro-aimant pour reconnaître la présence de ce corps étranger dans l'estomac. — M. POLAILLON rend compte à l'Académie d'une gastrotomie pratiquée par lui la veille, 23 août, et au moyen de laquelle il a retiré de l'estomac d'un bateleur une fourchette de fer longue de 21 centimètres et pesant 59 grammes.

Le bateleur dont il s'agit avait avalé cette fourchette le 8 août dernier, à Luchon, pendant une représentation. Le lendemain, il

reprenait ses exercices de gymnaste. Mais bientôt il éprouva de la gêne au creux de l'estomac et consulta plusieurs médecins.

Il entra à la Pitié le 14 août. Les digestions se faisaient normalement; mais cet homme souffrait dans l'intervalle. Aussi avait-il pris le parti de manger très souvent.

La palpation ne donnait que des phénomènes fugitifs. La sonde à olive métallique de M. Collin n'avait pas produit de choc perceptible à l'oreille. La sonde construite par M. Trouvé, d'après le principe de son stylet avec sonnerie électrique, n'avait pas non plus dissipé les doutes.

Ce fut alors que M. Trouvé, pour établir complètement le diagnostic, procéda aux explorations suivantes :

1° Une aiguille aimantée, d'une extrême délicatesse, s'orientait vers la région stomacale du malade et suivait ses mouvements.

2° Un fort électro-aimant, placé à quelques millimètres de la paroi abdominale, produisait tout à coup, lorsqu'on faisait passer le courant, une voussure brusque de la peau. L'aimant, suspendu à une corde, s'appliquait sur la peau quand on fermait le courant.

Il était donc bien établi qu'un corps étranger en fer existait à la partie supérieure de la cavité abdominale.

La taille stomacale fut pratiquée pendant le sommeil chloroformique.

Une incision de 7 centimètres fut pratiquée à partir de la neuvième côte gauche, à 1 centimètre en dedans du rebord du cartilage, dans la direction de l'appendice xiphoïde. Un paquet d'épiploon se présenta lors de l'ouverture du péritoine et fut réduit immédiatement. Le doigt rencontra facilement la paroi stomacale. Une portion en fut attirée au dehors, fixée par deux broches en fer qui la traversaient, puis incisée dans l'étendue de 3 centimètres. L'extrémité arrondie de la fourchette, située en bas et à droite, fut saisie avec une forte pince à mors étroits, puis extraite.

Trois vaisseaux coupés par l'incision de l'estomac donnaient du sang et furent liés; puis la cavité de l'organe fut fermée complètement par une suture en surget avec un fil de catgut adossant les feuillets séreux de l'excision. Après quelques minutes, les broches furent enlevées, et l'estomac abandonné dans la région épigastrique.

Après cela, la paroi du ventre fut suturée au moyen de trois fils profonds en argent et de quatre superficiels. Pansement de Lister, recouvert d'une large couche de coton maintenue par un bandage de corps très serré.

C'est la première fois que, dans la taille stomacale, la paroi antérieure de l'estomac n'est pas suturée à la paroi abdominale. Un avenir prochain va dire si le succès couronnera cette innovation, consistant à rentrer l'estomac après l'avoir fermé par une suture perdue.

M. Polaillon, insistant sur les avantages que l'emploi de l'électro-aimant a présentés pour le diagnostic, se demande si l'on ne pourrait pas utiliser ce même appareil pour l'extraction d'un corps étranger, en fer, introduit, par exemple, dans la cavité stomacale. A l'aide d'une sonde de fer placée par une de ses extrémités contre un électro-aimant, on peut soulever un poids de 4 kilogrammes à l'autre extrémité.

DISCUSSION

M. LEROY DE MÉRICOURT pense que le cardia serait par ses contractions un obstacle absolu à l'emploi pratique de ce procédé.

M. POLAILLON dit qu'il est facile de dilater l'estomac, par exemple en faisant avaler au malade une certaine quantité d'éther dont la vapeur distendrait cet organe. Le cardia lui-même céderait peut-être en pareil cas.

M. LARREY est de cet avis; il pense qu'on pourrait s'en assurer par des expériences sur les animaux.

M. GOMBAUD dit que déjà des expériences de ce genre ont été faites et ont démontré que, chez le cheval par exemple, une dilatation de l'estomac poussée un peu loin peut parvenir à vaincre la résistance très grande du cardia chez ces animaux.

LECTURE

Le mécanisme du saut. — M. GIRAUD-TEULON. Dans une note du 24 août 1885, M. Marey reprend la suite de la discussion soutenue devant l'Académie de Médecine en septembre et octobre 1883.

L'auteur y adopte spontanément, pour expliquer cet acte au point de vue dynamique, le mécanisme même qu'il avait combattu avec persévérance dans la discussion précitée. Pour lui, comme pour ses devanciers dans cette étude, « le saut consiste (aujourd'hui) en une projection de la masse du corps par la détente brusque des membres inférieurs, préalablement fléchis. C'est, dit-il, un mouvement comparable à ceux qu'on étudie dans la balistique, dont il suit les lois ».

Voilà bien loin des doctrines professées par M. Marey en 1883!

Comment M. Marey a-t-il donc été conduit à admettre la nature parabolique de cet acte si important de la locomotion biologique? Très opportunément, à la suite des détails d'une photographie instantanée, représentant les attitudes successives d'un homme exécutant un saut.

Ce qui pourra surprendre, c'est que cette planche, communiquée par lui à l'Académie des Sciences en 1883, n'ait pas plus tôt déterminé sa conviction.

M. Marey, malheureusement, n'a point apprécié toute la valeur de ces données et les facilités qu'elles apportent pour la solution intégrale du problème posé. Il a cru que cette courbe pouvait, pendant le cours du mouvement, être modifiée par les inclinaisons mutuelles que pouvaient prendre le tronc et les membres, réclamées, par exemple, par un obstacle à franchir; et il a fait, en conséquence, rechercher par des expériences directes, entreprises sur le modèle de celles de Borelli, la nouvelle courbe qui lui paraissait devoir résulter de ces inclinaisons mutuelles.

M. Marey, dans cette entreprise accessoire, paraît avoir perdu de vue le principe de Newton : « Qu'il s'agisse d'un seul corps ou d'un système de corps liés entre eux, le mouvement du centre de gravité du système entier n'est en rien modifié par l'action des forces réciproques intérieures. Il tombe exactement de la même façon, que ces forces agissent ou qu'elles n'agissent pas. »

La courbe parabolique apportée par la première planche photographique ne devait donc recevoir aucune modification du travail entrepris par le collaborateur de M. Marey; elle contenait en elle tous les éléments du problème.

M. Marey croit devoir s'attacher à l'analyse de la phase précédente du saut, le mouvement d'extension. Des épreuves photographiques correspondant à cette dernière phase doivent lui procurer les éléments d'une nouvelle courbe, desquels, par l'application du principe mécanique des aires, l'auteur obtiendra « la loi de variation de l'accélération verticale du centre de gravité pendant le mouvement d'*extension des jambes* ».

Mais les éléments de cette application du principe des aires ne sont point reproduits dans la communication de M. Marey.

« Bornons-nous donc, dit en terminant M. Giraud-Teulon, à retenir l'unique conclusion qui intéresse ici la physiologie, à savoir :

« L'abandon formel fait par le professeur du Collège de France de ses anciennes doctrines, et l'adhésion finale qu'il apporte au mécanisme balistique du mouvement physiologique du saut. »

A quatre heures et demie la séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XV[e] SESSION (1886).

Congrès de Nancy (1).

II

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Sur les affections de la marge de l'anus. — M. RECLUS (de Paris) donne lecture d'un travail dont la conclusion est que

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 782.

tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe, dont, après ouverture spontanée ou ponction simple, elle est devenue le parfait équivalent.

Traitement de la scrofule par les bains de mer en hiver. — M. DE VALCOURT (de Cannes) dit que les bains de mer sont un des moyens les plus puissants pour fortifier les enfants en général et pour combattre, chez ceux qui y sont prédisposés, les manifestations scrofuleuses.

C'est afin de mettre à même les enfants de la classe ouvrière de profiter de l'air salin et de la balnéation marine, qu'on a élevé, dans presque tous les pays d'Europe, des établissements spéciaux. M. de Valcourt rappelle que M. le docteur Cazin a publié dernièrement, d'après les résultats obtenus dans l'hôpital municipal de Berck-sur-Mer, un volume fort intéressant et devenu aujourd'hui classique.

Les bains de mer dans le nord offrent de nombreux avantages, mais ils présentent quelques inconvénients sérieux. La marée empêche les bains à heure fixe, les vagues sont souvent trop fortes; certaines plages ont de gros galets, d'autres un sable trop fin, dont les poussières sont des causes d'ophthalmies; enfin la température de l'eau et de l'air, les brouillards et l'absence de soleil sont autant d'obstacles qui rendent l'usage des bains de mer à peu près impossible dans le nord pour la plus grande partie de l'année.

Ces conditions défavorables n'existent pas sur plusieurs plages méditerranéennes et notamment à Cannes. Là, pas de marée, pas de courants, rarement des vagues assez fortes pour entraver les bains, une plage à pente douce, un sable porphyrique, trop lourd pour être soulevé par le vent et sur lequel les enfants marchent si facilement que la plupart d'entre eux, même les éclopés, n'ont pas besoin de baigneur. La température de l'eau n'est jamais assez basse pour empêcher les bains courts, l'hydrothérapie marine qui constitue le vrai, le plus puissant traitement de la scrofule. Enfin la vivacité de la lumière et la chaleur, même en hiver, des rayons solaires, assurent la réaction, indispensable après l'immersion.

C'est en raison de cet ensemble de conditions hygiéniques, que l'on reçoit, chaque hiver, à Cannes, en plus grand nombre, des enfants atteints de coxalgie, de mal de Pott, de scoliose ou d'autres affections osseuses, et aussi des enfants simplement chétifs ou délicats, enfin des jeunes filles chlorotiques chez lesquelles la menstruation s'établit difficilement. M. de Valcourt leur prescrit non seulement les bains de mer, mais aussi le séjour sur la plage et les promenades sur l'eau. Quelques malades ne pouvant pas supporter les bains d'immersion, prennent des bains de mer chauds ou des immersions d'eau de mer à domicile.

C'est afin de faire participer les enfants pauvres aux bienfaits du traitement marin que M. J. Dollfus a fondé, en 1881, un hôpital maritime pour les enfants, renfermant au début dix-huit lits. Les résultats obtenus ont été si remarquables que l'établissement a été depuis lors agrandi et qu'il peut maintenant recevoir quarante enfants.

La cure commence le 1er octobre et se termine le 1er juin, sauf interruption dans le gros de l'hiver.

Les fenêtres de la maison sont ouvertes pendant toute la journée, et l'auteur n'a pas eu néanmoins à constater un seul cas de bronchite. Les enfants s'aguerrissent rapidement. Que l'on compare ensuite le régime hygiénique avec ceux des pauvres petits enfants étiolés par le séjour prolongé dans l'air vicié des hôpitaux et dans le voisinage d'enfants porteurs de maladies contagieuses!

Les enfants atteints de phthisie pulmonaire ne sont pas reçus dans l'hôpital Dollfus, car les bains de mer ne leur conviennent pas. Le séjour dans le midi est néanmoins fort utile à ces derniers, car l'absence de brouillard, la douceur du climat et surtout la lumière et la chaleur du soleil sont autant d'éléments favorables à leur guérison. De plus, au moment où l'on parle tant de phthisie bacillaire, n'est-il pas à propos de faire remarquer que la possibilité, pendant l'hiver, d'ouvrir largement les fenêtres chaque jour, d'aérer les appartements et de sortir souvent les malades au plein jour sont des conditions hygiéniques très importantes à considérer tant pour les phthisiques eux-mêmes que pour leur famille et pour tous ceux qui les entourent.

Présentation d'un nouveau spéculum vaginal, permettant le toucher du col pendant l'examen. — M. ÉMILE LÉVY (de Nancy) présente un spéculum qui facilite la recherche du col utérin, le rapproche du doigt de l'opérateur et des instruments dont il peut avoir besoin.

Grâce à la fenêtre pratiquée dans sa valve inférieure, il permet de toucher le col pendant l'application de l'instrument.

Il permet aussi de donner des injections intra-utérines antiseptiques avec un simple irrigateur en usage pour les lavements. Le col se rapproche suffisamment de la valve pour qu'on puisse y faire pénétrer la canule d'ivoire.

Il rend inutile ainsi l'emploi d'une sonde intra-utérine à double courant.

Cette application nouvelle, que M. Lévy a pratiquée plusieurs fois, l'a engagé à présenter cet instrument au Congrès, quoique M. le professeur Fournier (de Paris) l'ait déjà présenté à l'Académie de Médecine, en en confirmant les avantages.

Du phlegmon sous-pectoral dit spontané chez les alcooliques; auto-traumatisme et auto-infection. — M. LARDIER (de Rambervillers) communique un travail sur le phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez certains alcooliques, lequel est le résultat de la fatigue et du surmenage des muscles pectoraux : *auto-traumatisme*.

Ce phlegmon est susceptible d'être résorbé, et à la suite de cette résorption, se développent parfois des abcès métastatiques qui dénotent l'*auto-infection*.

Pour prévenir ces métastases, l'indication est d'ouvrir le phlegmon sous-pectoral aussitôt que la fluctuation est perceptible.

Comme traitement général, il faut avoir recours à la strychnine pour laquelle les alcooliques ont une tolérance tout à fait extraordinaire.

La pancréatine après son arrivée dans l'estomac et son rôle en thérapeutique. — M. DEFRESNE (de Paris) fait une communication sur la pancréatine. Cette substance, administrée sous forme de pilules enrobées de cire et de sucre ne se dissout que trois heures plus tard au milieu du chyme qui ne contient alors que des acides organiques dont elle n'a rien à redouter, et elle concourt alors à la seconde digestion.

La pancréatine, administrée sous forme de poudre au début d'un repas, tombe au milieu du suc gastrique pur, dont l'acidité est due à l'acide chlorhydrique. Elle est alors absorbée *in situ* et passe à l'état de zymogène dans la circulation ; elle en est séparée par l'appareil glandulaire et devient : 1° dans le foie une zymase hépatique capable de saccharifier le glycogène ; 2° dans la parotide une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon dans la bouche ; et 3° dans la rate, une zymase qui, transmise au pancréas, communique au suc de cette glande la propriété de saccharifier l'amidon dans le duodénum.

Contribution à l'étiologie de l'iritis séreuse. — M. G. COUTURIER (d'Épinal) communique le résumé de 17 observations d'iritis séreuse qu'il a recueillies dans les Vosges sur des malades porteurs d'accidents ou de stigmates scrofuleux évidents, et qui présentent, en outre, des traces de processus multiples d'ophthalmie phlycténulaire, sous forme de taies légères et plus ou moins nombreuses.

Enfin, dans deux cas, il a vu l'iritis séreuse se produire dans le cours même d'un accès de phlyctènes oculaires.

Ces faits : la fréquence relative de l'iritis séreuse dans un pays où les sujets scrofuleux sont très nombreux, la coïncidence de l'iritis, des phlyctènes et de la scrofule, bien mieux, l'évolution simultanée de l'affection irienne et de la lésion de la cornée lui paraissent plaider très grandement en faveur de la nature scrofuleuse d'une notable proportion d'iritis séreuses, contrairement à une opinion récemment émise qui les attribue toutes à la syphilis héréditaire.

Analogies du panaris osseux avec l'ostéomyélite infectieuse. — **M. L.-H. PETIT** (de Paris) a recueilli à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, une dizaine d'observations fort intéressantes, qui démontrent les faits suivants :

Un panaris osseux semble guéri depuis un certain temps ; il ne reste plus qu'un écoulement purulent insignifiant, une petite croûte, indice que la lésion n'est pas complètement guérie. Survient une cause pathogénique banale (froid, coup, contusion, entorse) dans une région plus ou moins éloignée, et dans cette région se manifeste alors une collection purulente, en même temps que se développent des phénomènes généraux graves analogues à ceux de la pyohémie. Puis il se produit d'autres collections dans d'autres régions, des arthrites suppurées, de l'albuminurie, etc. Ces phénomènes qui se manifestent en général chez des sujets affaiblis, cachectiques, et qui sont ceux des maladies infectieuses graves, sont déjà très intéressants au point de vue des suites éloignées du panaris. Ils démontrent, de plus, que cette affection, considérée en général comme bénigne, est précédée ou suivie de l'entrée dans le torrent circulatoire de microbes pathogènes qui, sous l'influence d'une cause quelconque provoquant leur issue hors des vaisseaux sanguins, donnent naissance à des collections purulentes multiples et à un appareil fébrile grave.

Le panaris se comporte donc, en pareil cas, comme l'ostéomyélite infectieuse, ce qui prouverait alors que le panaris est parfois une véritable ostéomyélite, et, à défaut d'autres preuves, que l'ostéomyélite est une maladie infectieuse.

De la maturation artificielle de la cataracte. — **M. ROHMER** (de Nancy) lit un travail sur cette question.

Après avoir rappelé les efforts déjà faits antérieurement pour arriver à la maturation artificielle de la cataracte, il rapporte dix observations de cataractes séniles incomplètement mûres, dont il acheva l'opacification des couches corticales par la discission de la cristalloïde antérieure, l'évacuation de l'humeur aqueuse à travers l'ouverture de la piqûre, puis le massage. Dans tous les cas opérés, en moyenne, trois jours après la maturation artificielle, le résultat fut toujours excellent en ce sens que, immédiatement après l'extraction, la pupille apparut noire et resta telle les jours suivants.

Dans un onzième cas, M. Rohmer dut recourir plusieurs fois à la discission et finalement à l'iridectomie de Graefe, puis, après l'extraction du noyau, à l'aspirateur de Redard pour enlever le reste des masses corticales. Le résultat fut encore excellent.

En résumé, l'auteur de ce travail conclut ainsi :

1° La maturation artificielle peut être employée dans les cataractes séniles incomplètement mûres, dans lesquelles, pour cette raison, l'extraction trop hâtive serait contre-indiquée. Une simple discission avec massage de l'œil suffit dans la plupart des cas.

2° Si le résultat reste incomplet, on peut l'achever en faisant une iridectomie complémentaire de la maturation et préventive pour l'extraction.

3° Enfin si après l'extraction faite dans ces conditions, il persiste dans le champ pupillaire quelques débris de substance corticale opacifiés consécutivement, des moyens adjuvants tels que l'aspiration (Redard) ou les lavages intra-oculaires en auront facilement raison et arriveront à donner une pupille complètement noire.

Traitement de la diphthérie. — **M. DELTHIL** (de Nogent-sur-Marne) expose les résultats de son traitement curatif et prophylactique de la diphthérie par les évaporations d'essence de térébenthine et les fumigations de goudron de gaz et d'essence de térébenthine.

La statistique comporte aujourd'hui 134 malades traités et 126 guérisons. Le traitement prophylactique donne trois cas de contagion, — et encore furent-ils bénins, — pour 670 assistant les malades à des titres divers.

Le traitement local consiste uniquement en badigeonnages à l'essence brute de térébenthine.

M. Delthil résume ses observations et en détache les faits saillants suivants sous forme de conclusions :

1° Absence d'accidents causés par le traitement ;

2° Durée de l'incubation diphthéritique : cinq jours en moyenne ;

3° Les matières diphthéritiques non détruites conservent leur contagiosité pendant plus d'un an ;

4° La diphthérie a des milieux d'élection ; certaines familles ont des aptitudes de réceptivité particulières ;

5° L'analogie de la diphthérie de la volaille et de celle de l'homme, bien que non admise, est probable, et la contagion de l'un à l'autre possible ; le fumier de basse-cour est un instrument de généralisation et de contagion ;

6° La salive des diphthéritiques est acide ; elle rougit le papier de tournesol ;

7° La diphthérie est une affection primitivement locale qui se généralise, produisant parfois une sorte de phagédénisme diphthéritique. Elle peut avoir son point initial dans les régions les plus diverses de l'organisme.

8° Elle peut être inoculée sur une plaie.

9° La diphthérie intestinale ne peut être niée ; elle existe chez l'homme et communément chez le veau ;

10° La diphthérie peut végéter chroniquement pendant plusieurs mois chez le même individu ;

11° La contagion de la diphthérie ne cesse d'augmenter en France et à l'étranger ; le chiffre des décès dépasse, à Paris, 2000 par an ; en Saxe, 20000 individus ont succombé à cette affection dans l'espace de quatre années.

Le zona chronique. — **M. LEUDET** (de Rouen) fait une communication sur cette maladie. Le zona chronique ou successif, indiqué par M. Verneuil, existe réellement et se présente sous les formes 1° de : zona chronique local ou excentrique ; 2° de zona par propagation d'une branche nerveuse à une autre ; 3° de zona à distance et successif.

Les lésions anatomiques du zona sont connues aujourd'hui : les ganglions intervertébraux de Glasser sont altérés en même temps que les nerfs périphériques, ou bien ceux-ci sont seuls lésés, sur une partie de leur trajet et quelquefois jusque dans la peau.

Le zona est souvent secondaire à des lésions ou centrales ou périphériques, cérébrales médullaires sur le trajet des nerfs. Le premier fait où la lésion du zona a été décrite, celui de M. O. Baerensprung, a été recueilli sur un enfant atteint de tuberculose pulmonaire surtout marquée du côté de la lésion nerveuse. Les observations de MM. Chandelux, Lesser, Cadet de Gassicourt, etc., démontrent l'influence des lésions chroniques des plèvres sur le développement du zona.

La forme chronique du zona a été observée par M. Leudet chez deux malades atteintes de tuberculose pulmonaire, au moment d'une recrudescence de poussée tuberculeuse. La lésion cutanée provoquait des ulcérations nouvelles des cicatrices, avec ou sans pseudophlegmon.

Cet état peut se continuer pendant trois et même six mois, provoquer le développement de chéloïdes et s'accompagner de névrite noueuse.

La tuberculose pulmonaire, l'irritation causée par la fistule pleurale après l'empyème, peuvent provoquer le développement du zona à distance, comme au front par exemple.

Le zona récidivant sur le même sujet peut se reproduire dans les mêmes régions ou dans des régions différentes.

Contribution à l'hygiène des pays chauds : habitation, vêtements, habitudes coloniales. — **M. MAUREL** (de Cherbourg) communique un important travail qui se termine par les conclusions suivantes :

A. — *Relativement à l'habitation :*

1° Par ordre de valeur hygiénique, on doit placer les constructions dans l'ordre suivant : les constructions en maçonnerie, celles en brique, celles en paillottes et celles en bois les dernières.

2° La disposition la plus importante, quel que soit le genre de bâtisse que l'on adopte, c'est d'entourer la maison proprement dite de *constructions d'abri.*

3° Cet entourage doit être complet et s'appliquer tout aussi bien à la toiture qu'aux murs de côté.

4° Par ordre de préférence, les toitures se placent dans l'ordre suivant : celles en ardoises, celles en tuiles, en bois et en zinc.

5° Autant que possible, il faut donner deux étages aux maisons. Le premier étage est celui dont la température est la plus constante, et le deuxième étage celui qui met le mieux à l'abri du paludisme.

6° L'élévation sur pilotis est avantageuse pour les constructions légères ; mais il faut que cette élévation soit suffisante pour permettre de surveiller la propreté de l'espace qui est au-dessous.

7° Contrairement à l'usage qui a prévalu dans les pays chauds, les fenêtres doivent être munies de vitrages. Elles sont une garantie contre les maladies paludéennes et intestinales, et seules elles peuvent maintenir une température relativement basse pendant les chaleurs du jour, en évitant la facile mise en équilibre avec l'air extérieur.

8° Autant que possible, soit comme garantie contre l'incendie, soit comme hygiène, il est utile d'éloigner les dépendances de la maison habitée.

B. — *Relativement au vêtement :*

1° Le casque est la meilleure coiffure ; il est indispensable dans les pays chauds. Il est même bon d'y joindre le parasol.

2° La flanelle est utile, mais non indispensable.

3° L'expérience seule peut décider si l'on peut se dispenser de chemise.

4° Les vêtements en flanelle sont les plus hygiéniques dans les pays chauds ; il faut les faire larges et permettant à l'air de circuler.

5° Il est mauvais de vivre en babouches, et surtout de marcher nu-pieds.

6° Je considère la ceinture comme utile dans les pays chauds.

C. — *Relativement aux habitudes coloniales :*

1° Je ne crois pas la sieste mauvaise en elle-même. De courte durée, elle repose réellement, et dispose mieux au travail de la seconde partie de la journée.

2° Les siestes lourdes suivent les repas trop copieux. Ce sont ces derniers qu'il faut réformer. Trop ou mal dormir, c'est avoir trop mangé.

3° Les bains constituent une habitude des plus hygiéniques dans les colonies.

4° La douche, au contraire, en excitant la peau qui fonctionne déjà trop, me paraît plus nuisible qu'utile. Elle doit rester un moyen thérapeutique.

Emploi de la naphthaline dans le traitement des maladies des voies urinaires. — M. DE PEZZER (de Paris). La nephthaline, administrée à dose quotidienne de 1 gr. 50 à des malades atteints d'affections diverses des voies urinaires s'accompagnant d'urines très fétides (pyélonéphrite, cystite, prostatite avec stagnation de l'urine, rétrécissement ancien avec fistules multiples, etc.) a fait disparaître rapidement cette fétidité, dans un temps variant de deux à cinq jours. L'urine, primitivement trouble, purulente, alcaline, est devenue limpide, neutre ou acide, et la quantité de pus a diminué ou même disparu. On n'a constaté aucun phénomène fâcheux du côté des voies digestives.

Cette substance, dont les effets ont été comparés chez quelques malades à ceux de la térébenthine, à ceux des lavages avec l'acide borique et avec l'acide phénique, agit d'une manière tout à fait supérieure, puisque ces substances avaient échoué là où la naphthaline a donné de bons résultats ; l'administration par la bouche est aussi préférable aux injections ou aux applications locales en suppositoires, qui n'ont donné aucun résultat.

La naphthaline n'augmente pas le nombre des mictions, comme on l'a prétendu ; elle a eu, au contraire, des effets sédatifs sur une vessie irritable et diminue beaucoup le nombre des envies d'uriner, et, par suite, des cathétérismes. Peut-être agit-elle favorablement sur le rein et la vessie en cas de pyélo-néphrite et de cystite, mais n'aurait-elle que la propriété d'empêcher la fermentation et la fétidité de l'urine, qu'elle serait encore d'un précieux emploi dans le traitement des maladies des voies urinaires.

Traitement des fièvres intermittentes rebelles. — M. JULES ROCHARD (de Paris) communique un travail sur cette question.

Depuis les expéditions du Tonkin, de Madagascar et du Haut-Sénégal, depuis les travaux entrepris pour le percement de l'isthme de Panama, on observe fréquemment en France, et surtout à Paris, un assez grand nombre de cas de cachexie paludéenne et de fièvres intermittentes rebelles contractées dans ces régions insalubres.

Les médecins qui ne sont pas familiarisés avec ces affections les traitent exclusivement par le sulfate de quinine et quand les malades viennent nous consulter, ils en sont saturés et ne savent plus s'ils ont ou non la fièvre. Il faut, dans ce cas, suspendre le sulfate de quinine en le réservant pour les accès à venir et lui substituer le quinquina en poudre et en électuaire, à la dose de dix à quinze grammes par jour, l'arséniate de soude à la dose de un milligramme par repas et l'hydrothérapie, lorsque l'état des voies respiratoires en permet l'emploi.

Cependant s'il survient un accès franc, on donne, immédiatement après, un gramme de sulfate de quinine; on continue, pendant les trois jours qui suivent, le même médicament en diminuant les doses, et si les accès deviennent réguliers on l'administre huit ou dix heures avant. Dans tous les cas, on reprend le traitement indiqué dans l'intervalle. Le régime doit être réparateur, mais varié. Le séjour à la campagne, l'exercice au grand air, sont des adjuvants utiles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 août 1886, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les membres du corps de santé militaire dont les noms suivent, qui ont fait partie de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, savoir :

Au grade de chevalier.— MM. les médecins-majors de 2e classe Cardot, Joannet et Durand.

M. le médecin aide-major de 1re classe Bodinier;

M. le pharmacien aide-major de 1re classe Manget.

— Par décret en date du 23 août 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. Dhoste et Nègre.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Le Pord, Rigabert et Reynaud.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Lafage.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Macé, agrégé, est chargé pendant l'année scolaire 1886-1887 d'un cours de botanique et d'histoire naturelle.

M. Baraban, agrégé et chef des travaux d'anatomie pathologique, est chargé, en outre, pendant l'année 1886-1887, d'un cours d'histologie.

— Le 31 août 1886, M. le professeur Chevreul, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, aura accompli sa centième année. A cette occasion, M. le ministre de l'instruction publique présidera, mardi prochain, à deux heures précises, la cérémonie d'inauguration de la statue de l'illustre savant, par M. Guillaume (de l'Institut), dans la grande salle des nouvelles galeries du Muséum d'histoire naturelle de Paris, en présence non seulement des professeurs et du haut personnel de cet établissement, mais encore des délégués de tous les corps savants de la France et de l'étranger.

Plusieurs discours seront prononcés, entre autres par le ministre

de l'instruction publique et par M. le professeur Frémy, directeur du Muséum. Une notice comportant la nomenclature des principaux travaux et le portrait de M. Chevreul sera remise aux invités par l'administration du Muséum.

Le soir, à sept heures, un banquet, par souscription, sera offert à notre vénéré maître à l'Hôtel-de-Ville.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Mazaé-Azéma, président du Conseil général de la Réunion, décédé à l'âge de soixante-trois ans, à Saint-Denis de la Réunion.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par S. Baudry, professeur agrégé, etc. Premier fascicule. 1 vol. in-8° avec 27 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris. Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19968

N° 100. — SAMEDI 28 AOUT 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 28 AOUT 1886. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phlegmon périnéphrétique indépendant de toute affection rénale, douleurs atroces, incision ; guérison.

Un malade, couché salle Saint-Denys, n° 9, dans le service de M. Mesnet, à l'Hôtel-Dieu, y entra le 2 août dernier dans les circonstances suivantes.

Agé de vingt-cinq ans, exerçant chez un fabricant d'instruments de chirurgie le métier de polisseur d'acier, métier peu fatigant, il n'avait jamais eu de maladies sérieuses, lorsque le 17 juillet, le matin, il fut pris soudain d'une douleur tellement violente dans la région rénale qu'il dut dès lors garder le lit.

Cette douleur ne se calma pas les jours suivants ; elle persistait au contraire, toujours avec cette extrême intensité, empêchant la marche, troublant le sommeil, ne permettant pas même le décubitus dorsal ou les mouvements un peu étendus.

Il n'y avait pas de fièvre, du reste, on comptait seulement 80 pulsations, et la température restait aux environs de 38 degrés, sans s'élever le soir davantage.

Les fonctions digestives s'accomplissaient bien. Il n'y avait eu ni vomissements, ni diarrhée ; les urines étaient normales. Aucun symptôme ne s'était produit qui pût conduire à la pensée de coliques néphrétiques. Les poumons, le cœur, le foie, tous les organes furent trouvés sains.

Ainsi l'unique phénomène qui fût perceptible, c'était cette douleur continuelle, atroce, vers la région rénale droite. Elle était telle que la moindre pression à ce niveau, le moindre contact, arrachait des cris au malade. On ne pouvait donc pas aisément palper à fond cette région. Mais on constatait que la peau qui la recouvrait n'était pas rouge et n'était pas œdématiée.

Par exclusion, M. Mesnet en vint à la supposition d'un phlegmon périnéphrétique qui se serait produit dans la zone cellulaire entourant le rein et qui, évoluant avec les allures franches et rapides d'un abcès chaud, aurait produit, dès le début, d'emblée, les douleurs si vives accusées par cet homme.

M. Tillaux, examinant le malade à son tour, sur la demande de M. Mesnet, arriva de son côté au même diagnostic. En conséquence, le 12 de ce mois, il pratiqua, pendant le sommeil chloroformique, parallèlement à la colonne vertébrale, une incision qui, à 4 centimètres environ de profondeur, atteignit l'abcès et en fit sortir plus d'un verre d'un pus bien lié.

Le soulagement fut immédiat. Le malade put dès lors se tourner dans son lit, s'étendre sur le dos, faire tous les mouvements que la souffrance rendait impossibles auparavant.

On introduisit un drain dans la plaie, on appliqua un pansement antiseptique et tout se passa comme quand il s'agit d'un abcès chaud. Une fois la poche vidée, ses parois adhérèrent entre elles, la cicatrisation s'opéra avec une extrême rapidité, et aujourd'hui la guérison peut être regardée comme tout à fait complète. Dans les jours qui avaient suivi l'opération, la température ne s'était élevée que deux fois d'une façon un peu inquiétante. C'était un dimanche et un jeudi, le soir, après que le malade, ayant reçu beaucoup de visites, avait parlé durant plusieurs heures. Ces deux jours-là, elle avait dépassé 40 ; tandis que d'ordinaire elle oscillait entre 37 degrés et 38°,4.

Ici le seul élément *douleur* avait suffi au diagnostic et conduit à un traitement sans lequel cet homme serait mort.

L'hypnotisme, la suggestion, la mise en scène, l'action morale (1).

C'était un résultat thérapeutique persistant que nous avions obtenu ainsi, en dehors de tout hypnotisme, chez une malade qu'on n'avait jamais essayé d'endormir, par une simple action morale préparée par une mise en scène.

Quand nous la revîmes, quelques semaines plus tard, elle se félicitait vivement de ne plus souffrir de ce genou qui avait été le siège de douleurs si violentes, et elle continuait à pouvoir lui imprimer des mouvements de flexion, qui, avant le moment où nous avions appliqué la main, étaient complètement impossibles depuis plusieurs années.

Il y eut alors, pour ainsi dire, une contre-épreuve, qui fit mieux ressortir encore l'efficacité de l'action morale, indépendamment de toute autre action.

Une longue séance de massage pratiquée méthodiquement et avec une grande énergie par un spécialiste, devant nous,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 774.

n'avait pas permis de fléchir la jambe davantage que le premier jour. Mais aussitôt après, M. le professeur Damaschino, à qui nous avions parlé de cette femme, l'ayant fait appeler dans son laboratoire, voulut par lui-même constater ce que donnerait la simple influence psychique. Parlant avec autorité, il prescrivit comme plus efficace un massage bilatéral qui porterait sur les ligaments. Ce massage tout superficiel amena en quelques secondes une flexion beaucoup plus forte que le vrai massage précédent, à cause de l'action morale beaucoup plus intense que la malade éprouvait en présence d'un chef aussi respecté.

Tout est là en effet, et les mêmes moyens auront des effets merveilleux ou resteront absolument inefficaces suivant le degré de préparation du sujet et la mise en scène.

Rien n'est plus facile que d'obtenir, et nous l'avons fait des milliers de fois, chez des individus que nous n'endormions pas, qui n'avaient jamais été endormis, ce qu'on obtient habituellement par la suggestion hypnotique. Il suffit pour cela de savoir persuader le sujet de l'expérience que ce doit être ainsi.

Peu importe d'ailleurs le choix du procédé : on obtiendra, par exemple, tout aussi bien le phénomène du transfert, le retour de la sensibilité dans les régions qui paraissaient en être privées, sa disparition dans des régions où elle était le plus exquise, l'accroissement ou l'affaiblissement de la puissance musculaire mesurée au dynamomètre, etc., par l'application de morceaux de bois (ce que l'on a décrit sous le nom de xylothérapie), par celle de morceaux de papier de couleurs diverses, que par le souffle, par le regard, par l'apposition de la main, par un aimant, par un morceau de métal. Tout réussira si le malade croit fermement que cela doit réussir.

Bien entendu, nous mettons à part ce monde de simulateurs qui peuple actuellement les hôpitaux, tous ces déclassés des deux sexes, parmi lesquels on compte jusqu'à des repris de justice, qui se sont fait une profession de réaliser au moment voulu les suggestions physiques ou mentales à eux dictées durant un faux sommeil et de devenir ainsi des sujets importants dans des services où on les choie. On en rencontre à chaque pas : et il nous a paru souvent intéressant de bien constater qu'ils simulent; mais au fond cela n'apprend rien pour la question qui nous occupe.

Ceux qui sont vraiment instructifs, ce sont les sujets vierges jusque-là de toute tentative d'hypnotisme, comme l'étaient, par exemple, le jeune homme du service de M. Lancereaux et la jeune femme du service de M. le docteur Peter, qui furent l'un et l'autre si effrayés quand, dans des expériences dont nous avons parlé dans de précédentes revues cliniques, nous avons réalisé sur eux, par une simple action morale, alors qu'ils n'étaient nullement endormis, les phénomènes les plus divers, y compris l'immobilisation momentanée de tel ou tel membre par paralysie flasque ou par contracture invincible.

De même, il n'y a pas de simulation possible quand, par exemple, on fait pâlir ou rougir telle région donnée par simple influence psychique en déclarant qu'elle doit pâlir ou qu'elle doit rougir. C'est ce que nous avons obtenu très souvent chez des malades que nous n'endormions pas et qui étaient vierges de tout hypnotisme.

L'action du moral sur le physique est pour ainsi dire indéfinie ; elle s'applique aux vasomoteurs comme à tous les autres appareils, et elle soulève de bien grands problèmes qu'il serait trop long d'approfondir en ce moment.

Mais nous devons dire que, jusqu'ici, malgré toutes les expériences auxquelles nous avons assisté, malgré toutes les tentatives que nous avons faites nous-même, rien ne nous a prouvé la réalité de ce qu'on nomme aujourd'hui la suggestion mentale, c'est-à-dire d'une impulsion inconsciente, irrésistible, inspirée durant le sommeil et réalisée automatiquement sans laisser acucun souvenir.

En fait de suggestion mentale, nous n'avons rien vu qui dépassât, en dehors de toute simulation, bien entendu, cette action morale qu'exerça, du temps du premier empire, une guérite où durant la nuit une sentinelle s'était suicidée. Le lendemain une autre sentinelle s'y suicidait à la même heure, et ainsi de suite les jours suivants, parce que, dans cette mise en scène qui se représentait identique, ces soldats s'étaient persuadés que cela devait se passer ainsi, que c'était une chose fatale. Pour en finir, Napoléon annonça solennellement, qu'il ferait signaler à l'ordre du jour de l'armée *comme des lâches* tous ceux qui se tueraient ainsi. Cette mise en scène effaça l'autre et il n'y eut plus de suicide.

Nous connaissons bien d'autres preuves de la facilité singulière avec laquelle certains hommes subissent les impulsions reçues du dehors. Nous croyons à ces marques de la passivité, de l'automatisme voulu, de ce qu'on pourrait appeler *la bêtise humaine*, mais nous ne croyons pas aux mystères de la suggestion hypnotique.

Corps fibreux intra-utérins.

Nous venons d'assister à toute une série d'ablations complètes ou de résections de corps fibreux intra-utérins. C'est là une de ces opérations que les procédés antiseptiques rendent tout à fait innocentes, et qui, bien qu'usuelles, ne comptent plus dans la mortalité des hôpitaux.

M. Segond, qui remplace actuellement M. le professeur Le Fort à l'hôpital Necker, procède habituellement de la façon suivante :

Après avoir, pour plus de facilité, incisé de chaque côté le col utérin, il saisit, avec de fortes pinces longues, d'une part la lèvre antérieure, et d'une autre part la lèvre postérieure, de manière à pouvoir, par une douce traction, abaisser l'utérus le plus possible. Les aides auxquels il confie ces pinces sont chargés de maintenir cet abaissement, d'immobiliser complètement l'organe et d'en présenter le col béant, en portant, l'un en haut sa lèvre antérieure, et l'autre en bas sa lèvre postérieure.

L'opérateur trouve un grand avantage à cette fixation de l'utérus. Il peut ainsi bien plus aisément chercher avec le doigt la base d'implantation de la tumeur, la contourner, y conduire la chaîne de l'écraseur ou l'anneau de fil de fer du serre-nœud de Maisonneuve, en vérifier la situation exacte et procéder tranquillement à la section.

Si le corps fibreux est nettement pédiculé, si sa base d'implantation n'est pas tellement haut placée, tellement perpendiculaire à l'axe que la chaîne de l'écraseur doive s'incliner presque à angle droit, c'est un excellent instrument. Dans le cas contraire, l'anse coupante du fil de fer du serre-nœud de Maisonneuve devient préférable ; en effet, la chaîne de l'écraseur se brise quand on la fléchit à angle droit.

En ce qui nous touche, nous avouons nos préférences pour l'anse de fil de fer, car dans une ablation de corps fibreux énorme que nous avons eu personnellement à faire, il nous

a paru beaucoup plus facile d'en suivre la marche avec le doigt et de l'appliquer exactement à l'extrême limite du pédicule, sans que la surface de section fît saillie par rapport au reste de la surface interne.

Mais il faut avouer que l'écraseur est aujourd'hui bien plus à la mode.

Si les détails du procédé opératoire varient un peu, tout le monde est d'accord sur ce point qu'une propreté absolue est d'une importance capitale et que l'antiseptie doit être commencée avant l'opération, pour être reprise aussitôt après.

Elle se fait ici comme pour une plaie ordinaire, au moyen de solutions parasiticides, soit d'acide borique, soit d'acide phénique, soit de sublimé, etc.; puis au moyen de gaze iodoformée, dont on bourre le vagin après l'opération.

Quand il s'agit en réalité d'un polype fibreux, c'est-à-dire d'un corps fibreux pédiculé faisant saillie dans la cavité intra-utérine et séparable d'avec son tissu, quelquefois même énucléable, tout va bien, car la guérison sera radicale une fois ce polype enlevé. Mais il se rencontre des cas dans lesquels on doit se contenter de réséquer seulement en partie un corps fibreux.

Cela s'est présenté par exemple chez une des malades de M. Bouilly, à la Charité. Cette femme est atteinte d'une tumeur fibreuse d'un volume énorme, remontant au-dessus de l'ombilic, inégale, bosselée, faisant corps avec la masse de l'utérus. Mais ce qui motiva son entrée à l'hôpital, c'est qu'une tumeur allongée, remplissant le vagin, sortant par son extrémité entre les lèvres de la vulve, pressait sur le rectum, sur la vessie et devenait une cause de gêne insupportable.

En l'explorant, M. Bouilly reconnut que c'était une longue expansion d'un des fibromes de l'utérus, qui, dans son développement progressif, s'était effilé, pour ainsi dire, à travers le col de cet organe. Une opération radicale était impossible, car ce fibrome non pédiculé se continuait avec la masse que l'on sentait dans l'abdomen, mais on pouvait le réséquer au niveau du col. Bien que ne visant pas à une guérison, c'était encore là une opération vraiment utile. En effet, depuis qu'elle l'a subie, la malade trouve sa situation très améliorée.

Le parasitisme microbien latent.

Nous avons annoncé que nous reviendrions sur la thèse de M. le docteur Léon Jaubert. En effet on y trouve, outre la théorie exposée déjà, une histoire assez étendue des recherches qui ont conduit à supposer dans certaines affections, particulièrement chirurgicales, l'invasion de l'économie par des germes, encore existants entre deux manifestations successives.

Parmi ces affections figure en première ligne l'ostéomyélite, dans le pus de laquelle Becker, Rosenbach, Krauss, etc., avaient constaté la présence d'un microbe particulier, le *staphylococcus pyogenus aureus* ou micrococcus en grappes jaune doré. Il est vrai que ce même microbe se retrouve également dans le plus grand nombre des phlegmons, qu'il n'a donc rien de particulier à cette maladie si grave; mais comme M. le professeur Lannelongue a démontré dans un beau mémoire lu à l'Académie de médecine, par un nombre considérable d'observations, que l'ostéomyélite récidivait souvent par poussées successives, se succédant après des intervalles de plusieurs années, rien n'empêche de croire que, durant ces intervalles, le *staphylococcus aureus* persiste toujours à l'état de germe.

Il en est de même dans les abcès fétides à longue échéance sur lesquels M. Nepveu a récemment appelé l'attention. Ces abcès tardifs, qui se produisent souvent plus de quinze ans après la cicatrisation complète d'une blessure, ne doivent-ils pas leur fétidité à des germes de microbes qui, une fois introduits dans la blessure, seraient restés depuis lors jusqu'à la production de ces abcès à l'état de germes endormis?

M. Jaubert rappelle qu'à l'état de santé le corps humain est habité par une multitude de parasites des espèces les plus dangereuses. La salive renferme, chez la plupart des individus, un micrococcus qui, introduit sous la peau des lapins, les tue rapidement; l'intestin est rempli de vibrions septiques, de ce fameux vibrion qui est l'agent incontestable de la septicémie foudroyante. L'estomac, les voies aériennes, le vagin, contiennent des microbes de la plus grande nocuité. Il est donc facile de comprendre comment ces microbes, ayant fortuitement, par les ouvertures accidentelles que peuvent présenter sur quelques points les muqueuses dépourvues de leur épithélium, pénétré dans un organisme résistant, n'y trouvant pas un milieu favorable pour leur culture, s'y transformeraient en germes dormants jusqu'au moment où ces conditions de milieu se seraient changées. On arriverait à expliquer ainsi les abcès et phlegmons profonds se produisant — sans qu'il y ait la moindre déchirure de la peau pouvant donner accès aux germes de l'air extérieur — et cependant remplis d'organismes parfaitement définis: staphylococcus, streptococcus, etc., comme en général toutes les collections purulentes. Parfois un abcès succède à un autre. C'est ainsi qu'une femme, huit jours après avoir présenté un panaris du pouce droit, fut, à l'occasion d'une entorse, atteinte d'un abcès sous-cutané siégeant au niveau de la malléole externe. En cas pareil, ne doit-on pas penser que les microbes du premier abcès, persistant, à l'état de germes endormis, dans le système circulatoire de cette femme, s'étaient trouvés, au moment de l'entorse, versés dans les tissus avec les globules sanguins et y avaient produit un nouvel abcès?

D'après la théorie moderne, les diverses formes de pneumonies seraient produites par l'évolution de microbes spéciaux qui se trouvent à l'état normal dans les crachats d'un très grand nombre d'individus bien portants mais qui n'attendraient pour se développer que des circonstances favorables. Le cas serait semblable pour l'impaludisme, pour la diphthérie, etc.

En ce qui touche l'impaludisme, Klebs, Crudeli, Cuboni, Cecci, Ziehl, etc., l'avaient attribué à certains bacilles spéciaux; plus tard, Laveran, Marchiafava, Celli, ont décrit d'autres micro-organismes qui en seraient plutôt la cause.

Quoi qu'il en soit, c'est une des maladies auxquelles on a surtout appliqué la théorie parasitaire et dont on explique par l'impaludisme latent les accès tardifs. Il est vrai qu'il ne faudrait pas, ainsi que nous l'avons dit déjà, attribuer à l'impaludisme, parce que la quinine les arrête, des hémorrhagies survenant chez des personnes qui peut-être ont pu traverser quelque marais à quelque époque éloignée de leur vie, mais n'ont jamais eu de fièvre d'accès.

On croit également avoir trouvé pour la syphilis un bacille caractéristique, et c'était bien là, en effet, la maladie qui prêtait le mieux à l'hypothèse d'un microbe s'endormant à certains moments, mais pour se réveiller à d'autres, et

n'abandonnant jamais tout à fait l'organisme une fois infecté.

Le parasite de la tuberculose a trop fait parler de lui pour qu'il soit nécessaire de revenir sur son sujet.

La conjonctivite granuleuse serait le résultat d'un autre parasite, Neisser y a trouvé un micrococcus très analogue à ceux de la blennorrhagie, ce qui serait la confirmation de la théorie de Désormaux qui attribuait les blennorrhagies et les granulations siégeant, soit sur la conjonctive, soit ailleurs, à une seule et même infection, à un seul virus.

Il n'est pas jusqu'aux accès de fièvre éphémère qui n'aient trouvé leur place dans le cadre de la nouvelle théorie. On les explique par la pénétration des microbes intestinaux par quelque point de la muqueuse ayant perdu son épithélium.

On voit que toute la médecine peut passer par là.

Dyspnées d'origine paludéenne.

Les observations d'accès de dyspnée dus à l'impaludisme, recueillies en Syrie par M. le docteur de Brun et communiquées par lui à l'Académie de médecine, nous avaient paru motiver certaines réserves relativement à l'interprétation.

M. le docteur Briand, de l'École de médecine d'Angers, nous écrit à ce sujet :

« Dans le compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 17 août 1886, parlant de la communication de M. le docteur de Brun sur la médecine en Syrie, vous notez certains cas d'impaludisme aigu constituant, suivant l'auteur de la communication, une forme dyspnéique de la Malaria. Cette forme serait caractérisée par une dyspnée qui, en moins d'une heure, devient comparable à celle d'un croup avancé.

Permettez-moi de rappeler que le 7 avril 1883, j'avais déjà noté, dans la *Gazette*, cette forme de l'impaludisme aigu.

Je faisais même appel dans votre journal à l'expérience des médecins exerçant dans les pays à fièvre.

Je me félicite que M. de Brun ait vu, après moi, que l'impaludisme pouvait amener tous les signes d'un croup avancé.

Et je conclus aujourd'hui, qu'au début de tous les croups le sulfate de quinine est désormais indiqué.

Depuis longtemps, je suis convaincu que beaucoup d'enfants considérés comme atteints de croup, et surtout du croup d'emblée, ne sont que des victimes de l'impaludisme. »

Nous nous sommes reportés au mémoire de M. Briand et nous avons vu que les observations rassemblées par notre honorable correspondant différaient assez de celles que M. de Brun a lues devant l'Académie pour rester pleinement en dehors des objections que nous avions émises sur l'explication théorique donnée à ces dernières.

Ce qui nous paraissait écarter l'idée d'un œdème de la glotte chez les malades de M. de Brun, c'était d'abord l'absence constatée de toute rougeur, de toute congestion dans le voisinage, sur la muqueuse de l'arrière-gorge; c'était ensuite l'extrême brièveté de l'accès, ne dépassant pas quatre à cinq heures au plus et se terminant par le retour complet de la santé, *sans convalescence*, sans phénomène en marquant la trace, tel que raucité de la voix, etc.; c'était enfin l'absence de toute mention de raucité de la voix et de toux croupale durant l'accès même. La dyspnée seule était notée, avec le cortège qui l'accompagne quand elle est très forte : sifflements laryngiens, tirage respiratoire, etc. Mais, chez les enfants, il suffit que les lèvres de la glotte se rapprochent par une contracture tétanique, quelle qu'en soit la cause, pour que le passage de l'air se trouve intercepté. Un enfant, qui vient d'avaler de travers un liquide provoquant un spasme de la glotte ou qui contracte ses cordes vocales pendant un accès de coqueluche, présente une dyspnée tout à fait semblable, sans qu'il se soit fait aucun œdème dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

D'ailleurs l'idée d'une action purement nerveuse, dans le genre d'accès observé en Syrie, se trouvait encore confirmée par la description d'autres accès, d'une durée égale, débutant brusquement et se terminant de même par un retour complet à l'état de santé, et ceux-ci caractérisés, non par une dyspnée laryngienne, mais par une extrême rareté des mouvements respiratoires, avec aspect asphyxique et presque état de mort apparente. Or la percussion, l'auscultation, etc., ne révélaient rien d'anomal dans les poumons durant ces accès, et, je le répète, après quelques heures le rétablissement fut absolu, sans que rien rappelât ce qui venait de se passer.

Tout autre est la marche de la maladie dans la dyspnée paludéenne décrite par M. Briand et qu'il attribue avec raison soit à un œdème de la glotte, soit, pour le moins, à une congestion paludéenne. Dans les trois observations qu'il a publiées, il s'agit d'une affection caractérisée, en dehors des phénomènes dyspnéiques, par de la rougeur du pharynx, quelquefois même du gonflement des amygdales, de l'enrouement, pouvant aller jusqu'à l'extinction complète de la voix, etc. Le tout se maintient, bien qu'avec des alternatives d'exacerbation et d'accalmie, durant plusieurs jours. Ce ne sont donc point, comme en Syrie, des accès francs, se dissipant au bout de quelques heures, à la façon d'un accès de fièvre ordinaire, sans laisser de trace, et où sans transition la respiration redevient libre, la voix normale, où jamais d'ailleurs le moindre indice de congestion ne s'est montré sur la partie de la muqueuse accessible au regard.

C'est donc au point de vue nosographique, comme description d'accès spéciaux d'une forme et d'une marche toutes particulières, non encore signalées, que les observations de M. le docteur de Brun étaient surtout intéressantes.

C'est au point de vue étiologique et par conséquent thérapeutique, comme indication d'une cause possible, et par suite, d'une médication à essayer dans une affection assez fréquente en France même, que les remarques de M. le docteur Briand se recommandent à toute l'attention des praticiens.

Revue rétrospective : L'hydramnios traitée par la ponction de l'utérus; la suture de l'estomac après extraction d'une fourchette de fer; les réunions de nerfs coupés.

Voici des nouvelles de quelques malades dont nous avons eu à parler dans ce trimestre.

La femme sur laquelle M. Tillaux a pratiqué la ponction de l'utérus pour remédier à une hydropisie énorme de l'amnios qui menaçait de l'étouffer, va depuis lors tout à fait bien.

La tumeur reste diminuée ; il n'y a plus de gêne respiratoire; toutes les fonctions s'accomplissent normalement et la grossesse se continue.

Ce matin, vendredi, cette femme, qui s'ennuie loin de son ménage, demande à retourner chez elle, et on n'a pas vu de raison pour la retenir, car son état était complètement satisfaisant.

Reste à savoir si l'enfant vit, car, à partir du troisième jour après la ponction, elle ne l'a plus senti remuer.

— L'opéré de M. Polaillon a été pansé aujourd'hui pour la première fois. On a retiré un des fils profonds et un des fils superficiels. La réunion immédiate de la plaie extérieure paraît s'être effectuée dans toute son étendue, le ventre n'est pas ballonné, pas douloureux, et comme on est arrivé au cinquième jour depuis la gastrotomie, tout fait penser qu'il guérira sans accident.

Depuis hier on lui a fait prendre, toutes les deux heures, une cuillerée de lait, quantité que l'on doublera à partir d'aujourd'hui, sans cesser d'ailleurs de lui donner trois lavements alimentaires dans la journée. Ces lavements sont composés de bouillon, de vin, de peptone et d'œufs. On y ajoute quelques gouttes de laudanum, et le malade les a tous gardés.

On lui faisait d'ailleurs chaque jour quelques injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, représentant une quantité totale de 5 à 6 centigrammes de ce sel, afin de prévenir également les contractions de l'intestin et des muscles abdominaux.

L'audace de M. Polaillon paraît donc devoir être couronnée de succès; l'estomac, une fois refermé, aura pu être impunément abandonné, à sutures perdues, dans la cavité abdominale.

— Nous n'avons pas revu la jeune fille sur laquelle M. Tillaux avait réuni le nerf médian, et qui commençait à reprendre toutes les fonctions de ce nerf. On nous a dit que l'amélioration s'était accentuée de plus en plus et qu'actuellement cette jeune fille se servait très bien de sa main.

Mais nous aurions voulu la revoir d'autant plus qu'elle présentait à un haut degré l'hyperesthésie des faces correspondantes de l'index et du pouce que nous considérons comme caractéristique du rétablissement de l'innervation du nerf médian et que nous avons longtemps observée l'année dernière chez un autre opéré de M. Tillaux.

Cette hyperesthésie caractéristique, nous l'avons également trouvée, associée à d'autres foyers de même nature, se rattachant au nerf cubital, chez une femme chez laquelle la suture nerveuse avait été pratiquée à la fois pour une section de ces deux nerfs. Mais nous attendons pour parler de cette dernière malade que M. Segond l'ait présentée à l'Institut, car l'opération très complexe qu'elle a subie doit faire prochainement le sujet d'un mémoire fort intéressant de cet habile chirurgien.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVe SESSION (1886).

Congrès de Nancy (1).

III

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Recherches sur les scrofulides bénignes (Impétigo; acné pilaire palpébrale ou blépharite; acné pilaire nasale; phlyctène périkératique). — MM. BOUCHERON et DUCLAUX (de Paris), en étudiant ces types de scrofulides bénignes, y ont trouvé d'une manière à peu près constante des coccus de même grosseur et de même aspect, qui ne sont peut-être pas identiques les uns aux autres, quand on envisage l'ensemble de leurs propriétés; qui ne le sont sûrement pas quand on considère le degré de virulence qu'ils manifestent au moment où on les puise dans l'organisme; mais qui appartiennent entièrement à la même famille, et possèdent un certain nombre de caractères communs, ainsi que le démontrent les conclusions suivantes de leur mémoire :

1° Comme pour le microbe du clou de Biskra, qui appartient sans doute à la même famille, les cultures successives dans du bouillon de veau stérilisé exaltent la virulence du microbe; le séjour prolongé dans le milieu de culture l'atténue. La nature et la gravité des désordres qu'il amène dans l'économie dépendent, dans une large mesure, de son *âge*, au moment où l'inoculation est pratiquée.

2° Les cultures très virulentes inoculées dans les veines (ce mode d'expérimentation est le plus actif et le plus sûr), à la dose de deux ou trois gouttes, tuent un lapin, en moins de vingt-quatre heures, avec de simples modifications du sang, devenu plus coagulable, et avec une péricardite sérofibrineuse.

3° Les cultures d'activité moyenne, inoculées à la dose d'un centimètre cube, tuent encore le lapin en vingt-quatre heures; mais à la dose de deux ou trois gouttes, elles ne le tuent qu'en trois ou quatre jours, et laissent à des lésions macroscopiques et microscopiques le temps de se produire.

4° Ces lésions sont :

a. Des exsudats (séreux ou sérofibrineux et quelquefois purulents, quelquefois aussi peuplés de coccus), des articulations;

b. Des péricardites, des pleurésies et des péritonites sérofibrineuses, peuplées généralement de microcoques (très rarement purulentes);

c. Des myopathies du cœur et des autres muscles, formées de foyers de dégénérescence vitreuse, et quelquefois de foyers purulents, peuplés aussi de microcoques;

d. Quelquefois des abcès périostiques, des ostéomyélites, des abcès juxta-articulaires ou articulaires, des abcès du petit bassin, des abcès des vertèbres, rappelant le mal de Pott, les coxarthroses, les ostéomyélites et les périostites phlegmoneuses que l'on observe chez l'homme;

e. Des paralysies de l'arrière-train, avec liquide céphalorachidien, peuplé ou non de microcoques.

f. Des méningites avec cris stridents prolongés, comme hydrencéphaliques:

g. Des néphrites à foyers blancs ou jaunes d'or, contenant des amas de microcoques;

h. Quelquefois des petits abcès du foie;

i. Une hypertrophie rouge ou jaune des ganglions lymphatiques.

4° Les cultures très atténuées ne produisent que des lésions légères, curables, ou pas de lésions. (Certaines vésico-pustules de l'homme ne contiennent plus que des microcoques atténués spontanément dans l'organisme humain, et dont les cultures successives peuvent remonter la puissance.)

5° Les injections de ces coccus, à un haut degré de virulence, dans la trachée et dans l'estomac, ne provoquent ni la mort, ni un état accusé de maladie.

L'injection, dans les lames de la cornée, de cultures très actives, produit une kératite à hypopyon. L'injection avec des cultures moins actives produit seulement une kératite sans hypopyon.

Avec ces lésions locales, l'animal ne meurt pas, en général.

Dans les lésions des scrofulides bénignes existent donc un ou plusieurs coccus très voisins, sinon identiques, qui, inoculés dans les veines d'un lapin, produisent de nombreuses lésions rappelant les accidents notés en clinique comme dépendant de la scrofulose interne.

On a le droit de rapprocher de ces coccus ceux que MM. Malassez et Vignal ont trouvés dans les lésions osseuses de l'enfant;

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 791.

celui que M. Rodet a retrouvé dans l'ostéomyélite; celui du furoncle et celui du clou de Biskra.

On a aussi le droit de rapprocher les phénomènes résumés plus haut, de l'observation clinique si souvent faite des méningites infantiles, survenues dans le cours d'un impétigo céphalique important, méningites qui succédent à une amélioration relative de l'impétigo cutané, chez des familles exemptes de tuberculose.

Du sang dans les races humaines. — M. MAUREL (de Cherbourg) croit pouvoir conclure de ses études sur cette question que toutes les races n'ont pas la même richesse de sang, et qu'elles présentent sous ce rapport de véritables différences ethniques.

Ces différences peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° C'est la race noire qui paraît avoir le nombre d'hématies le plus considérable (5 112 256 les noirs de la Guadeloupe) puis viennent les Indo-Européens (5 000 000 les Européens et 5 008 222 les Hindous) ensuite les Jaunes (4474751 les Khmers, 4334861 les Chinois et 4 238 731 les Annamites).

2° Le chiffre des Khmers est intermédiaire aux deux peuples dont ils proviennent, les Hindous et les Jaunes, se rapprochant beaucoup plus de ces derniers par ce caractère comme par les autres.

3° Le même fait est encore plus marqué pour les leucocytes.

4° Sous le rapport de cet élément, ce sont les Hindous qui ont les chiffres les plus élevés (5549), puis viennent les Khmers (5519) ensuite les Européens (5 000), après viennent les Jaunes (Chinois 4 611, Annamites 4 123), et en dernier lieu les Noirs (3 823).

5° Ce fait me paraît être d'autant plus digne d'être signalé, que j'attribue un rôle important aux leucocytes dans la reconstitution du sang.

De la rhinoplastie sur appareil prothétique.—M. A. PONCET (de Lyon) fait passer sous les yeux des membres présents des photographies de malades dont le nez, en tant que charpente, avait été détruit en partie ou en totalité, et chez lesquels il a pratiqué la rhinoplastie, avec un lambeau frontal, après avoir préalablement appliqué une charpente en platine, implantée solidement dans le squelette voisin: frontal, branches montantes du maxillaire.

Le fait important, dit M. Poncet, est la parfaite tolérance d'un appareil en platine qui, à aucun moment, n'a provoqué des accidents inflammatoires, et n'a causé ni gêne ni suppuration appréciable.

L'auteur croit pouvoir conclure que : dans les destructions étendues du dôme nasal, lorsque l'ossature de soutien a disparu, on peut la remplacer par un appareil prothétique immédiatement appliqué et destiné à rester en place.

Le platine doit être préféré à tout autre métal : argent, aluminium, etc.

L'adjonction de cette pièce artificielle rend possibles des restaurations contre lesquelles la chirurgie réparatrice avait été, jusqu'à ce jour, à peu près impuissante.

C'est surtout dans les destructions étendues du nez, telles que les déterminent le lupus et la syphilis, que l'on pourra, en dehors des cas traumatiques où elle est naturellement indiquée, songer à la rhinoplastie sur appareil prothétique.

Pour les épithélioma du nez, en raison de la nature de l'affection, de l'âge du sujet, M. Poncet fait de grandes réserves; il est cependant tel cas de néoplasme épithélial relativement bénin, où une large ablation peut mettre pendant longtemps à l'abri d'une récidive et où il serait permis de penser à une restauration dans les conditions dont il vient de parler.

De la pneumonie « maladie infectieuse ». — M. LANCEREAUX (de Paris) a observé dans son service hospitalier, du 25 janvier au 25 mars 1886, c'est-à-dire dans l'espace de deux mois, vingt-trois cas de pneumonie qui ont offert des particularités intéressantes.

Ils coexistaient avec des cas de grippe, et, dans une même salle, où avaient été reçus des pneumoniques venant du dehors, on vit se développer presque simultanément six cas de pneumonie qui se terminèrent tous par la mort, quelques-uns débutèrent manifestement par un stade grippal.

L'évolution clinique de la maladie, et la présence de pneumocoques dans les différents organes (plèvre, endocarde, etc.), qui furent atteints parfois en même temps que le poumon, sont des faits de nature à faire revenir à l'ancienne conception de la fièvre pneumonique.

M. Lancereaux envisage cette affection comme une maladie générale, microbienne, épidémique et contagieuse, effectuant sa localisation ordinaire au niveau du poumon, mais pouvant aussi se déterminer sur un autre organe simultanément ou indépendamment de la lésion pulmonaire.

De l'hématémèse non cataméniale d'origine hystérique. — M. AUGUSTE OLLIVIER (de Paris) lit un important travail sur cette question.

Chez les individus en puissance d'hystérie, quel que soit leur sexe, on rencontre parfois des gastrorrhagies plus ou moins abondantes qui paraissent exclusivement dues à un état spécial du système nerveux.

Cette variété d'hématémèse, que l'on a trop de tendance à regarder comme symptomatique d'un ulcère de l'estomac, est, en réalité, une forme d'hystérie locale, à foyer gastrique et à manifestation hémorrhagique.

L'absence de troubles profonds de la nutrition, la soudaineté du début, le fait d'une commotion nerveuse, le rétablissement assez prompt de la santé, peuvent généralement nous faire connaître la véritable nature du mal.

Note sur un cas de paralysie des dilatateurs de la glotte. — M. GOUGUENHEIM (de Paris) présente l'observation d'un cas typique de paralysie des dilatateurs de la glotte, ayant nécessité la trachéotomie. Le malade succomba, quinze mois après l'opération, à une tuberculose pulmonaire dont les premiers symptômes se montrèrent sept à huit mois après le début des accidents laryngiens.

A l'autopsie on trouva une adénopathie péritrachéale surtout marquée à la partie supérieure et une altération assez sérieuse du nerf récurrent. L'examen histologique des muscles dilatateurs ne permit pas de constater de lésion; M. Gouguenheim se demande donc si, dans ce cas, la cause des accidents doit être attribuée à la paralysie des muscles dilatateurs.

Les arguments en faveur de cette étiologie ne sont pas très probants; dans un grand nombre de ces faits, les muscles n'ont pas été trouvés altérés. La théorie de la position superficielle des fibres respiratoires du récurrent est une pure hypothèse; la contracture secondaire des muscles antagonistes est encore une hypothèse, car les symptômes de constriction glottique sont très rapides.

Les arguments contraires ont une très grande valeur; tout d'abord ces accidents sont susceptibles de s'améliorer sous l'influence des anesthésiques en inhalations et en applications directes. Ils se développent communément sous l'influence des lésions du nerf récurrent par compression, et, dans ce dernier cas, on n'a guère le droit d'incriminer la paralysie d'un muscle isolé. Du reste, cette compression détermine quelquefois une altération si étendue du nerf récurrent qu'il n'y a pas de raison sérieuse pour viser l'unique altération des fibres du muscle crico-arythénoïdien postérieur. Les accidents qui se développent en pareil cas ressemblent, sans conteste, à des accès de spasme laryngien, un peu modifiés toutefois par la continuité de la sténose. Mais cette continuité de la contracture musculaire n'est pas un fait particulier à l'affection étudiée par l'auteur, car dans l'hystérie, un semblable état peut se produire.

Après la paralysie la plus complète, de la contracture peut se manifester, et cette contracture est quelquefois assez grave pour entraîner la mort. L'image laryngoscopique de cet état est absolument semblable à celle de la paralysie des dilatateurs. Pourquoi donc admettre alors des causes différentes?

M. Gouguenheim pense que la contracture ou le spasme sont la cause des accidents attribués à la paralysie des dilatateurs. Cette opinion, d'ailleurs, semble gagner, dit-il, beaucoup de terrain depuis les expériences faites en Amérique et en Allemagne.

La compression des nerfs ne joue pas toujours dans ces cas un rôle constant; une altération du récurrent pourrait provoquer les mêmes signes que cette lésion, soit descendante, soit ascendante, de même des troubles réflexes peuvent produire les mêmes signes.

Observation de dystocie par spondylizème, démonstration de la pièce pathologique. — M. GRYNFELLT (de Montpellier). Bien que l'existence d'une angustie pelvienne ne fût point douteuse chez la jeune primipare qui fait le sujet de cette observation et qui succomba à des accidents éclamptiques avant d'être délivrée, la véritable déformation du bassin que révéla l'autopsie fut méconnue au cours de l'accouchement. D'ailleurs, cette observation clinique et anatomo-pathologique date de 1872, tandis que le premier travail de M. Herrgott sur le spondylizème est de 1877 seulement. Le Congrès de Nancy, cette ville étant, si on peut s'exprimer ainsi, la patrie du spondylizème, a provoqué cette présentation.

Au surplus, la pièce anatomo-pathologique, qui est le seul point véritablement intéressant de cette communication, met non seulement en évidence la pathogénie du spondylizème par l'affaissement du corps des deux premières vertèbres sacrées et des trois dernières vertèbres lombaires (dont il ne reste, pour la cinquième et la quatrième, que l'arc postérieur); mais encore, elle démontre nettement, par la propagation du processus *carieux* ou plutôt tuberculeux à la symphyse sacro-iliaque gauche, comment pareille lésion de cette dernière articulation peut donner lieu à la production de l'obliquité ovalaire du bassin que Nœgelé regardait toujours comme le résultat d'une malformation originelle, opinion que Martin (d'Iéna) fut un des premiers à combattre.

Enfin cette observation est de celles qui prouvent sans réplique la curabilité complète de la tuberculose locale, surtout dans la première enfance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur René Briau, décédé à Paris le 23 août 1886, et dont les obsèques ont eu lieu avant-hier, au milieu d'un grand nombre de médecins. Notre regretté confrère était bibliothécaire de l'Académie de médecine depuis l'année 1855.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19969

N° 101. — MARDI 31 AOUT 1886. 59e ANNÉE. MARDI 31 AOUT 1886. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Sarcome testiculaire. — II. Fibrome ossifiant du maxillaire supérieur. — III. Grenouillette.

I. Depuis quelque temps déjà, nous avons dans nos salles un homme porteur d'une tumeur énorme du scrotum.

Tout d'abord son récit nous avait trompé. Il nous avait dit que sa tumeur datait de deux ans, qu'elle était indolore, que pendant dix-huit mois elle avait fort peu grossi et que, il y a cinq ou six mois, elle avait tout à coup, dans l'espace d'une nuit, pris un développement considérable. D'où nous avions cru pouvoir conclure à une hydrocèle, d'autant plus que, malgré l'absence de toute transparence de la tumeur, certaines particularités nous autorisaient à émettre ce premier diagnostic, tout en formulant certaines réserves.

Je mis mon malade en observation, car d'autre part les veines étaient volumineuses, grosses comme le petit doigt, et l'on sait que, en présence de canaux veineux aussi considérables, il est permis de soupçonner l'existence de quelque tumeur sarcomateuse, surtout si le diagnostic est incertain.

Je pratiquai donc une ponction exploratrice, un peu de liquide s'écoula ; mais en faisant tourner mon trocart, je sentis le frottement d'une substance molle, de plus avec quelques gouttelettes de sang je ramenai gros comme une tête d'épingle d'une matière que le microscope nous a fait reconnaître pour du sarcome.

Dans ces conditions, le pronostic était fort grave, surtout en nous rappelant le développement rapide de la tumeur et sa mollesse. En effet, de pareils sarcomes récidivent généralement assez vite; ils se développent chez des hommes jeunes comme notre malade, qui n'a pas plus de trente-trois ou trente-quatre ans.

Cependant, avec sa tumeur néoplasique, cet homme est encore gros et paraît vigoureux; mais il a une teinte cachectique jaunâtre qui me fait craindre que nous ne soyons déjà en face de quelque généralisation cancéreuse, bien que l'examen des divers organes ne nous ait rien révélé à cet égard. Le cordon est sain; nous ne trouvons rien dans la fosse iliaque, rien le long de la colonne vertébrale, et l'observation ne décèle aucun processus pathologique.

Donc une première question se présente : parce que le sarcome mou est une affection dont la généralisation est rapide, devons-nous renoncer à toute opération? Certainement non, car j'ai souvenance de plusieurs malades qui, grâce à l'intervention chirurgicale, ont obtenu une survie de cinq ou six ans. Une autre raison, d'ailleurs, nous engagerait à intervenir : je veux parler de la menace de voir la tumeur prochainement s'ulcérer si nous ne l'opérons pas.

Nous allons donc en faire l'ablation, d'autant plus que, en somme, la castration n'est pas une opération grave par elle-même, qu'elle est généralement bien supportée et se termine ordinairement, en tant qu'opération, par une guérison rapide. Comme manuel opératoire : incision prolongée en bas et en dehors, de façon à faciliter l'écoulement des liquides qui pourraient se former dans la plaie; ligature en masse et pansement au sublimé.

II. Notre second malade est un homme que j'ai opéré ces jours derniers d'un fibrome du maxillaire supérieur, ainsi que je l'avais parfaitement diagnostiqué antérieurement, d'un fibrome et non d'un chondrôme ou d'une tumeur à myéloplaxe.

Ce fibrome s'accompagnait d'une hyperostose énorme de l'os, et non pas d'une exostose, car la tuméfaction du maxillaire n'était pas limitée, localisée à une portion de l'os, comme dans le cas d'exostose, mais elle s'étendait à la totalité de ce maxillaire.

La tumeur était ainsi formée par une couche de tissu fibreux d'une épaisseur de 1 centimètre. Elle présentait ceci de particulier que le tissu fibreux s'enfonçait dans l'une des alvéoles dont la dent avait été extraite, au centre même de l'os. Au premier abord, on eût pu prendre ce tissu pour du cartilage; il en avait à la fois l'aspect et la transparence, mais le microscope nous a montré qu'il était bien, au contraire, de nature fibreuse.

En résumé, nous avions bien affaire à une tumeur fibreuse enveloppant le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, en un mot à un fibrome ossifiant.

J'ai été, pendant l'opération, surpris par quelques difficultés que je pouvais d'autant moins prévoir que les renseignements qui m'avaient été fournis me représentaient mon malade comme un individu très sobre, très rangé, tandis qu'en réalité il était un buveur de première force, un véritable alcoolique. C'est ainsi que, au début de la période anesthésique, les dents étaient tellement serrées que nous dûmes nous servir d'un levier pour lui ouvrir la bouche et

placer un morceau de bois entre les dents, de façon à maintenir les mâchoires écartées. La face était vultueuse, les poumons congestionnés, et, à un moment donné de l'opération, le sang coulait à flots par toutes les petites artérioles ouvertes. Néanmoins nous sommes parvenu à enlever, sans aucun autre incident, le maxillaire avec l'apophyse ptérygoïde.

Dans la journée, le malade a eu une nouvelle hémorrhagie. Depuis lors il va bien et tout nous fait espérer une bonne et assez prochaine guérison.

III. Enfin nous avons à opérer une grenouillette chez une jeune femme de trente-deux ans. Le début de la tumeur remonte à quatre années, mais celle-ci ne s'est accrue réellement que depuis peu de temps. La parole est assez gênée; de plus, la tuméfaction augmente tout à coup d'une façon intermittente, la nuit, et donne lieu alors à l'écoulement d'un liquide salé.

Il s'agit bien d'un kyste salivaire ou grenouillette, dont la poche se rompt de temps à autre et laisse échapper le liquide qu'elle renferme. Hier même, nous avons été témoin du fait, la poche s'amincit peu à peu à un endoit quelconque et s'ulcère de façon à créer une petite ouverture, comme si nous avions pratiqué une incision.

Dans ces conditions, il ne suffit pas de faire une simple ouverture comme s'il s'agissait d'un kyste du conduit de Wharton, mais bien d'agir comme si l'on était en présence d'un kyste sébacé, kyste avec lesquel les tumeurs salivaires présentent une grande analogie. Il faut détruire la poche elle-même au moyen du chlorure de zinc, non pas par le procédé de M. Le Dentu, c'est-à-dire par des injections qui auraient l'inconvénient de solidifier la tumeur, mais bien par le manuel opératoire suivant : je fends la poche et maintiens les lèvres du kyste écartées et j'y introduis une boulette de charpie imbibée de chlorure de zinc. Je laisse celle-ci pendant vingt-quatre heures en contact avec les parois de la tumeur, et la guérison s'obtient au bout de quelques jours.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVe SESSION (1886).

Congrès de Nancy (1).

IV

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Sur la rage du loup. — M. DU MESNIL (de Paris). Nos lecteurs se rappellent que M. Pasteur, dans sa communication du 12 avril 1886 à l'Académie des sciences (2), avait signalé et la rapidité plus grande de l'apparition des accidents rabiques après la morsure des loups et la mortalité plus grande, chez les individus mordus par les loups, que la mortalité des individus mordus par les chiens.

M. Du Mesnil, médecin de l'Asile des convalescents de Vincennes, confirme aujourd'hui ces deux propositions en apportant une statistique basée sur 342 cas d'individus mordus par des loups.

De cette statistique, il résulte que les accidents rabiques chez les individus mordus par ces animaux se déclarent le plus fréquemment du vingtième au trentième jour, alors que chez ceux qui ont été mordus par des chiens enragés, ils apparaissent seulement du quarantième au cinquantième jour.

Quant à la mortalité des individus mordus par les loups enragés, elle est de 60,23 pour 100, c'est-à-dire le double de celle des hommes mordus par les chiens enragés.

Abordant ensuite la question de prophylaxie, M. le docteur Du Mesnil tire des faits exposés par lui ces conclusions que les individus mordus par les loups doivent être l'objet d'un traitement beaucoup plus actif et surtout appliqué à une époque la plus rapprochée possible de l'inoculation.

Malgré les conditions fâcheuses dans lesquelles ont été faites jusqu'à présent les injections prophylactiques par la méthode de M. Pasteur aux blessés mordus par des loups enragés, dont un grand nombre, les Russes notamment, n'ont commencé le traitement que longtemps (14, 15 jours) après avoir été atteints ; sur les 50 inoculés, 8 seulement ont succombé, soit 16 pour 100 au lieu de 60.

M. le docteur Du Mesnil termine en signalant la création d'Instituts anti-rabiques à Vienne, Odessa, Saint-Pétersbourg, Moscou, Varsovie, Sumara au-delà du Volga, à Milan, en Roumanie, au Brésil.

Depuis le début des inoculations entreprises au laboratoire de M. Pasteur, il a été inoculé 1235 Français ou Algériens, sur lesquels 3 seulement ont succombé.

Dissociation dans l'état d'hypnotisme et à l'état de veille des phénomènes psycho-moteurs. — M. EDGAR BÉRILLON (de Paris). Chez l'homme, le travail mental a pour résultat non pas seulement la perception consciente des impressions, l'acquisition d'idées, la formation de jugements, mais aussi l'expression de la pensée et l'établissement de relations psychiques entre les individus.

Ces manifestations extérieures de ce qui a paru dans l'esprit, des émotions et de la pensée, s'effectuent principalement à l'aide de mouvements et de sons qui correspondent chacun à une sensation ou à une idée.

Hughlins, Jackson et Dugald Steward ont, les premiers, fait ressortir les relations étroites qui existent entre les perceptions psychiques et leurs représentations extérieures. Stricker, dans ses récents travaux sur la parole et les sons intérieurs, a nettement établi qu'on ne pouvait pas penser à une lettre de l'alphabet sans exécuter sur les lèvres les mouvements qui correspondent à la prononciation de cette lettre.

Il est donc hors de doute que toute espèce d'idéation donne lieu à un ordre particulier de mouvements.

L'indissolubilité des phénomènes psycho-moteurs serait aussi démontrée à l'aide d'un procédé inverse, par les célèbres expériences de Braid, qui, le premier, a constaté que dans l'état cataleptique, en imprimant aux membres du sujet une attitude déterminée, l'émotion en rapport avec l'attitude imprimée se manifesta immédiatement sur les traits de son visage. C'est ce qu'il appelait la *suggestion par le geste*. C'est ce que M. Dumontpallier, dès les premières expériences qu'il a faites, à la Pitié, avec M. Bérillon, avait appelé la *suggestion par l'intermédiaire du sens musculaire*. Ainsi, par exemple, si l'on joint les mains du sujet, ses traits reflèteront le recueillement de la prière et toute son attitude indiquera la supplication; qu'on lui place le poing fléchi, le poing fermé, aussitôt l'on verra se peindre sur la physionomie l'expression de la colère et de la menace, etc.

Bien d'autres faits pourraient concourir à établir l'indissolubilité des actes mentaux et des phénomènes moteurs d'expression. Cependant, M. Bérillon a cherché à dissocier expérimentalement, dans l'hypnotisme, ces actes et ces phénomènes qui paraissent à première vue si dépendants l'un de l'autre. A cet effet, il a institué des expériences d'une grande simplicité, pouvant être variées à l'infini ; deux exemples suffiront pour en montrer l'importance. Utilisant l'aptitude spéciale que présentent certains sujets, aussi bien dans l'état d'hypnotisme que dans l'état de veille, de se laisser contracturer les muscles de tout le corps et en particulier de la face, et de garder ainsi pendant un temps variable l'attitude dans laquelle on les a fixés, l'auteur a fortement contracturé la face de plusieurs sujets dans l'expression de l'hilarité, la plus

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 801.
(2) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 356.

nette et la plus saisissante, à tel point que cette hilarité apparente se communiquait par imitation aux spectateurs de l'expérience. En même temps, il évoquait dans le cerveau de ces sujets, par des récits susceptibles de les émouvoir, des pensées tristes en complet désaccord avec l'expression de leur physionomie. Inversement, il pouvait, après avoir fixé la physionomie du sujet dans une expression lugubre, provoquer l'éclosion, dans son cerveau, d'idées très gaies.

Rien n'était plus saisissant que ce contraste d'émotions diverses coïncidant avec des expressions de physionomie en opposition complète avec l'idée perçue. D'autant plus que, les muscles des membres n'étant pas contracturés, le reste du corps, à l'exception de la face, était animé de mouvements, en rapport avec l'émotion ressentie par le sujet.

Ces expériences pouvaient être prolongées très longtemps sans que le sujet en fût fatigué. Elles ont été faites sur des hommes, soit dans l'état de somnambulisme, soit dans l'état de veille.

Elles ont permis de conclure qu'il était possible d'obtenir expérimentalement, chez l'homme éveillé ou hypnotisé, la dissociation de phénomènes qui, à l'état normal, apparaissent indissolubles. Grâce à elles, M. Bérillon pouvait, en effet, modifier à son gré les facultés d'expression du sujet; quelles que fussent son émotion intime ou la force de sa volonté.

De plus, elles apportent un appui considérable à la doctrine des physiologistes qui, comme M. Milne-Edwards, pensent que le principe du perfectionnement par la division du travail, s'applique surtout au fonctionnement du cerveau et que, par conséquent, les diverses facultés psychiques peuvent être, jusqu'à un certain degré, indépendantes les unes des autres.

Des applications de l'hématoscopie à la physiologie et à la clinique. — M. A. HÉNOCQUE (de Paris) dit que l'hématoscopie est une méthode d'analyse spectrale du sang pur non dilué et du sang contenu dans les tissus. Elle comporte deux modes d'examen principaux :

Le premier consiste à déterminer, avec l'hématoscope d'Hénocque, la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang extrait d'une piqûre au doigt.

Le deuxième consiste à examiner, avec le spectroscope à vision directe, le sang à travers l'ongle du pouce et à compter la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine.

L'activité de la réduction est le rapport qui existe entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de la réduction. On l'évalue en unités d'activité en calculant la moitié du quotient de la quantité d'oxyhémoglobine par la durée de réduction.

L'unité d'activité est la quantité d'oxyhémoglobine réduite normalement dans une seconde dans le pouce.

L'activité de la réduction varie indépendamment de la quantité d'oxyhémoglobine. Elle est augmentée, en général, chez les individus à constitution sanguine, les arthritiques, les herpétiques, les rhumatisants dans les périodes aiguës ou subaiguës du rhumatisme, dans l'angine herpétique, etc. Par contre, elle est diminuée, en général, dans les anémies, la chlorose, l'épilepsie, les états bilieux passagers, les troubles de la croissance, ceux de la menstruation, certaines phases de la phthisie. Enfin, l'activité de réduction est influencée par les médications générales et locales, dont les effets immédiats ou éloignés sont mesurés et démontrés par l'hématoscopie.

Avec le spectroscope double récemment construit par M. Lutz, sur les indications de M. Hénocque, deux personnes peuvent pratiquer les examens ensemble et contrôler leurs résultats.

Traitement de la phthisie par les inhalations d'acide fluorhydrique. — M. SEILER (de Paris) a traité des tuberculeux par les inhalations d'acide fluorhydrique, par séances journalières d'une heure, et répétées vingt, trente fois et même davantage. Le procédé opératoire consiste à faire barboter de l'air, à l'aide d'un soufflet de bijoutier, dans un mélange d'eau et d'acide fluorhydrique, contenu dans un flacon de gutta-percha, dans les proportions suivantes :

Eau, 150 grammes; acide fluorhydrique, 50 grammes.

L'air chargé de vapeurs fluorhydriques est chassé dans la salle dans la proportion d'environ dix litres par mètre cube. C'est dans cette salle que séjournent les malades.

Les résultats obtenus ont été les suivants : L'oppression et la dyspnée ont disparu après un nombre de séances variant de 1 à 10; — les quintes de toux ont été supprimées et remplacées par quelques accès; — les sueurs nocturnes ont disparu après un nombre de séances variant de 6 à 15; — le sommeil est redevenu bon et réparateur; — l'expectoration a été modifiée d'une manière très sensible; elle est devenue bronchique chez les uns et a changé de caractère chez les autres; — l'appétit est revenu très vite chez les uns (4 à 5 séances), lentement chez les autres (12 à 15 séances); le poids du corps augmentait en proportion.

Enfin du côté des voies respiratoires, les troubles organiques et fonctionnels s'amendent lentement, il est vrai, mais l'amélioration est indéniable.

De l'amaurose hystérique. — M. BERNHEIM (de Nancy). L'amaurose hystérique, comme toute hémianesthésie sensitivo-sensorielle des hystériques, est purement psychique; le sujet voit avec sa rétine; il voit avec son cerveau; la rétine reçoit l'impression, le centre cortical visuel la perçoit. Mais l'hystérique neutralise l'image inconsciemment avec son imagination; il ne voit pas avec les yeux de l'esprit, il se fait une illusion négative (destructive) des impressions perçues.

Deux hystériques, du service de M. Bernheim, avaient une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et, entre autres symptômes, on observait une amaurose gauche complète.

Or, après avoir constaté que le sujet, l'œil droit fermé, ne voyait rien de l'œil gauche, il fut facile de s'assurer que cette cécité était purement psychique. A cet effet, M. Bernheim s'est servi de l'appareil imaginé par M. Stœber, qui est une modification de celui de Snellen, appareil qui sert à déjouer les amauroses simulées. Il met à une hystérique des lunettes ayant un verre rouge et un verre vert, et il leur fait lire sur un cadre, six lettres imprimées sur des verres alternativement verts et rouges.

On sait que, si avec un verre rouge on regarde un verre vert par transparence, on ne distingue rien, le vert et le rouge mélangés donnant du noir. En effet les hystériques, de M. Bernheim, lisant de l'œil droit seul (le gauche étant fermé) avec le verre rouge, ne voyaient que les lettres sur verre rouge, et non les vertes; mais si on leur laissait les deux yeux ouverts, elles lisaient couramment toutes les lettres sur verre rouge et sur verre vert; elles lisaient celles qu'elles étaient censées ne pas voir, et qu'elles voyaient à leur insu et d'une façon inconsciente.

Le fait peut aussi se démontrer, à l'aide du prisme. Un prisme produit de la diplopie, lorsqu'on regarde avec les deux yeux, parce qu'une image est déviée. Les hystériques atteintes d'amaurose unilatérale ne devraient voir qu'une image; or, elles voyaient les deux; donc l'œil amaurotique voyait à leur insu.

L'achromatopsie hystérique est tout aussi psychique que l'amaurose. M. Grenier, dans sa thèse d'agrégation, cite l'expérience suivante, due à M. Parinaud. Une hystérique est achromatope; l'œil gauche voit tous les objets en gris. Un carton, coloré en vert, est vu vert par l'œil droit, et gris par l'œil gauche. Cela posé, si on place un prisme devant l'œil droit, le sujet au lieu de voir une image verte et une image grise, voit deux images vertes. Si on place le prisme devant l'œil gauche, au lieu de voir une image grise et une image verte, il voit deux images grises. L'auteur ne trouve aucune explication suffisante. Il s'agit là évidemment d'une auto-suggestion inconsciente. Le sujet, voyant à travers le prisme sur l'œil droit deux images vertes, cela semble prouver que celle de ces deux images fournies par l'œil gauche est verte et non grise, à l'insu du sujet. Si, à travers le prisme sur l'œil gauche, il voit les deux images grises, c'est qu'il croit que l'œil gauche voit en gris, parce qu'il a vu que le prisme dédouble, parce qu'il ne sait pas que l'une des images est fournie par l'autre œil, enfin parce qu'il se suggère inconsciemment alors que l'œil gauche achromatope doit voir les deux images grises.

Chez une troisième hystérique, M. Bernheim a pu confirmer ce fait et cette explication. L'œil gauche était achromatope, un objet rouge était vu en gris par cet œil, en rouge par l'œil droit. Ceci posé, il lui fait regarder l'objet à travers un prisme, elle le voit double. Si fermant l'œil achromatope, on place le prisme devant l'œil droit, elle ne voit qu'un seul objet rouge; cela est exact. Si, fermant l'œil droit, on fait regarder un objet coloré en rouge ou en vert, elle le voit gris de l'œil gauche; mais si alors on place un prisme devant cet œil, au lieu de voir l'objet simple et gris, elle le voit double et avec *sa vraie couleur*. Le prisme a rendu la couleur réelle, il a effacé l'illusion en troublant, pour ainsi dire, le jeu de l'imagination malade; d'autre part, le sujet se suggère par un nouveau jeu de l'imagination, une image double. Ce sont donc bien des faits d'auto-suggestion inconsciente.

L'amaurose, pas plus que l'achromatopsie hystérique n'existent en tant que troubles organiques matériels; ce sont des illusions de l'esprit, ce sont des manifestations psychiques.

Les névropathologistes ont donné le nom de cécité psychique, cécité de l'âme à un symptôme caractérisé par la conservation de la vision avec perte de la mémoire visuelle. Le sujet alors voit, mais il ne sait pas qu'il voit. M. Bernheim croit qu'il est plus rationnel d'appeler ce symptôme *amnésie visuelle*, et de réserver la démonstration de *cécité psychique* à la *cécité* par imagination, destruction des images par l'agent psychique; c'est celle-là qu'il vient de signaler chez les hystériques. Il ajoute que l'amaurose et l'achromatopsie suggérées dans l'état hypnotique, sont de même nature et se comportent de la même façon.

L'auteur du mémoire que nous analysons, rapporte aussi que chez ses trois hystériques l'hémianesthésie, l'amaurose, l'amblyopie disparurent instantanément, pour ainsi dire, par suggestion hypnotique.

En résumé, M. Bernheim conclut, en terminant, que l'amaurose hystérique n'a aucune localisation anatomique; qu'elle ne réside ni dans la rétine, ni dans le nerf optique, ni dans le centre cortical visuel; enfin qu'elle est localisée uniquement dans l'imagination du sujet.

Paludisme et pneumonie. — **M. A. NETTER** (de Nancy), en 1859, lors de la guerre d'Italie, terminait sa visite à l'hôpital de San Benigno (de Gênes), quand un de ses collègues vint le prier de voir avec lui, en consultation, l'aumônier de l'établissement, atteint, disait-il, d'une bronchite intense et fébrile survenue brusquement. Une saignée avait produit une amélioration telle que, la veille, il avait pu vaquer aux soins de son ministère, tandis que le lendemain il existait une pneumonie.

Arrivé auprès du malade, M. Netter vit un homme d'une constitution herculéenne, mal assis dans son lit, la figure rouge et exprimant une vive douleur. Il ne faisait que gémir et tousser, expectorant des crachats rouillés et visqueux. On constatait de la matité et des râles crépitants en arrière, dans les deux tiers inférieurs du côté gauche. La pneumonie était évidente, et l'auteur allait conseiller le traitement alors classique (saignées coup sur coup, émétique à doses hyposthénisantes et vésicatoire final), quand, à sa vive surprise, il remarqua que le pouls était tout à fait normal, non pas faible ou opprimé, mais régulier comme chez une personne bien portante.

Les fièvres palustres prédominant alors, M. Netter se demanda si le cas ne rentrait pas dans les affections de cette nature et interrogea sur ses antécédents le malade, qui lui répondit qu'il demeurait depuis un mois dans l'hôpital même, situé sur une colline dominant la mer, ajoutant que, pendant tout ce temps, il avait joui d'une santé parfaite et qu'il n'était pas sorti de l'établissement.

Mais précédemment, ayant suivi les ambulances, il avait contracté *une fièvre*. Disons encore que, la nuit passée, le malade avait eu du délire.

En se remémorant ces détails, M. Netter s'expliqua l'anomalie dans l'hypothèse que voici : l'aumônier, en accompagnant l'armée, aura contracté le germe de la diathèse palustre. Après la cessation de sa fièvre, la diathèse aura persisté à l'état latent jusqu'à ce que, l'avant-veille, survint un nouvel accès dissimulé sous la forme d'une bronchite aiguë. L'amélioration qui suivit la saignée (pure coïncidence) aura tenu à l'intermission naturelle de la maladie, et c'est peut-être la saignée qui, ayant rendu le second accès plus violent, l'aura compliqué d'un délire passager et aura transformé la fièvre bronchique en fièvre pernicieuse pneumonique.

Dans ces conditions, ne serait-on pas en présence d'un état pneumonique local, restant de l'accès de la nuit? A la vérité, ce n'est pas d'ordinaire le cas, l'intermittence portant habituellement sur les deux ordres de phénomènes locaux et généraux; mais la bizarrerie des formes palustres se prête à toutes les suppositions. Quoi qu'il en soit, la prescription suivante fut faite : six ventouses scarifiées sur le côté douloureux; un gramme de sulfate de quinine comme essai.

Le soir, à la contre-visite : gêne de la respiration notablement diminuée; douleur de côté presque nulle; encore des crachats rouillés, mais moins abondants; mâtité et râles crépitants comme le matin; apyrexie persistante.

Le lendemain, 31 octobre, amélioration considérable; point de crachats pneumoniques; douleur nulle et respiration libre; quelques bulles de râle crépitant; pas de fièvre; sulfate de quinine, 8 décigrammes.

Les 1er, 2 et 3 novembre, *convalescence parfaite;* continuation de la quinine dans la crainte d'une rechute. Un de ces trois jours, le malade s'étant plaint d'une certaine gêne dans les voies nasales, leur examen montra sur le pourtour des narines, des deux côtés, un cercle de vésicules d'herpès. Cette petite éruption, qui s'étendit ensuite sur le bout du nez, ne tarda pas à sécher.

M. Netter rappelle cette observation en raison surtout de ce qui a été dit déjà, d'une part sur le paludisme en chirurgie, d'autre part sur une épidémie de pneumonies anomales à Paris (1). Si le paludisme existe plus ou moins souvent, à Paris, au fond des maladies externes, il doit se retrouver de même plus ou moins souvent au fond de n'importe quelle maladie interne.

Partant de là, et une épidémie de pneumonies anomales ayant surgi à Paris, il y a lieu de se demander si le sulfate de quinine, convenablement administré, n'aurait pas ici également dissipé le mal.

M. Netter dit, en terminant, que dans les pneumonies anomales, les observations devraient être recueillies non seulement matin et soir, mais à toute heure, en quelque sorte d'une manière permanente, sans quoi quelque rémission *insolite* pourrait passer inaperçue. Si à Gênes le hasard n'avait pas amené l'auteur auprès du malade durant la rémission fébrile, il n'eût certes pas reconnu la nature particulière de l'affection.

Hernie diaphramagtique chez un homme de quarante-sept ans. — **M. LALLEMENT** (de Nancy) communique les résultats d'une autopsie qu'il a faite sur le cadavre d'un manœuvre mort après une hémorrhagie par rupture du rein survenue à la suite d'une chute sur le côté droit.

L'estomac presque entier et une partie du côlon transverse ont été trouvés dans la cavité pleurale gauche sans aucune trace d'inflammation de celle-ci. Les viscères herniés passaient à travers un orifice du centre aponévrotique du diaphragme, de forme ovalaire, de sept centimètres de longueur, au pourtour duquel ils étaient reliés par des adhérences lâches.

Cette hernie paraît avoir eu pour point de départ un coup de tampon, reçu trois ans auparavant, lequel avait déterminé une contusion plus ou moins violente et consécutivement une altération scléreuse du rein droit.

Elle ne s'était manifestée par aucun symptôme appréciable pendant la vie et n'avait pas empêché le sujet de se livrer à toutes les occupations d'une profession pénible.

M. Lallement compare ce fait à plusieurs autres observations et conclut en admettant que les hernies diaphragmatiques avec orifice en boutonnière sont des hernies acquises et résultent d'un traumatisme indirect.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 802.

Des causes prochaines de la mort de l'individu dans les maladies. — M. FAUVELLE (de Paris). La vie pour Bichat était le résultat réciproque de la respiration, de la circulation et de l'innervation, et la mort était produite par la suppression de l'un quelconque de ces trois facteurs.

Mais aujourd'hui l'embryologie montre que le poumon n'est qu'un diverticule de la surface cutanée et que la circulation a précédé le cœur. Ces deux organes ne sont que des accidents qui subissent les variations les plus grandes dans les diverses séries animales et finissent même par disparaître. Bref, de la trilogie de Bichat il ne reste plus que l'innervation et le système nerveux qui en est le siège.

L'organisme, tel qu'on le conçoit maintenant, est un assemblage d'éléments histologiques qui procèdent tous par fissiparité de la cellule œuf. Ils ont leur vie propre, croissent, se reproduisent et meurent chacun pour son propre compte; seulement ils se sont différenciés, et de cette différence est résultée une division du travail qui d'abord était concentré momentanément dans l'œuf comme il l'est, pendant toute la vie, chez les protozoaires monocellulaires. Dans cette espèce de république, les rôles sont plus ou moins importants, et M. Fauvelle les passe en revue pour rechercher quels sont ceux des éléments dont l'importance est prépondérante et de l'existence desquels dépendent les causes prochaines de la vie et de la mort de l'individu; il termine son travail par les conclusions suivantes :

Les causes prochaines de la mort sont :

1° L'absence ou la diminution de l'oxygène inspiré sous l'influence duquel se développe l'influx nerveux;

2° L'absence ou la diminution des albuminoïdes qui doivent réparer les pertes produites par cette action;

3° La présence de substances toxiques, quelle qu'en soit l'origine, qui entravent le travail, dont les éléments nerveux sont le siège, ou en amènent la désorganisation plus ou moins complète.

De l'indolence et de la douleur dans les néoplasmes. — M. VERNEUIL (de Paris) fait remarquer, en commençant son importante communication, que les ouvrages actuels de pathologie chirurgicale sont absolument muets sur le chapitre spécial de la douleur dans les néoplasmes. Et, cependant, le sujet méritait d'être traité, d'autant plus qu'il règne, tant dans le public médical que dans le public extramédical, des idées complètement erronées sur cette question.

On dit, en effet, que la douleur est généralement nulle ou faible dans les néoplasmes bénins : lipome, adénome, fibrome; et, au contraire, qu'elle est forte et quasi-constante dans les tumeurs malignes : épithéliome, ostéosarcome, cancer. Cela est absolument faux. En effet, des tumeurs bénignes peuvent être très douloureuses, tandis que, par contre, des tumeurs malignes seront complètement indolentes. Ces données sont très incertaines pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des tumeurs.

Prenons le diagnostic : lorsque la douleur manque, le médecin et le malade négligent, en présence des symptômes morbides, de faire l'examen de l'organe, et nécessairement la tumeur est méconnue. Cette erreur de diagnostic entraîne avec elle une erreur de pronostic et une erreur de traitement; et c'est ainsi qu'une opération qui serait urgente est repoussée ou ajournée. Prenons un exemple : voilà une femme arrivée à la ménopause; elle a des métrorrhagies répétées et plus ou moins abondantes : *mais elle ne souffre pas*. La malade répugne à se laisser examiner; si bien, que les choses en restent là jusqu'au jour où des symptômes plus graves, des pertes sanieuses, un amaigrissement inquiétant, imposent au médecin le devoir de faire un examen plus approfondi de la malade. Alors on constate un envahissement du col et du vagin; mais il est déjà trop tard pour opérer. Voilà donc une faute colossale qui repose sur une erreur théorique.

Autre chose : un individu porte à la langue une petite ulcération qui ne se cicatrise pas, le malade a eu ou n'a pas eu la syphilis, mais en présence de l'indolence complète de cette ulcération, on songe à une affection de nature spécifique; par suite, on bourre le sujet d'iodure de potassium et de mercure. On en sait les résultats, aussi M. Verneuil n'insiste pas. Mais ce qui est sûr, c'est que lorsqu'on reconnaît enfin la nature de l'ulcération, il est trop tard, la progression s'est faite, les ganglions sont envahis, et l'opération est hors d'époque.

La dolence et l'indolence sont des signes contingents des tumeurs, *et quelle que soit la nature du néoplasme, l'indolence est beaucoup plus commune que la douleur* au début. Pourquoi? C'est que tant que la tumeur n'est pas envahissante, elle ne peut être douloureuse.

Dans plusieurs cas, et notamment chez une femme qui portait au cou une énorme tumeur cancéreuse du corps thyroïde donnant lieu à des accès de suffocation formidable, M. Verneuil a pu sectionner en plein dans la tumeur avec le thermocautère, *sans toucher aux parties circonvoisines*, et, par suite, sans que les malades eussent manifesté le moindre signe de douleur.

La raison en est simple. M. Nepveu, que M. Verneuil avait chargé de faire des recherches en ce sens, n'a jamais constaté, dans les tumeurs : cancer, épithélioma, etc., la présence de nerfs; aussi les néoplasmes ne deviennent-ils douloureux que lorsqu'ils prennent une marche envahissante et qu'ils irritent les nerfs du voisinage. Ceci est absolument capital; car la douleur devient un signe important pour le clinicien : elle *indique la marche envahissante de la tumeur*, un commencement de généralisation, soit dans les ganglions voisins, soit dans les viscères; dès lors, aussi, le résultat de l'opération est compromis.

En résumé, il est incontestable que la douleur existe dans les néoplasmes, mais c'est un phénomène *extrinsèque*, tandis que l'indolence est un phénomène *intrinsèque*.

M. Verneuil aurait voulu étudier aussi les formes, les variétés, la signification; mais le temps ne le lui permettant pas, il réserve ces questions pour un travail ultérieur.

Influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections extra-laryngiennes. — M. PAUL KOCH (de Luxembourg) rappelle la grande importance que le laryngoscope a acquise dans le diagnostic des diverses affections laryngiennes, surtout comparativement à nos anciennes méthodes d'exploration.

On sait que les phthisiques fournissent le plus grand contingent des maladies de la gorge; un tiers de tous les tuberculeux est atteint du larynx. Les symptômes laryngiens précèdent souvent de loin les symptômes pulmonaires; c'est ainsi qu'une ulcération tuberculeuse du larynx permet de poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Ce diagnostic est corroboré, si on réussit à démontrer le bacille tuberculeux dans les sécrétions fournies par ces ulcérations. De plus, l'examen laryngoscopique chez les tuberculeux forme la base du diagnostic et du traitement topique si importants en pareil cas.

Les ulcérations laryngiennes survenant dans la période aiguë de la fièvre typhoïde sont plus fréquentes qu'on le croit généralement; elles marchent de pair, dit l'auteur, avec les ulcérations caractéristiques de l'intestin, et sont dans la proportion de 1 sur 10 sur le vivant, de 1 sur 3 sur les victimes de l'infection générale. Aussi le miroir laryngien conduira-t-il tout médecin non seulement au traitement de ces ulcérations, mais encore au diagnostic vrai dans les cas douteux, au diagnostic également des troubles laryngés purement nerveux et des ulcérations laryngiennes d'origine typhoïde.

Les ulcérations syphilitiques et surtout les gommes laryngiennes sont de la plus grande valeur pour le diagnostic de la syphilis. Il suffit d'avoir vu une seule fois l'image caractéristique de ces troubles pour ne plus se tromper. Dans ces cas, quand l'anamnèse et l'examen ultérieur ne fournissent que des résultats négatifs, le miroir seul mènera au véritable diagnostic.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, les articulations crico-aryténoïdiennes sont affectées par exception; dans le miroir, on les aperçoit sous la forme de tumeurs rondes, uniformes et douloureuses. Une dyspnée à type laryngien surgissant subitement dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, fera penser à

cette éventualité, et c'est encore le miroir qui éclairera le diagnostic sous ce rapport.

M. Koch passe aussi en revue les nombreux services que peut rendre le laryngoscope dans les paralysies laryngiennes, consécutives à la diphthérie, à un empoisonnement chronique par le plomb, l'arsenic, l'atropine, dans celles qui se lient à un cancer œsophagien, dans la maladie de Bright, dans les affections thoraciques qui entraînent avec elles des spasmes et des paralysies glottiques, etc.; en un mot, dans une série de maladies diverses, dont la simple énumération prouve à l'évidence la grande valeur du miroir laryngien. Celui-ci est donc appelé à figurer dignement à côté de l'ophthalmoscope et de l'otoscope, quand il s'agira du diagnostic des affections extra-laryngiennes.

Contribution à l'étude du gliôme de la rétine. — M. STŒBER (de Nancy) présente deux moitiés d'yeux énucléées et conservées dans une solution transparente de gélatine et de glycérine. Ces yeux sont atteints du gliôme de la rétine, arrivé à un âge différent, et présentent tous deux des lésions très intéressantes. Le gliôme a perforé la coque scléroticale et a pullulé dans tout le tissu cellulaire orbitaire.

L'origine de ce néoplasme n'est pas encore complètement connue. Swanoff trouve qu'il se développe à l'origine aux dépens des cellules du tissu cellulaire de la couche des fibres nerveuses et dans la tunique adventive des vaisseaux, et plus tard aux dépens des cellules de la couche granuleuse interne et des noyaux des fibres radiées. D'après M. Poncet (de Cluny), les cellules du gliôme sont de nature connective. Kuhut et Otto Becker ont observé que les gliazelles sont très fréquentes chez l'enfant et disparaissent plus tard : ce serait là le point de départ du gliôme.

Le gliôme est un sarcome à cellules nombreuses et rondes, avec un contenu protoplasmique peu abondant et un noyau peu volumineux. Il présente une grande quantité de vaisseaux, mais peu de tissu aréolaire ; de plus, le gliôme semble se nourrir aux dépens de la substance même de la cornée.

Des rapports qui paraissent unir les déformations du membre inférieur dans la coxalgie avec la double source d'innervation de l'articulation coxo-fémorale. — M. RENÉ DUZÉA (de Lyon) adresse un mémoire basé sur un certain nombre de faits cliniques et dont voici les conclusions :

1° *La cause générale mais non absolue* des attitudes vicieuses du membre inférieur dans la coxalgie réside dans la contraction réflexe, puis la contracture et enfin la rétraction de certains groupes musculaires agissant sur le membre inférieur et le bassin.

2° Cette contracture musculaire est la conséquence d'un réflexe parti du point où siège la lésion initiale articulaire, se transmettant aux centres par l'intermédiaire des rameaux nerveux qui président à la sensibilité de cette zone articulaire et revenant par les filets moteurs du même plexus et peut-être aussi du même nerf.

Ainsi, une lésion articulaire postérieure provoque la contracture des muscles postérieurs (abducteurs) par l'intermédiaire du plexus sacré.

Une lésion de la partie antérieure provoque la contracture des muscles antéro-internes (adducteurs) par l'intermédiaire du plexus lombaire.

Enfin, quand l'articulation est envahie d'emblée dans toute son étendue, il se produit probablement un réflexe dans les deux plexus et il y a lutte entre les deux faisceaux musculaires correspondants. Mais comme le groupe des adducteurs est de beaucoup plus puissant que celui des abducteurs, il l'emporte sur ces derniers et l'on voit le membre se placer, en fin de compte, en adduction, etc.

3° Cette dernière considération et la fréquence remarquable des lésions initiales de la coxalgie sur la tête fémorale, sur le ligament rond, sur le fond de la cavité cotyloïde et sur la partie antérieure de la capsule, expliquent la fréquence si grande de l'attitude vicieuse du membre inférieur en *flexion, adduction et rotation en dedans.*

Contre-indications de l'extirpation des tumeurs tirées de l'examen du sang au microscope. — M. A. NEPVEU (de Paris), dans une précédente note présentée à la Société de biologie le 17 janvier 1874, a indiqué le premier quelques caractères qui permettent de savoir si la généralisation des tumeurs mélaniques s'est déjà effectuée.

Le 17 juillet de la même année 1874, M. Clauzel présenta sa thèse de doctorat sur le même sujet, thèse pour laquelle il l'avait aidé de ses conseils et lui avait fourni quelques nouvelles observations; depuis lors, aucun fait nouveau n'est venu confirmer ou infirmer ce que M. Nepveu avait avancé. Il sait cependant que divers auteurs, entre autres M. Terrillon, ont eu occasion de vérifier ces données.

Mais, depuis quelque temps, de nouvelles observations lui sont tombées entre les mains, observations absolument confirmatives, qu'il résume ainsi qu'il suit :

1° M. X... (de Tours), examiné par MM. Thomas, Verneuil, Trélat, etc.; tumeur mélanique de l'aisselle; examen microscopique : généralisation démontrée par l'examen du sang; mort quelques mois après;

2° M. W... (d'Alsace) : tumeur mélanique du doigt médius droit, cautérisation, tuméfaction ganglionnaire dans l'aisselle, généralisation démontrée par l'examen microscopique du sang; mort quelques mois après;

3° M. C..., tumeur mélanique du gros orteil enlevée en 1883; tuméfaction des ganglions inguinaux en 1885; ablation des ganglions le 3 février 1886 par M. Verneuil. Récidive dans la fosse iliaque : ce malade vit encore.

Cette observation est la plus curieuse de toutes, et M. Nepveu attire spécialement sur elle l'attention.

En effet, *avant l'opération*, voici ce qu'il a trouvé dans le sang de ce malade :

(*a*). *Globules blancs*, devenus presque tous entièrement noirs par absorption des granulations mélaniques.

(*b*). *Granulations mélaniques libres* en assez grande quantité.

(*c*). *Teinte légère de noir de fumée* de certaines masses de globules rouges.

(*d*). *Moules capillaires semblables aux cylindres fibrineux des reins*, peu étendus, mais teintés irrégulièrement en noir : ce sont probablement des coagulations emboliques dérivant de la tumeur même.

A trois reprises différentes, M. Nepveu a examiné le sang *après l'opération*, trois fois, à quinze jours d'intervalle; *après l'opération, la diminution des granulations mélaniques libres ou absorbées par les leucocytes était considérable.*

Enfin, il a examiné le sang au mois de juillet dernier, lorsque le malade était *en pleine récidive;* tous les signes indiqués plus haut étaient revenus à leur maximum d'intensité.

De plus, ce qui explique bien la présence de ces embolies capillaires mélaniques, c'est que, à quatre reprises différentes le malade était tout d'un coup resté aphone, une fois pendant quelques instants, les autres fois pendant plusieurs jours, qu'il avait eu une sorte d'attaque, dit-il, et était tombé comme paralysé.

Actuellement, il est très légèrement hémiplégique, il ne s'en doute pas, mais certainement il a un foyer cérébral de généralisation.

Nouvel instrument pour l'exploration fonctionnelle de la rétine, et nouvelle méthode pour la détermination de la perception des couleurs. — M. CHARPENTIER (de Nancy) présente un instrument nouveau destiné à l'examen clinique des fonctions visuelles. Cet instrument peut servir :

1° A l'examen de la sensibilité lumineuse par la méthode du minimum perceptible.

2° A l'examen de la perception des couleurs d'après la même méthode.

3° A l'examen de la perception des différences de clarté ou perception différentielle, dans la lumière blanche et dans la lumière colorée.

4° A l'examen de la perception des couleurs d'après une méthode nouvelle, consistant à faire paraître sur fond incolore une surface colorée de plus en plus intense et saturée jusqu'à reconnaissance de la couleur par l'œil.

Cet instrument se compose :

1° D'un tube de cuivre horizontal d'environ cinq centimètres de diamètre supporté par un pied fixé sur une tablette de bois. Ce tube est fermé à chaque extrémité par un verre dépoli, auquel on peut substituer au besoin un disque translucide quelconque en papier, en porcelaine, etc. De plus, grâce à deux lentilles convergentes presque contiguës, l'image du verre dépoli postérieur se forme sur le disque antérieur.

Un écran d'ouverture variable se place entre les deux lentilles et permet de découvrir une surface variable sur ces lentilles et, par conséquent, de régler à volonté l'éclairage du verre dépoli antérieur. Cet éclairage est en effet proportionnel à la surface libre de l'ouverture du diaphragme en question. Cette surface libre est toujours un carré dont le côté est indiqué en millimètres sur une graduation extérieure. Le carré de ce côté indique l'éclairage relatif du verre dépoli antérieur.

2° Le verre dépoli antérieur est placé au fond d'un tube oculaire par lequel on regarde et qui constitue, lorsque l'œil est placé à l'entrée, une chambre absolument noire.

Ce tube oculaire se raccorde avec le premier tube à lentilles par une boîte carrée dont le côté gauche peut être ouvert ou fermé à volonté. Lorsque la paroi gauche existe, l'instrument sert à la détermination du minimum perceptible. Une lampe à l'huile, donnant une lumière constante, éclaire la partie postérieure de l'instrument. Un appendice spécial placé entre cette partie et la source lumineuse peut recevoir des verres colorés servant à déterminer le minimum de couleur perceptible.

M. Charpentier entre ensuite dans de longs détails sur le fonctionnement de l'appareil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 août 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Davillé, Louge, Charon, Catellan, Giraud, Gilbert, Quermonne, Trévelot, Chaudeborde, Guntzburger dit Kinsbourg.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les docteurs Boiffin et Hartmann sont nommés pour quatre ans prosecteurs, en remplacement de MM. Castex et Ramonède, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Lejars est chargé, du 1er octobre 1886 au 30 septembre 1887, des fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Barette, appelé à d'autres fonctions.

—Le mercredi 22 septembre 1886, il sera procédé, dans une des salles de la Mairie du Ve arrondissement de Paris, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19980

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On ne voit pas trop bien pourquoi l'Académie s'obstine à vouloir continuer ses réunions hebdomadaires, alors que son bureau lui-même prend des vacances, bien gagnées.

Pour masquer le vide de l'ordre du jour, il faut qu'un homme d'esprit occupe, comme cette fois, le fauteuil de la présidence, et qu'un heureux hasard lui donne à invoquer quelque prétexte de chômage, une fête telle que le centenaire de M. Chevreul.

Pour le combler, il faudrait plus encore : quelque innovation chirurgicale motivée d'urgence par un accident tel que le fait dont M. Polaillon a entretenu l'Académie dans la séance précédente.

A propos de ce fait, il courait hier un faux bruit, dont plusieurs journaux se sont fait l'écho.

On disait que le bateleur qui avait avalé une fourchette de fer, retirée par M. Polaillon, venait de mourir dans les douleurs atroces d'une péritonite suraiguë.

Rien de plus faux. Au contraire, ce malade, au pansement duquel nous venons d'assister aujourd'hui mercredi, n'a pas souffert un seul instant et va si bien qu'il fumait une pipe alors qu'on annonçait sa mort.

Il prend actuellement, chaque jour, à peu près un litre de lait, et il est resté neuf jours entiers sans aller à la garde-robe ; puis il y est allé quatre ou cinq fois de suite. Le ventre est souple, absolument indolent, car au moment où nous entrions dans sa chambre il s'amusait pour se distraire à tambouriner dessus avec le bout des doigts. Il a d'ailleurs très bonne mine et est très gai. On a retiré la plupart des fils de la suture abdominale. Sur le trajet d'un de ces fils, il s'était fait un petit foyer de suppuration qui donne un peu de pus. Partout ailleurs la réunion s'est effectuée.

Si l'on n'avait toujours à craindre, vu le caractère du malade, quelque imprudence, on pourrait dire que tout danger est maintenant passé, car l'opération date de dix jours.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Hydarthroses et arthrites du genou.

Je veux dans cette leçon comparer les uns avec les autres différents cas d'affection du genou.

I. Le 2 de ce mois nous avons fait, chez un petit malade, une ponction du genou. Le liquide extrait était transparent, visqueux, et d'une coloration jaune analogue à celle de l'huile.

Le 6, nous avons pratiqué la même opération chez un jeune homme de vingt-deux ans, qui avait reçu un coup de pied de cheval, lequel avait déterminé, dans l'espace d'une demi-heure, un gonflement par épanchement sanguin considérable de l'articulation du genou. Ce genre d'épanchements se résorbe généralement avec le temps, mais si l'on ponctionne l'articulation et qu'on la comprime ensuite, la guérison est plus rapide. Elle l'est même d'autant plus que l'on a pris toutes les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Ceci est une condition expresse pour la parfaite innocuité de l'opération.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de cinquante ans, qui a reçu, il y a vingt et un jours, un coup sur le genou, d'où un épanchement abondant en avant et en dehors de l'articulation du genou, qui a dû commencer dans la bourse séreuse prérotulienne. Au premier abord, vu le gonflement du genou, on crut à un épanchement intra-articulaire, tandis que, en réalité, il est extra-articulaire.

En résumé, dans le premier cas il s'agissait d'une hydarthrose ; dans le second, d'une tumeur à la fois synoviale et sanguine ; dans le troisième, d'un hygroma suite de contusion. Dans le premier cas : liquide jaune, transparent et visqueux ; dans le second, liquide synovial et sanguin ; dans le troisième, liquide aqueux, non visqueux, coloré en rose par du sang.

Voilà donc trois cas d'affection du genou parfaitement caractéristiques.

II. J'ai maintenant trois malades de la même espèce, c'est-à-dire présentant des variétés d'arthrite et d'hydarthrose dues à des poussées d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. Ce sont trois jeunes gens.

Ces arthrites sont dues à une exagération de développement de l'extrémité inférieure des os.

Le premier est un garçon de dix-sept ans, entré pour une déformation du genou, accompagnée des phénomènes sui-

vants : tuméfaction notable due à la déformation du tibia et des condyles du fémur plus saillants en dedans, qui s'explique par des phénomènes de croissance sans avoir déterminé de genu valgum, les os ayant fléchi en dehors. De là une mobilité transversale du genou empêchant le malade de marcher.

Comme remède à pareille infirmité, ce qu'il faudrait, ce serait un appareil capable de maintenir le membre dans la rectitude, et d'empêcher les ballottements du genou. Malheureusement les ressources budgétaires ne permettent pas à l'hôpital de fournir cet appareil au malade qui de son côté n'en peut mais.

Le second malade est sorti au mois de février dernier ; il a vingt et un ans, il exerce la profession de couvreur. Il n'est pas très vigoureux. Son appareil respiratoire n'est pas malade, mais le sujet est faible, pâle, et depuis l'âge de quatorze ans il se plaint de douleurs parfois très vives dans les genoux, qui cessent par le repos. Quand il travaille trop, qu'il se fatigue, les douleurs augmentent, les genoux deviennent plus volumineux et la marche est plus difficile.

Au mois de novembre 1884, il est arrivé à l'hôpital et y est resté jusqu'au mois de février dernier. Ses genoux étaient globuleux, gros, la synoviale était épaissie, la rotule touchait difficilement les condyles. Cependant point de douleurs au repos, nulle tendance à la suppuration ; les muscles fémoraux sont atrophiés, les extenseurs principalement. La synoviale épaissie donne la sensation d'un corps étranger ; l'extension complète est facile, la flexion ne dépasse pas l'angle droit.

La compression et le repos amenèrent une très grande amélioration, et le malade put quitter l'hôpital.

Enfin, le troisième cas est celui d'un jeune garçon de dix-sept ans, pâle, maigrichon, le type du vrai gavroche parisien. Pendant son enfance, il a eu des écoulements d'oreille et des engorgements ganglionnaires du cou.

Il y a quatre ans, il a fait une chute sur le genou ; conséquences : tuméfaction du genou et impotence pendant six semaines, puis guérison. Il y a six mois le même genou se serait tuméfié spontanément ; des applications répétées de vésicatoires auraient été suivies d'une guérison incomplète. Enfin, depuis un mois le genou se serait tuméfié de nouveau tout à coup et considérablement, de sorte qu'il entrait à l'hôpital avec une tension du genou *rare* et telle qu'on ne pouvait sentir le choc rotulien par suite d'un épanchement rapide et considérable. Si l'épanchement était ancien, la synoviale serait lâche, tandis que sa tension est le signe d'un épanchement récent et devenu très rapidement abondant.

Le genou droit est donc très volumineux, tendu, les deux culs-de-sac sont également tendus, la peau est saine. La mensuration des os nous donne, pour le fémur sain, une épaisseur au niveau des condyles de $0^{m},085$ et pour le fémur malade $0^{m},089$; de même pour le tibia sain, au niveau de son extrémité supérieure, $0^{m},080$ et pour le tibia malade $0^{m},084$.

La pression du genou est douloureuse ; la ponction donne issue à un liquide jaune, huileux. La rotule glisse très bien sur les condyles ; point de fongosités, rien enfin si ce n'est quelques petits mouvements de latéralité. Ainsi, âge dix-sept ans ; hydarthrose commencée il y a quatre ans, reproduite il y a six mois, puis il y a un mois ; hydarthrose chronique sans fausses membranes, sans épanchement sanguin, caractérisée par la présence d'un liquide simplement articulaire, avec augmentation de volume des extrémités osseuses (fémur et tibia).

En résumé, voici donc trois malades, tous trois jeunes, en plein âge de croissance, atteints d'une affection chronique, avec poussées successives, mais sans le caractère aigu des arthrites suppurées, sans continuité comme dans les arthrites de nature tuberculeuse, sans destruction des surfaces articulaires, ni fongosités, ni abcès, ni trajets fistuleux, sans présenter non plus cette acuité d'invasion ni le processus des arthrites rhumatismales.

Comme pronostic, nous dirons que, malgré la bénignité apparente de l'affection, la guérison, en pareils cas, est toujours lente.

MANIFESTATION DE L'INFECTION TYPHIQUE
ABSOLUMENT APYRÉTIQUE.

Par M. le docteur Baudisson (de Quinson).

Malgré le grand nombre de travaux auxquels se livrent, avec la plus louable ardeur, chimistes et micrographes, malgré la découverte des microbes, des ptomaïnes, des leucomaïnes et des microzymas, on peut encore dire aujourd'hui, je crois, que le poison générateur de la fièvre typhoïde nous est inconnu. Tout ce qu'on sait, c'est qu'il peut naître soit primitivement dans l'organisme, sous l'influence de certaines conditions encore ignorées (origine spontanée), soit provenir de certaines émanations miasmatiques (origine extrinsèque), soit, enfin, se transmettre de l'homme malade à l'homme sain (origine contagieuse).

Or, quel que soit le mode par lequel elle manifeste son action, l'infection typhique ne produit pas nécessairement la totalité de ses effets, et il existe, dans ces manifestations, une gamme très complexe qui peut varier du *typhus gravissimus* au *typhus levissimus*. Du reste il n'y a rien là qui doive surprendre, puisque le même fait se produit dans toutes les maladies de la même catégorie : variole, rougeole, scarlatine, etc.

La fièvre, dite muqueuse, est un degré de cette infection typhique ainsi que le prouvent : 1° la similitude des symptômes (sauf atténuation variable), 2° la durée de la maladie, 3° sa coexistence avec la fièvre typhoïde, proprement dite, pendant le cours d'une épidémie et 4° enfin, surtout, la possibilité de transmission, souvent constatée, de la fièvre muqueuse en fièvre typhoïde et réciproquement.

Bien plus, il existe un état morbide qu'il m'a été donné d'observer un bon nombre de fois déjà, que je n'ai trouvé décrit nulle part dans les auteurs, et que je considère également comme une manifestation de l'infection typhique (dont il serait l'expression la plus atténuée), bien qu'il se montre, pendant tout le cours de sa durée, absolument apyrétique. C'est une forme fruste de la maladie ; mais elle se présente avec un cortège de symptômes tel qu'aujourd'hui je n'hésite plus à la diagnostiquer et à la désigner, auprès de mes clients, quand l'occasion s'en présente, sous le nom d'*état muqueux*, tant il ressemble par ses prodrômes, ses symptômes (sauf l'absence de la fièvre), sa marche et sa durée, à la fièvre muqueuse.

J'ai pris l'habitude de dire, dans ces cas, aux malades que je ne puis pas appeler leur maladie une fièvre muqueuse, puisqu'ils n'ont pas la fièvre ; mais qu'ils vont passer ainsi trois ou quatre semaines, au moins, sans changement notable dans leur état, absolument comme s'ils avaient la fièvre

muqueuse; et mon pronostic se réalise le plus souvent de tous points.

En effet, comme dans la fièvre muqueuse, très habituellement, il existe une période prodromique constituée par un malaise général et une langueur de tous les organes et de toutes les fonctions. On ne se plaint encore de rien, mais on est plus facilement las, l'appétit est diminué, le sommeil moins bon et moins réparateur. Au bout de quelques jours de cet état, pendant lesquels la morbidité s'accentue, surviennent une très légère céphalalgie, ou plutôt des lourdeurs de tête et surtout des bourdonnements d'oreilles. Les malades se plaignent d'entendre le vent souffler, d'entendre des bruits de cloche, des chants de grillons (ce symptôme est celui auquel j'attache le plus d'importance, parce que je l'ai constamment observé). Quelquefois un peu de sang se mêle aux mucosités nasales, sans qu'il y ait épistaxis, à proprement parler.

Du côté des voies respiratoires on observe assez généralement, pour ne pas dire toujours, un état congestionnel qui se manifeste par de la toux et par une expectoration visqueuse. J'ai vu, dans quelques cas, cette congestion des bronches assez accentuée pour m'obliger à la combattre par quelques révulsifs. La langue est saburrale, l'appétit nul ainsi que la soif. Il n'est pas rare de voir, au début, un vomissement se produire, sans que cependant ce symptôme soit très fréquent.

Le ventre est légèrement ballonné, les malades, sans y accuser de douleur, se plaignent qu'il n'est pas comme à l'ordinaire; plus d'une fois, je me suis entendu dire que : « le ventre n'était pas content »; mais je n'ai jamais constaté ni gargouillement ni douleur un peu vive dans la fosse iliaque droite. La constipation est à peu près constante et les lavements ne suffisent pas toujours à amener des selles. Dans quelques cas, mais non dans tous, j'ai constaté un léger gonflement de la rate. Les urines, toujours rares, sont foncées en couleur et exhalent une odeur fortement ammoniacale.

Il est un symptôme qui m'a souvent frappé, c'est la production, pendant les nuits, de sueurs quelquefois très abondantes et toujours fatigantes pour le malade. Les taches lenticulaires n'ont été constatées par moi qu'exceptionnellement, et, encore dois-je ajouter qu'elles étaient d'une couleur plutôt cendrée que rosée; dans aucun cas je ne les ai vues abondantes.

Du côté du cerveau je n'ai trouvé aucune manifestation, sinon le trouble du sommeil par des rêves pénibles, ou de l'insomnie.

La durée de la maladie a toujours été, au minimum, de trois semaines, et je l'ai vue, dans certains cas, se prolonger bien au delà, jusqu'à six et huit semaines. Pendant tout ce temps, soit que j'aie visité les malades le matin, dans le milieu du jour ou le soir, je les ai trouvés sans fièvre. Peut-être bien le thermomètre aurait-il accusé, à certaines heures, une différence de quelques dixièmes de degré; c'est ce qu'il ne m'est pas possible d'affirmer, parce que, dans nos clientèles rurales, où il ne nous est pas toujours permis de visiter, même chaque jour, nos malades, il ne nous est pas possible d'étudier d'une façon précise les oscillations de la température. Mais, ce que je puis affirmer, c'est que jamais les malades n'ont accusé quoi que ce soit qui pût me faire supposer cette différence, que je ne l'ai jamais constatée, et que jamais le pouls n'a indiqué, par ses battements, un état fébrile.

Je n'ai jamais, jusqu'à ce jour, rencontré cet état muqueux chez des enfants; mais j'ai eu l'occasion de l'observer bon nombre de fois chez des adultes de trente à quarante-cinq ans, de l'un et de l'autre sexe (1).

Le traitement a consisté en un vomi-purgatif, au début, en quelques purgatifs salins ensuite; mais surtout en amers et en toniques alcooliques ou autres. Dans certains cas, j'ai dû recourir à quelques révulsifs contre l'état congestionnel, un peu trop accentué, des bronches; dans quelques autres, j'ai employé les lotions fraîches vinaigrées pour vaincre une atonie persistante, et, deux ou trois fois, des fumigations aromatiques pour faire disparaître des douleurs dans les jambes, survenues tout à fait vers la fin.

Jamais les malades n'ont été tenus à la diète, toujours ils ont été laissés libres de suivre leur appétit. Souvent même je les engageais à tâcher de l'aiguiser par quelques aliments savoureux.

Dans aucun cas la terminaison n'a été funeste, mais j'ai vu plus d'une fois les malades mettre plusieurs mois à récupérer leurs forces et à pouvoir reprendre leurs occupations.

Il existerait donc, à mon avis, une *febris sine febre*, comme il existe une *variola sine variolis* et une *rubeola sine rubeolis*. Du reste, il m'a été donné d'observer aussi plusieurs fois des fièvres scarlatines absolument apyrétiques dans le cours de certaines épidémies, et mon diagnostic, basé seulement sur un peu d'angine et une éruption insignifiante, a été confirmé par l'apparition ultérieure, soit de l'anasarque, soit du rhumatisme scarlatineux.

Pour l'état muqueux, je ferai remarquer que je l'ai toujours observé isolément, en dehors de toute épidémie; ce qui pourrait faire supposer que, dans ces cas, le poison typhique serait plutôt d'origine spontanée que d'origine extrinsèque ou contagieuse.

THÉRAPEUTIQUE

Des savons médicamenteux.

A plusieurs reprises, les maîtres de la thérapeutique ont recommandé la forme savonneuse, comme pouvant offrir un double avantage : 1° par action topique, pour produire une série très variée d'effets localisés; 2° pour favoriser l'absorption par la peau d'un certain nombre de médicaments très actifs, sans porter atteinte à l'intégrité des voies digestives. Malheureusement, la plupart des savons offerts jusqu'à ce jour n'avaient de médicamenteux que le nom. Les meilleurs ne contenaient la substance médicamenteuse que sous une forme inerte, à l'état de sel par exemple, ou mal définie par suite des réactions chimiques secondaires provenant de pâtes insuffisamment neutralisées.

L'absorption cutanée, dont les conditions physiologiques n'ont été précisées que depuis peu d'années, est essentiellement une sorte de *respiration*, puisque les glandes de la sueur ne livrent passage qu'aux substances volatiles ou volatilisables. Si la forme savonneuse est préférable à toute autre pour émulsionner l'enduit sébacé qui s'opposerait au contact intime du médicament, il est non moins nécessaire que la substance incorporée soit maintenue dans le savon à l'état simple, volatil, métallique par exemple s'il s'agit du mercure.

La fabrication de savons véritablement médicamenteux compor-

(1) Tout récemment encore, en juillet dernier, j'ai été appelé en consultation pour un cas semblable, par un confrère, à 22 kilomètres de ma résidence, pour un homme de trente-trois ans, malade depuis trois semaines.

tait donc la solution préalable de difficultés nombreuses, d'ordre industriel (fabrication des pâtes neutres), chimique et pharmaceutique (association des substances actives), sans compter la nécessité de vérifier longuement, par l'expérimentation clinique, la valeur curative des produits. Préparé par la diversité de ses études antérieures, le docteur Combret a pu les résoudre, d'une façon définitive, après plusieurs années de recherches délicates et coûteuses. La gamme des nouveaux savons que notre confrère se détermine à soumettre au jugement du public médical, comprend actuellement : un savon napolitain (mercuriel), un savon iodé, un savon balsamo-sulfureux, et enfin un savon au goudron.

Indiquons rapidement leurs principaux caractères.

I. Le *savon napolitain* (comme l'onguent du même nom) contient le mercure métallique pur, sans oxyde, éteint d'une manière analogue. Dans une dissertation inaugurale (1) présentée dès 1882 à la Faculté de médecine, le docteur Combret a fait connaître à la fois sa composition, les règles qui doivent présider à sa fabrication, et les importants succès thérapeutiques obtenus grâce à son emploi dans la curation des manifestations les plus graves de la syphilis. Cette invention, très réelle et très méritoire, du docteur Combret a été vivement encouragée dès le début par un cercle restreint de médecins éminents, mais trop peu connue au dehors. Insistons sur ce fait : que ce sont les expériences et les propres produits du docteur Combret qui ont été le point de départ de nombreux travaux publiés en Allemagne, tous favorables au savon mercuriel, — et aussi d'imitations et de contrefaçons qui ont pris un large développement.

Bref, ce *savon napolitain*, où les quantités de mercure sont toujours constantes et rigoureusement dosées par le frappage, est au moins aussi efficace que l'onguent du même nom comme antiphlogistique, parasiticide et agent d'introduction du mercure dans l'organisme. Mais, comme un peu d'eau suffit toujours pour s'en débarrasser, il est évident qu'il lui devient infiniment préférable dans tous les cas, si l'on considère la propreté et la commodité de son emploi.

II. Le *savon iodé* ne rendra pas moins de services que le précédent. Comme topiques à base d'iode, nous ne possédions jusqu'ici que les pommades ou savons iodurés. Or, la peau n'absorbe pas les sels, d'où l'inefficacité de ces préparations, démontrée chaque jour par la clinique. La teinture d'iode, instable dans sa composition, n'agit comme iodique qu'à la première application; ce n'est plus ensuite qu'un révulsif, même un vésicant. Les cotons iodés participent à ces inconvénients, au point que leur emploi ne peut être prolongé longtemps au même endroit.

Dans le *savon iodé* du docteur Combret, le principe actif reste libre et volatilisable, conditions indispensables à son efficacité. En même temps, sa composition est constante, et, grâce à une préparation toute particulière de l'excipient, son emploi peut être indéfiniment prolongé sans produire jamais aucune irritation de la peau. On comprend dès lors l'extrême utilité de ce savon, soit qu'il s'agisse, par des frictions méthodiques, des bains, d'introduire de l'iode dans l'économie, pour guérir le lymphatisme, la scrofule, etc.; soit qu'on veuille agir localement sur des adénites, des goîtres, des douleurs rhumatismales, arthrites chroniques, etc.

III. Dans le *savon balsamo-sulfureux*, les basalmiques les plus actifs sont combinés à des principes sulfureux pouvant dégager, au moment de l'emploi, des vapeurs efficaces et, en outre, à du soufre pur, mais soumis préalablement à un trempage tout spécial. Cette association, qui réalise pour la première fois les indications multiples de la thérapeutique dermatologique, fait du *savon balsamo-sulfureux* un médicament de premier ordre contre les dermatoses parasitaires et diathésiques. Elle permet également d'utiliser ce savon en bains locaux ou généraux; car, par sa base sodique, il remplace aussi exactement que possible les véritables bains de Barège, dont il possède les propriétés.

(1) *Notes sur les principales méthodes d'administration du mercure par la peau*, Thèse de Paris, 1882.

IV. Enfin, le docteur Combret nous présente un *savon au goudron* qui nous semble bien préférable à tous ceux que le commerce nous a fournis. En effet, les principes volatils, les plus actifs dans le bon goudron, se trouvent ici, grâce à l'exacte neutralisation des pâtes, maintenus intacts, non alcalinisés, et par conséquent au maximum d'efficacité.

En résumé, nous sommes heureux de signaler aux praticiens cette série nouvelle d'agents thérapeutiques fort importants. La spécialisation pharmaceutique est particulièrement légitime et nécessaire pour les produits de cet ordre qui sortent du cadre de l'officine. La certitude des nombreux services que ces savons rendront chaque jour, tant aux malades qu'aux médecins, doit être pour le docteur Combret la juste récompense des travaux et des sacrifices qu'il s'est imposés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 août 1886. — Présidence de M. Roger.

M. le Président propose à l'Académie de lever la séance pour honorer le centenaire de M. Chevreul. Cette proposition est adoptée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XV[e] SESSION (1886).

Congrès de Nancy (1).

V

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine chez les adultes et les enfants au-dessus de trois ans. — M. A. Liébeault (de Nancy) a traité, par la suggestion hypnotique, 77 sujets âgés de plus de trois ans ou adultes, atteints d'incontinence d'urine, et, sur cette série considérable, il a obtenu les résultats suivants :

1° Ont été guéris, en une ou plusieurs séances d'hypnotisme, et il en a eu des nouvelles ultérieures, 23 malades;

2° Sont portés guéris, à la suite d'un très petit nombre de séances, mais sans que plus tard il en ait reçu des nouvelles, 23 malades également;

3° Ont obtenu leur guérison par le même traitement, mais appliqué d'une façon plus prolongée, 10 malades, sur lesquels il a eu des renseignements ultérieurs;

4° Ont obtenu une amélioration notable et peut-être même leur guérison, par des séances du même genre souvent répétées, mais sans qu'il ait été renseigné ultérieurement sur leur état de santé, 9 malades;

5° N'ont été soumis à la suggestion hypnotique que pendant une seule séance, 4 malades, desquels il n'a jamais entendu parler depuis lors;

6° N'ont été ni guéris ni améliorés, 8 malades.

Soit donc en tout 77 malades.

Des chiffres qui précèdent, il résulte que, par la méthode de l'hypnotisation, M. Liébeault a obtenu 42,85 p. 100 de guérisons certaines; 72,72 p. 100 de guérisons incertaines, ou sans que la certitude en soit bien établie par une information ultérieure; et si l'on ajoute à ces séries les cas d'amélioration lente, sur lesquels l'auteur n'a pas eu de nouvelles, on arrive au chiffre de 84,41 p. 100, représentant les succès positifs ou partiels.

Il n'y a eu que 8 enfants non améliorés ou non guéris, soit 10,38 p. 100, dont 5 très affaiblis, anémiés, et 3 dormant d'un sommeil trop profond.

L'auteur a fait remarquer que, sur ces 77 incontinents, 58,44 p. 100 étaient des garçons et 41,56 p. 100 des filles. Il a constaté aussi que leur âge moyen dépassait à peine sept ans. Enfin, sur ce

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 806.

nombre de 77 incontinents, 4 ont contracté leur affection à deux, trois, quatre et huit ans, à la suite de frayeurs; 1 à l'âge de trois ans, consécutivement à une pneumonie; 1 autre au même âge, après une angine compliquée d'abcès, et 1 dernier à six ans comme effet de la masturbation. Il en est aussi 2 qui devinrent incontinents aux âges de trois et quatre ans, sans que l'auteur de ce travail ait pu en découvrir la cause. En dehors de ces 9 cas d'incontinence reconnaissant comme origine des causes débilitantes, tous les autres malades, c'est-à-dire 68 sur 77, urinaient involontairement depuis leur naissance.

M. Liébeault a guéri aussi, par suggestion, 3 personnes âgées, atteintes d'incontinence d'urine : l'une à la suite d'une fausse couche datant de trois mois, l'autre à la suite d'un accouchement remontant à six ans, et, chez la dernière, une femme âgée de soixante-dix-huit ans, l'incontinence est survenue après de grands chagrins et datait de cinq mois. Une ou deux séances hypnotiques, pendant le sommeil profond, chez deux d'entre elles, et même pendant le somnambulisme chez l'autre, amenèrent chez ces 3 malades une guérison complète.

De l'anémie pernicieuse progressive. — M. H. HENROT (de Reims) donne lecture d'un mémoire sur l'anémie pernicieuse progressive, laquelle se sépare facilement des autres variétés d'anémies, par les caractères suivants :

Après trois ou quatre mois d'un état de souffrance mal caractérisé, mais où les troubles gastriques tiennent une place prépondérante, le malade, sans éprouver de pertes de sang, sans avoir de leucocythose, de néphrite, d'empoisonnement saturnin ou paludique, sans présenter les signes des cachexies tuberculeuse ou cancéreuse, sans présenter enfin d'anchylostome duodénal, voit tout à coup survenir un anéantissement rapide des forces, tout en conservant, cependant, le plus souvent de l'embonpoint et une certaine activité relative des fonctions de l'estomac.

M. Henrot a observé trois faits très nets de cette maladie :

Les deux premiers malades ont été transfusés sans succès, le troisième a été soumis à un régime tonique. Ces trois malades ont succombé. L'autopsie du premier n'a pas été faite; mais celle des deuxième et troisième malades a permis de constater une pâleur excessive de tous les organes et, dans les deux cas, une hypertrophie et un ramollissement de la rate, avec des granulations dans les globules rouges.

Quoique les différents auteurs aient signalé en pareils cas les lésions les plus variées : ulcérations des voies digestives, altération de la moelle des os, dégénérescence du plexus solaire, dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, etc., M. Henrot croit, d'après des faits analogues signalés par différents médecins, notamment par Fédé, Zimmermann, Pepper, Labadie-Lagrave, que la lésion de la rate doit être placée en première ligne et que l'altération du sang consistant dans des corpuscules de désagrégation, soit des globules à noyaux, soit dans des granulations des globules, est consécutive à l'altération de la rate. Les dégénérescences graisseuses seraient seulement des lésions secondaires.

La transfusion n'a donné que des insuccès à MM. Pepper, Labadie-Lagrave, Ferrand, etc.; très utile cependant dans les cas d'anémies consécutives à des hémorrhagies, elle semble peu efficace dans l'anémie progressive qui est le résultat d'un empoisonnement du sang, probablement par un microbe. Quincke a toutefois signalé deux succès. La médication la plus appropriée consisterait dans les inhalations d'oxygène et dans l'emploi d'injections sous-cutanées de quinine à forte dose et de la médication arsenicale. Sur trente-deux cas M. Botkins aurait obtenu seize guérisons par l'arsenic.

Troubles visuels d'origine corticale. — M. LANNEGRACE (de Montpellier) a pour but, dans sa communication, de déterminer :

1° Les régions corticales dont la lésion entraîne des troubles visuels;

2° La nature des troubles visuels provoqués par la lésion de chaque région spéciale du cerveau;

3° Le mécanisme des troubles visuels d'origine corticale.

Son travail est basé sur les résultats d'extirpations corticales pratiquées au thermo-cautère sur une série de chiens chez lesquels l'auteur a pu, par une bonne technique et une antisepsie rigoureuse, éviter toute hémorrhagie primitive ou secondaire et toute propagation de l'inflammation loin des parties intentionnellement détruites. En voici les conclusions :

1° On peut produire des troubles visuels, non seulement par la lésion de la région occipitale, mais encore par la lésion des régions temporale, pariétale, frontale; en un mot, par la lésion des divers points de la convexité presque tout entière du cerveau.

2° Les lésions unilatérales ne produisent que des troubles visuels temporaires.

3° L'étendue de la lésion exerce une influence considérable sur la durée et l'intensité des troubles visuels. Une lésion restreinte d'un centimètre de diamètre ne produit pas nécessairement de trouble visuel; si un trouble visuel se produit, il peut être marqué et disparaître en quelques jours. Une lésion assez étendue (de 2 centimètres de diamètre), produit constamment des troubles visuels; ces troubles sont plus ou moins intenses; ils persistent pendant une ou plusieurs semaines.

4° Chez les animaux, il est essentiellement difficile d'acquérir une certitude absolue sur la nature exacte des troubles visuels; il faut juger souvent d'après une impression générale. Néanmoins, par un examen attentif, par des épreuves variées et réitérées, ne provoquant pas les sens de l'olfaction et de l'ouïe, on peut arriver à se faire une opinion suffisamment précise.

5° Les troubles visuels diffèrent de nature suivant le siège de la lésion : les lésions occipitales produisent plus spécialement des troubles dimidiés; les lésions des parties antéro-moyennes de la convexité de l'écorce produisent plus spécialement des troubles croisés.

Les lésions corticales ne suppriment jamais complètement la fonction de la totalité ou d'une partie quelconque de la rétine; elles affaiblissent simplement la fonction visuelle. M. Lannegrâce n'a jamais observé de cécité ou d'hémiopie absolues; il n'a observé, suivant les cas, que de l'amblyopie ou de l'hémiamblyopie à un degré plus ou moins accentué. Ceci paraît prouver que le mésocéphale joue un rôle très important dans la vision.

Dans les troubles visuels d'origine corticale, la partie du champ visuel qui correspond à la région de la vue distincte est la moins altérée. On conçoit que les parties de la rétine dont l'acuité est la plus vive soient celles qui paraissent le moins affectées par la lésion corticale.

Les résultats de M. Lannegrâce peuvent être formulés par les deux propositions suivantes :

(a). *Les lésions du lobe occipital donnent plus spécialement lieu à une hémiamblyopie latérale homonyme, paraissant s'atténuer dans la région de la macula lutea.*

(b). *Les lésions des lobes frontal, temporal, pariétal, donnent plus spécialement lieu à de l'amblyopie croisée, paraissant s'atténuer dans la région de la macula lutea.*

En réalité, la convexité de l'écorce se décompose en deux zones ayant une action distincte sur la vue : une zone à action dimidiée ou *zone sensorielle* et une zone à action complètement croisée ou *zone sensitivo-motrice*.

6° Si une lésion s'étend aux deux zones, les deux ordres de troubles visuels se superposent et la fonction des deux yeux est simultanément compromise, l'amblyopie croisée s'associant à l'hémiamblyopie homonyme.

7° La zone sensorielle correspond au centre visuel de Munck. Elle paraît plus spécialement en rapport, par sa partie latérale externe, avec la moitié externe de la rétine du même côté, et, par sa partie latérale interne, avec la moitié interne de la rétine du côté opposé. Mais les faits ne permettent pas de pousser plus loin la correspondance entre les parties rétiniennes et les parties occi-

pitales, ni même d'admettre une correspondance exclusive.

8° La zone sensitivo-motrice est assez étendue. Mais, dans cette zone, les régions dont l'excitation électrique provoque plus spécialement des mouvements du globe oculaire, sont aussi celles dont la lésion trouble plus nettement la fonction de l'œil opposé.

9° Les lésions de la zone sensorielle ne déterminent aucun trouble manifeste de la sensibilité générale et de la motilité. Il n'en est pas de même pour les lésions de la zone sensitivo-motrice.

Dans les muscles extrinsèques de l'œil, M. Lannegrâce n'a jamais observé de véritables paralysies; mais il a eu parfois à constater un très faible degré de parésie. Dans les muscles intrinsèques de l'œil, il a noté un peu de paresse de l'iris; aussi est-il porté à croire que le muscle choroïdien peut, à la suite de lésions corticales, perdre une partie du pouvoir nécessaire pour assurer une bonne accommodation.

Il n'a jamais observé sur la conjonctive une anesthésie aussi complète que celle qu'il a pu noter sur d'autres régions du corps, mais il a constaté que la conjonctive pouvait positivement perdre une partie de sa sensibilité. L'œil devient plus saillant, chassieux, rouge, ce qui indique un certain trouble de nutrition, mais sans suppuration.

10° Tous les auteurs ont cru que les troubles visuels d'origine corticale, de quelque nature qu'ils fussent, impliquaient la lésion des expansions cérébrales du nerf optique. M. Lannegrâce n'est pas de cet avis.

Le système nerveux oculaire se décompose en deux appareils: l'un *sensoriel*, ayant avec les centres des relations dimidiées; l'autre *sensitivo-moteur*, ayant avec le cerveau des relations complètement croisées. Le mécanisme des troubles visuels consécutifs aux lésions corticales peut se formuler par les deux propositions suivantes:

(*a*). *L'hémiamblyopie résulte de la lésion de la partie corticale de l'appareil optique sensoriel;*

(*b*). *L'amblyopie croisée résulte de la lésion de la partie corticale de l'appareil optique sensitivo-moteur.*

Ablation d'un épithélioma du col de l'utérus; guérison remontant à deux ans et demi. — M. PAMARD (d'Avignon). Les ablations des tumeurs cancéreuses du col de l'utérus, lorsqu'elles sont faites de bonne heure, peuvent être suivies de guérison, ainsi que le prouve le fait suivant.

Au mois de février 1884, Mme X... âgée de vingt-neuf ans, vient consulter l'auteur. Elle jouit d'une bonne santé habituelle, elle est dans l'aisance et n'a aucun antécédent. Elle éprouve, depuis trois à quatre mois des troubles du côté du petit bassin; douleurs de reins, hémorrhagies, pertes abondantes et fétides. Elle n'a jamais eu d'enfant, mais seulement, selon toutes probabilités, une fausse couche, il y a plusieurs années. Sa vie est très régulière et sans fatigues. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'une dégénérescence de la partie inférieure du col; le mal est bien limité, et il est facile d'arriver sur la partie supérieure du col qui est entièrement sain. Bref, M. Pamard propose une opération chirurgicale qui est acceptée.

Après avoir fait plusieurs lavages antiseptiques du vagin, l'anse galvanique fut placée avec facilité, et l'amputation fut faite aussi haut que possible, et, par conséquent, aussi loin que possible aussi des limites du mal (après l'opération il a pu constater que le col avait été enlevé sur une longueur de quatre centimètres).

L'opération ne présenta pas d'incident notable; mais, l'ablation une fois faite, M. Pamard ne fut pas médiocrement désappointé en constatant qu'il avait ouvert le cul-de-sac postérieur sur une étendue de un centimètre à un centimètre et demi. M. Pamard ne connaissait pas alors le travail de M. Verneuil sur cet accident, et il s'obstina à suturer cette ouverture, ce à quoi il ne put parvenir qu'après un temps très long et au prix de grandes difficultés. Il fit une insufflation d'iodoforme, et appliqua deux tampons de gaze iodoformée.

La malade fut ensuite reportée dans son lit, où elle fut condamnée au repos le plus absolu. Toutes les deux heures elle prenait un centigramme d'extrait gommeux d'opium et était sondée toutes les six heures.

Elle fut soumise à une diète rigoureuse pendant deux jours, et ne prit que du lait et du bouillon pendant quinze jours.

Le pouls restait de 80 à 100, mais la température n'atteignit pas 39 degrés.

Au bout de vingt jours, on lui permit de se lever; les tampons avaient été renouvelés; ils ne furent pas replacés; au toucher on constatait qu'il n'y avait plus qu'un cul-de-sac lisse. Et bientôt la malade put retourner chez elle.

M. Pamard l'a revue plusieurs fois depuis cette époque et tout récemment encore; elle ne présente plus aucun trouble, la santé est rétablie. Par l'examen au spéculum, on constate que le fond du vagin est lisse et présente un petit pertuis donnant issue au mucus clair, que sécrètent les glandes utérines.

C'est donc une guérison qui remonte à deux ans et demi et qui s'explique par le fait qu'elle a été faite de très bonne heure et qu'on a pu opérer dans le tissu sain et loin de la lésion.

Sur la suggestion hypnotique dans ses rapports avec la doctrine spiritualiste de Descartes. — M. NETTER (de Nancy). On sait qu'un des principes de la doctrine de Descartes réside dans certaine différence radicale entre l'homme et les animaux. Ceux-ci ne pensent point, et toutes leurs impressions se transforment en mouvements, inconsciemment, involontairement, automatiquement, transformation réflexe, comme on dit aujourd'hui.

L'homme seul est doué de conscience, de volonté; seul il sent, mais non pas continuellement, et beaucoup de ses mouvements sont également automatiques, réflexes. La différence entre lui et les animaux provient de ce que, dans son cerveau, se trouve un agent immatériel; mais cet agent ne fait qu'intervenir dans la transformation naturelle de ses impressions en mouvement, s'opposant dans maintes circonstances à cette transformation, très souvent la modifiant au point de la changer du tout au tout. Ceci dit, M. Netter considère la suggestion hypnotique, telle qu'elle est enseignée à Nancy, comme concordant avec la doctrine de Descartes.

1° On peut hypnotiser les animaux, c'est-à-dire les calmer, plus ou moins les endormir; mais on ne leur suggère pas des idées, pas même, jusqu'à preuves du contraire, aux singes, au moyen de la mimique, quoique ces derniers imitent très bien tous les mouvements de l'homme. Par les procédés d'hypnotisation on ne peut modifier que les *habitudes* des animaux (1);

2° L'hypnotisation chez l'homme endort la portion cérébrale dont le fonctionnement est nécessaire pour l'état de conscience, et le transforme en un automate;

3° De ce que l'homme hypnotisé est dans un état de conscience différente de la conscience proprement dite, cela peut tenir à la conservation de l'audition et de la faculté de parler, car, si la parole est l'effet de la pensée, à son tour la parole développe la pensée. Les animaux, ne parlant point, n'ont pas même ce deuxième mode de conscience; aussi, dans le dressage par l'hypnotisme, conservent-ils indéfiniment les nouvelles habitudes qu'on leur a fait contracter, sans ensuite revenir à eux. Ils n'ont point de *moi* (2);

4° M. le professeur Bernheim a été amené à admettre chez l'homme des phénomènes psychiques en plus des phénomènes cérébraux;

5° Les enfants nés vicieux doivent pouvoir être modifiés par l'hypnotisation; en calmant chez eux telles ou telles impressions trop vives, on les rendra *attentifs* pour l'éducation et l'instruction. La philosophie spiritualiste pourrait accepter la proposition, émise à Nancy, d'intervenir avec l'hypnotisation dans l'éducation des enfants vicieux, *nés vicieux*.

(1) *L'Homme et l'Animal devant la méthode expérimentale*, par M. le docteur A. Netter, avec une *Étude sur les pratiques du dressage*, par M. F. Musany (de la *France chevaline*), page 210. Paris, Dentu, 1883.

(2) *Op. cit.*, pages 210 et suivantes.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Liste, par ordre alphabétique, des candidats reconnus admissibles à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire. (Concours de 1886.)

Candidats à 4 inscriptions. — MM. Albert. Arthoffer. Azam. Baissas. Barisien. Biscons. Blanc. Boullet. Bourgeois. Bourrus. Braun. Cauvet. Cazals. Charuel. Clot. Cultin. Cuvillier. Dagua. Daraiguez. Debeaux. Deméry. Dessirier. Duffau-Lagarosse. Dumas. Duron. Dutour. Fagot. Faivre. Du Fayet de la Tour. Fromont. Gagé. Gaujon. Georges. De Grailly. Haury. Hénault. Isidor. Jacquet. Laporte. Légereau. Lehmann. Le Renard. Loüet. Lucy. Maire. Malafosse. Manceaux. Marsais. Mathis. Mauroux. Merlat. Michaud. Mongour. Morigny. Nermord. Pachon. Patte. Payerne. Pouy. Pruvost. Rascol. Réjou. Rougier. Roussel. Sibut. Simonot. Steinmetz. Surel. Tardos. Teissier. Thiebaut. Trouillet. Du Verdier.

Candidats à 8 inscriptions. — MM. Albespy. Alix. Arnould. Bayssellance. Belugou. Benoît dit Becker. Bérard. Bérard. Bertrand. Blanc. Blum. Bourguedieu. Boursiac. Caillens. Caillier. Chanut. Chevalier-Lavaure. Claoué. Claude. Darricarrère. Degrenand. Destrez. Dubois. Dupin. Durand. Estrade. Folie-Desjardin. Frossard. Galibert. Galtier. Gapin. Guillemaud. Labordère. Labougle. Lacombe. Lagain. Lapeyrie. Lazard. Lecœur. Legrain. Lovy. Mally. Marchais. Marchal. Marin. Martin. Milloux. Morard. Pacaud. Patris. De Schuttelaëre. Servières. Spillman. Terrail. Toussaint. Vacher. Vaton. Vène. Vezes. Vialaneix. Vielle. Vigerie. Viguier. Wolff.

Candidats à 12 inscriptions. — MM. Amat. Barré. Bauby. Busson. Coulom. Decoux. Gilles. Gilliard. Guinier. Hamaïde. Kuster. Louis. Petit. Puybaret. Renaud. Robin. Rul. Thérault. Thierry. Vialette de Pemille.

Candidats à 16 inscriptions. — MM. Bourgarel. Castelli. Gresset. Lacayre. Lenez. Marion. Méchin. Moulinié. Talocher.

Ces candidats devront se présenter en temps utile dans les différents centres d'examen oral.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier mardi 31 août 1886, le centenaire de M. Chevreul a été dignement fêté au Muséum, dans les nouvelles galeries décorées avec beaucoup de goût par la direction des bâtiments civils.

La maquette de la statue de l'illustre savant était dressée au milieu de la grande salle.

De nombreux discours ont été prononcés, ainsi que nous l'avons annoncé, par MM. Frémy, au nom du Muséum, Zeller, au nom de l'Institut de France, Janssen, au nom de l'Académie des sciences, par M. Chaumeton, président de l'Association des étudiants, par plusieurs savants étrangers, enfin par M. le ministre de l'Instruction publique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19988

N° 103. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1886. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De l'ataxie locomotrice (1).

III

Après vous avoir parlé dans notre dernière leçon des symptômes de la première période de l'ataxie locomotrice, nous devons maintenant vous tracer le tableau de la seconde période ou période d'état, c'est-à-dire dans laquelle la maladie est confirmée.

Dans cette seconde période, on voit souvent persister les phénomènes morbides de la période précédente, sauf les troubles oculaires, qui disparaissent généralement auparavant, de sorte que les mouvements de l'œil sont rétablis et la vue est redevenue nette. De même, si les douleurs fulgurantes persistent encore à cette époque de la maladie, elles sont moins vives, moins incessantes, plus intermittentes, pour finir peu à peu par cesser tout à fait.

Mais du côté du système musculaire, surviennent des phénomènes caractéristiques. Ainsi lorsque les malades sont couchés ou assis, les mouvements simples sont conservés; l'extension et la flexion des membres inférieurs sont faciles, la force musculaire étant restée intacte, et des malades, qui ne peuvent marcher sans trembler ou fléchir sur leurs jambes, supportent facilement des fardeaux même lourds. Par contre, les mouvements complexes ou combinés sont devenus impossibles ou très difficiles.

En effet cette incertitude de la marche, dont nous avons parlé pour la période prodromique, s'accentue dans la période d'état. Les malades sont obligés d'élargir leur base de sustentation ; la marche est caractérisée par des désordres de mouvement, le départ est difficile, les premiers pas sont vacillants; les malades marchent les jambes écartées, projetant le pied en avant et laissant retomber lourdement le talon sur le sol. Ils titubent et plus tard finissent par tomber. De même, dès cette époque, ils ne peuvent tourner sur eux-mêmes sans risquer de se laisser choir. Ils ne peuvent que difficilement atteindre un but déterminé, c'est-à-dire par exemple traverser un ruisseau sans se mouiller les pieds; ils descendent difficilement un escalier, à moins d'être soutenus; ils montent difficilement dans une voiture, parce que le pied manque le marche-pied. Ils ne peuvent marcher qu'en se servant et de leurs yeux et d'un bâton. Enfin, dans l'obscurité ou les yeux fermés, cette incertitude dans la marche est telle que les chutes sont des plus fréquentes.

D'autre part, l'anesthésie a augmenté, l'anesthésie plantaire surtout. Les individus perdent la notion du siège de certaines parties de leur corps, qu'ils ne retrouvent avec la main qu'en tâtonnant.

Ces phénomènes ataxiques du côté des extrémités inférieures persistent ordinairement longtemps, tandis que les membres supérieurs restent intacts. Cependant, chez quelques malades, ces derniers sont envahis à leur tour, la lésion s'étendant à la partie supérieure de la moelle; alors vous voyez les individus porter difficilement un verre à la bouche; leur écriture, tremblée d'abord, devient ensuite impossible et toute sensation tactile est abolie. Il est très rare pourtant que ces phénomènes surviennent d'emblée; ordinairement, ce n'est que plus tard qu'ils apparaissent.

Plus tard aussi on observe quelquefois des arthropathies, surtout du côté des genoux; ce sont un gonflement indolent, de l'hydarthrose ; puis les articulations se soudent, les os sont atteints et l'on constate comme une sorte de tumeur blanche. Ce que l'on voit se passer du côté des genoux peut également bien se produire au niveau des autres articulations, épaules, coudes, etc. De plus, les os sont fragiles, faciles à se fracturer au moindre choc par suite de certaines modifications survenues dans la nutrition. D'autre part encore, on voit la plante du pied devenir le siège d'un mal perforant, d'une ulcération qui peut déterminer des désordres graves, mais qui peut aussi, dans certains cas, guérir par le repos et une médication appropriée.

Chez certains sujets, on constate aussi de l'atrophie musculaire, mais celle-ci ne fait pas absolument partie de l'ataxie locomotrice; en tous cas, elle ne rentre pas dans la maladie connue sous le nom d'atrophie musculaire progressive et n'existe que dans un groupe de muscles et d'un seul côté du corps.

Enfin il n'est pas rare de constater en même temps les symptômes d'une insuffisance aortique. On a signalé aussi certains accidents, tels que des éruptions de pemphigus ou d'herpès à grosses bulles, tels que des altérations des ongles entraînant leur chute sans qu'on puisse s'en expliquer la cause.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 789.

Néanmoins, les malades conservent une bonne santé générale et l'intégrité de leurs facultés intellectuelles.

Quant à la troisième période, elle n'est pour ainsi dire que l'exagération de la précédente. Les malades sont forcés de rester couchés ou assis dans un fauteuil, vu l'ataxie des membres inférieurs. Les membres supérieurs sont pris également et les individus sont dans un état déplorable, ne pouvant plus se mouvoir, agir, la cécité étant souvent complète par suite de nouveaux phénomènes oculaires; et cependant les facultés intellectuelles persistent encore dans leur intégrité pendant un certain temps. Ce n'est que plus tard seulement que l'intelligence s'affaiblit, qu'elle diminue et que les individus en sont réduits à une vie purement végétative.

L'ataxie locomotrice est donc une affection essentiellement chronique, à marche lente, de longue durée; la première période peut durer pendant cinq, six et même dix ans; puis apparaît l'ataxie, et la période d'état peut se prolonger encore pendant dix, quinze, vingt ans, quelquefois davantage même, et l'on a vu des sujets atteints pour la première fois de ce mal vers l'âge de vingt ans, se trouver encore dans leur seconde période à l'âge de soixante ans. En somme, nous pouvons dire que l'ataxie locomotrice dure entre six mois et quarante ans. Quant aux faits signalés dans lesquels elle aurait évolué en deux ou trois mois, ce n'est plus là une ataxie véritable, mais bien plutôt quelque myélite.

Quant au pronostic, je ne crois pas qu'on puisse citer un seul cas authentique de guérison, mais bien des cas de soulagement, d'amélioration plus ou moins prononcée, de sorte qu'on a vu des ataxiques parvenir à l'âge de soixante-dix ans et plus même. Du reste, cette affection présente ceci de curieux qu'elle peut offrir de temps à autre des rémissions. Enfin, le plus souvent, elle n'évolue pas jusqu'au bout et les malades meurent auparavant de quelque affection accidentelle sans rapport avec l'ataxie. Dans certains cas cependant, la mort en est l'issue par l'invasion successive du système nerveux et les malades succombent soit en état de démence, soit à la suite d'accidents tenant immédiatement à la maladie, tels que escharres, accidents urinaires, rétention d'urine, cystite, etc.

L'ataxie locomotrice est une affection beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme. L'âge moyen du début oscille entre vingt-cinq et cinquante ans. Les constitutions faibles ou vigoureuses y sont également sujettes. Comme causes efficientes, nous devons citer le chagrin, les inquiétudes prolongées, tous excès de veille soit pour travailler, soit pour jouer, et surtout les excès vénériens, les pertes d'argent et de position. La syphilis a été signalée, et M. Fournier a soutenu cette opinion, dans un ouvrage très bien fait du reste, que la plupart des ataxiques étaient des syphilitiques. Cette thèse est, à mes yeux, très exagérée. Certainement, j'ai rencontré des ataxiques qui étaient des syphilitiques, mais j'en ai vu aussi qui n'avaient jamais eu la vérole, et ces derniers mêmes sont les plus fréquents. D'où je conclus que si la syphilis peut prédisposer à l'ataxie, cependant elle n'en est pas la cause nécessaire.

Ce qui est vrai, c'est que les ataxiques sont des gens prédisposés déjà à cette affection par quelque névrose soit personnelle, soit dans leurs ascendants (épileptiques, aliénés, migraineux, hystériques), c'est que l'ataxie affecte surtout les gens primitivement nerveux.

Le traitement, dans une semblable affection, est des plus importants, sinon pour guérir, tout au moins pour soulager les malades et leur procurer une cessation momentanée et la plus longue possible des accidents auxquels ils sont en proie. Tous les agents antinerveux ont été préconisés : belladone, bromure de potassium, valériane, le phosphure de zinc, le seigle ergoté, mais sans aucun résultat véritable. Les seuls et véritables moyens sont l'iodure de potassium et le nitrate d'argent. Ce sont ces deux médicaments qui m'ont donné les meilleurs succès, pris alternativement pendant un temps limité : quinze jours l'iodure de potassium, quinze jours le nitrate d'argent en pilules à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour. En outre, on s'efforcera de décongestionner la moelle par des applications répétées de ventouses sèches, de pointes de feu, de bains sulfureux, surtout pendant la seconde partie de la première période.

En outre, chez les malades auxquels leur position permet de le faire, je conseille les eaux minérales alcalines de Lamalou, dans l'Hérault, dont l'efficacité est telle qu'aujourd'hui la moitié des baigneurs qu'on y rencontre sont des ataxiques, et que beaucoup d'entre eux, après une saison de trois semaines, éprouvent une telle rémission qu'ils peuvent marcher. D'autres eaux, comme Wiesbaden, Néris, Gastein, Plombières, sont bonnes aussi, ces dernières surtout dans la première partie de la première période, avant toute incoordination.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVe SESSION (1886).

Congrès de Nancy (1).

VI

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

De la suggestion. — M. E. BÉRILLON (de Paris), a étudié attentivement les progrès réalisés dans le domaine de la suggestion par l'École de Nancy.

Déjà les observations nombreuses recueillies par M. Auguste Voisin, à la Salpêtrière, observations dans lesquelles il démontre d'une façon indiscutable que l'hypnotisme a été entre ses mains, non seulement un moyen de guérir la folie, mais encore un agent moralisateur de la plus grande efficacité, pouvaient faire prévoir qu'on songerait tôt ou tard à utiliser l'hypnotisme comme moyen d'éducation.

M. le docteur Liébeault, de son côté, ainsi que M. le docteur Dumont, avaient fait un certain nombre d'expériences portant sur des enfants.

Dans un cas, M. Liébeault était même parvenu à développer chez un jeune idiot la faculté d'attention, tout à fait absente. Au bout de deux mois, cet idiot, jusqu'alors rebelle à toute culture intellectuelle, connaissait ses lettres et avait apris les quatre règles de l'arithmétique.

Pour M. Bernheim, *tous les enfants sont suggestibles*, c'est-à-dire susceptibles d'être soumis à la suggestion hypnotique. En effet, les enfants, depuis l'âge de raison, s'hypnotisent en général très facilement. Il suffit souvent de leur fermer les yeux, en les tenant clos pendant quelques instants, de leur dire de dormir, puis d'affirmer qu'ils dorment.

Un des caractères du sommeil hypnotique, c'est l'automatisme dans lequel se trouve l'individu endormi. Par suite de l'inertie passagère de sa volonté, il subit toutes les impulsions qu'on lui donne. A l'état de veille, le sujet peut se trouver de lui-même dans un état où il est disposé à accepter les affirmations, sans aucune réaction et sans aucun contrôle de sa volonté ni de son esprit.

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 816.

Les observations recueillies par M. Bérillon lui ont permis de formuler les conclusions suivantes :

Lorsqu'on se trouvera en présence d'enfants simplement paresseux, indociles ou médiocres, on se bornera à faire sur eux des suggestions verbales, à l'état de veille. Pour qu'elles aient quelque efficacité, il sera utile de se mettre dans les mêmes conditions que les expérimentateurs de Nancy, et en particulier M. Liébeault. Il faudra s'efforcer d'inspirer la plus grande confiance à l'enfant, l'isoler, lui mettre la main sur le front, lui faire les suggestions voulues avec douceur, avec précision, avec patience.

Lorsqu'on aura à s'occuper de l'avenir d'enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, incapables de la moindre attention et de la moindre application, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, l'auteur pense qu'il n'y aura aucun inconvénient à provoquer l'hypnotisme chez ces créatures déshéritées.

Pendant le sommeil hypnotique, les suggestions ont plus de prise. Elles ont un effet durable et profond. Il sera possible, dans bien des cas, en les répétant autant que cela sera nécessaire, de développer la faculté d'attention chez ces êtres jusqu'alors incomplets, de corriger les mauvais instincts et de ramener au bien des esprits qui s'en seraient écartés infailliblement.

Autant il y aurait d'inconvénients à pratiquer l'hypnotisme chez des sujets excellents, bien portants, autant il y aura d'avantages à l'appliquer, comme moyen pédagogique, à des sujets mauvais, vicieux ou malades. L'emploi de ce procédé sera surtout indiqué dans les cas où tous les autres moyens rationnels d'éducation auront échoué. Il devra toujours être appliqué sous la direction d'un médecin compétent et exercé.

Sur la prophylaxie de la variole. — M. NETTER (de Nancy) insiste sur l'importance de la destruction des croûtes varioliques au point de vue de la prophylaxie de la variole. Déjà, en 1870, dans une note à l'Académie des sciences, il a appelé l'attention sur ce point : on étale sur le parquet un drap autour du lit, et, plusieurs fois par jour, on secoue le drap dans le feu (1).

Peu de temps après, à Rennes, durant la guerre de 1870-1871, M. Netter a encore pris d'autres mesures qui l'amènent à formuler aujourd'hui le conseil suivant : Étant donné un hôpital spécial de varioleux, la moitié de l'établissement sera affectée aux malades *en voie d'éruption*, l'autre moitié aux varioleux *en voie de desquamation*. Le transfert devra se faire dès que les pustules s'affaissent. Ce sont les convalescents déjà debout qui seront chargés de ramasser les croûtes et de les détruire. Le service des croûteux aura son médecin particulier qui pourra ainsi porter toute son attention sur les accidents si insidieux de la convalescence.

A Rennes, l'institution de ce système a donné des résultats excellents.

Sur la gymnastique mécanique suédoise. — M. TISON (de Paris) se trouvant à Bade, il y a quelque temps, a pu examiner dans tous ses détails la salle de gymnastique installée à Friedrichsbad par M. le docteur Heiligenthal. Cette gymnastique a ceci de particulier, qu'elle se pratique à l'aide de machines. La moitié droite de la salle est occupée par les appareils que le patient met lui-même en mouvement en leur imprimant la force nécessaire à l'aide de ses membres. Dans la moitié gauche, se trouvent les machines mises en mouvement par un moteur qui peut être, suivant le cas, les diverses circonstances, la vapeur, le gaz, l'eau, etc. Ce moteur est donc étranger à l'organisme du malade. C'est ainsi que celui-ci, dans cette sorte de gymnastique mécanique, est tantôt actif, tantôt passif.

L'inventeur de ces machines aussi précises qu'élégantes est M. le docteur Zander (de Stockholm). On en fait usage à Baden-Baden depuis deux ans. Chaque machine étant destinée à n'importe quel individu, quels que soient son sexe, sa force, sa taille, sa constitution, sa musculature, M. Zander les a pourvues de sièges et autres organes susceptibles de se lever, de s'abaisser, de se rapprocher, de s'éloigner, etc. La force nécessaire à la mise en mouvement est réglée par un levier gradué le long duquel peut glisser un poids fixe. C'est le principe de la balance romaine et des bascules perfectionnées qu'on emploie maintenant dans l'industrie, notamment dans les gares de chemins de fer. Grâce à ce mécanisme fort simple, on peut réduire l'effort à une quantité aussi minime que possible, et, d'autre part, le médecin peut, après une première expérience, indiquer le nombre de kilogrammes à employer. Il n'a plus alors qu'à faire varier le chiffre suivant les résultats obtenus et à l'indiquer sur son ordonnance. Ce chiffre suffit aux employés pour faire exécuter scrupuleusement la prescription.

Les machines que le malade met lui-même en mouvement sont très nombreuses. Celles destinées aux mouvements actifs des membres supérieurs comprennent les mouvements d'élévation et d'abaissement, les mouvements d'abduction et d'adduction, les mouvements de pronation et de supination, la rotation de l'articulation scopulo-humérale, etc., etc. Il existe également des appareils pour tous les mouvements des membres inférieurs et du tronc. Il ne faut pas oublier ceux qui ont pour objet le balancement du tronc dans diverses directions et diverses positions.

Plusieurs des machines mues par un moteur étranger à l'organisme sont analogues aux précédentes et font exécuter les mêmes mouvements. On voit tout le parti qu'il est possible d'en tirer dans le cas de paralysie ou de parésie, où le malade ne peut exécuter lui-même les mouvements nécessaires à la nutrition des muscles et susceptibles d'empêcher ou de retarder son atrophie ou sa dégénérescence. Il vaut mieux insister sur les machines à l'aide desquelles on pratique les secousses, le martellement, le massage et les frictions qui, si elles ne peuvent pas remplacer absolument le massage à la main, ne rendent pas moins de très grands services. Ces machines, dont la force se règle avec la plus grande facilité, déterminent un véritable pétrissage des chairs qui s'exécute très facilement sur les membres supérieurs et inférieurs. Pour le tronc, on emploie surtout les mouvements de martellement et de friction. Au reste, ces machines sont tellement variées qu'il n'y a pour ainsi dire pas un seul muscle de l'économie qu'elles ne puissent faire agir. Il en est même un qui est adapté spécialement au massage des hémorrhoïdaires.

Plusieurs de ces machines sont pour ainsi dire jumelles; elles pourraient paraître identiques à un observateur superficiel. Ainsi pour les mouvements d'abduction et d'adduction des membres supérieurs, il y a deux machines pareilles à première vue ; seulement, dans l'une, l'effort se fait dans l'abduction, tandis que dans l'autre il a lieu pendant l'adduction.

Que les mouvements soient actifs ou passifs, ils doivent toujours être exécutés, à moins de circonstances spéciales, avec une grande lenteur et se combiner avec les mouvements respiratoires : expirer pendant l'effort, inspirer pendant le repos. Ces machines présentent encore cet autre avantage de faire exécuter presque tous les mouvements dans la position assise ou couchée. De la sorte, le malade n'a pas à supporter le poids de son corps, et peut, quoique réduit à une grande faiblesse, exécuter des mouvements qui tout d'abord lui paraissaient impossibles. On arrive ainsi par ce moyen à faire travailler uniquement le groupe de muscles que l'on désire.

Cette gymnastique, à l'aide des machines suédoises, donne d'excellents résultats dans la plupart des maladies du cœur, la goutte, le rhumatisme, les paralysies, l'obésité, etc. M. Heiligenthal a montré à M. Tison quelques cas vagues chez lesquels il avait obtenu d'excellents résultats à l'aide de ce procédé.

La gymnastique mécanique suédoise commence à être en faveur en Allemagne. Une installation semblable à celle de Friedrichsbad existe à Hambourg, de sorte que les malades peuvent continuer à Baden-Baden la cure commencée dans la première ville, ou réciproquement. Pourquoi cette thérapeutique n'a-t-elle pas pris pied en France où elle a cependant figuré à l'Exposition universelle de l'année 1867, et bien qu'elle ait été installée, il y a quelques années, à Paris, dans un établissement qui n'a duré que quelques mois? M. Tison voudrait que de nouveaux essais fussent tentés, et

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences. (Année 1870, premier semestre.)

que cette gymnastique mécanique fût installée dans une de nos grandes stations thermales, à Aix, par exemple, où elle serait, dit-il, un complément utile et important au massage sous l'eau si habilement et si efficacement exécuté par les employés de ce vaste établissement qui n'aurait alors rien à envier à ceux de nos voisins. L'auteur fait remarquer, en effet, que les machines suédoises ne sont pas installées de manière à fonctionner sous la douche.

Récidive de la fièvre typhoïde. — M. DESHAYES (de Rouen) appelle l'attention sur les récidives de la fièvre typhoïde, dont il vient d'observer deux cas parfaitement authentiques et qui ne sauraient laisser aucun doute sur la nature absolument typhoïde de la maladie survenue deux fois chez ces deux malades, à trois ans de distance. Il ne s'agissait nullement, chez aucun d'eux, de fièvre relapse, de ces réitérations sur lesquelles M. Potain à maintes fois appelé l'attention dans ses leçons cliniques, mais bien de récidives dans la véritable acception du mot.

Aussi l'auteur s'étonne-t-il de voir aujourd'hui qu'une première atteinte de cette affection ne mette pas à l'abri d'une récidive, surtout après un aussi court délai et ne confère pas l'immunité, comme cela a lieu généralement pour les maladies infectieuses. Il semble que la fièvre typhoïde tende, depuis quelques années, à changer d'allures. En ce moment même un certain nombre de fièvres typhoïdes se compliquent de muguet.

Les changements de la personnalité. — M. BUROT (de Rochefort) tient à donner quelques renseignements complémentaires sur le sujet si curieux qu'il a eu l'occasion d'étudier avec M. Bourru pendant près d'une année. C'est surtout sur les changements de personnalité que cet homme a présentés à différentes reprises de son existence que l'auteur désire attirer l'attention.

Dans le cas de Félida, raconté par M. Azam, il s'agissait d'une double personnalité, le sujet ayant deux périodes bien distinctes dans sa vie et passant alternativement et spontanément de l'une à l'autre.

Le cas étudié avec M. Bourru et qui a été observé également par MM. Camuset, J. Voisin et Mabille, est bien plus complexe, le sujet possédant au moins six personnalités distinctes et pouvant passer à volonté de l'une à l'autre.

Quand il s'est présenté à leur observation, le malade, grand hystérique, était paralysé et insensible de toute la moitié droite du corps. On appliqua sur le bras droit paralysé un barreau d'acier et la paralysie passa immédiatement à gauche. En même temps, une autre transformation s'est produite : le caractère s'est complètement modifié; il ne se croit plus à Rochefort; il se retrouve à Bicêtre, où il était interné un an auparavant. L'application d'un aimant sans prolonger le contact détermine un nouveau changement. Le malade se réveille à l'asile Saint-Georges de Bouy; il a dix-neuf ans; il sait que la France est en guerre avec la Tunisie; tout ce qui précède ou suit cette courte période de sa vie lui est totalement étranger.

Un quatrième état est obtenu par l'application d'un aimant sur la nuque. La paralysie des deux jambes est complète, avec contracture en extension. Le sujet ne sait plus lire ni écrire; il épelle seulement les lettres capitales; il se retrouve à l'asile de Bonneval; la pratique de son ancien métier, celui de tailleur, lui revient à la mémoire; il sait coudre.

Ces changements sont déjà bien extraordinaires, puisque la conscience se modifie d'une façon absolue au gré de l'expérimentateur; mais, dans les états précédents, il ne se produit qu'un simple déplacement de la paralysie, coïncidant avec une mémoire partielle. Espérant alors rendre à notre sujet l'activité de son cerveau tout entier, nous avons cherché à faire disparaître toute paralysie. Après quelques tentatives infructueuses, nous essayons le bain électrique; le succès est complet. La paralysie s'évanouit et le sujet se réveille à l'âge de quatorze ans. Sa voix, son attitude, sont celles d'un enfant; tout ce qui, dans son existence, suit son jeune âge, lui est complètement étranger.

L'application du fer doux à la cuisse provoque chez le malade un nouvel état : c'est un jeune homme intelligent, sachant lire et écrire convenablement et chez qni les souvenirs de la jeunesse redeviennent nets et précis; mais, de plus, la paralysie disparaissant complètement, il se souvient de nouveau du lieu où il se trouve, et, sauf quelques lacunes, il a récupéré toute sa mémoire.

Voilà donc six états bien différents obtenus, — et c'est un point très important, — par des agents physiques qui déterminent des modifications dans la distribution de la motilité et de la sensibilité entraînant avec elles une mémoire propre. Si, au contraire, par suggestion, on ramène son souvenir à l'une quelconque de ces époques de sa vie, il se retrouve au réveil affecté de la paralysie particulière qui coïncidait avec ce moment de son existence.

La démonstration paraît donc complète :

1° En agissant sur l'état somatique par les moyens physiques, l'expérimentateur place le sujet dans l'état concordant de sa conscience;

2° En agissant sur l'état psychique, il fait apparaître l'état somatique concordant.

Il existe donc des relations précises et constantes entre l'état mental et l'état physique, au point que l'on ne peut modifier l'un sans changer l'autre immédiatement. C'est la seule conséquence que l'on puisse tirer de ces faits d'ailleurs soigneusement contrôlés; toute interprétation serait encore prématurée.

Du son tympanique dans la pneumonie. — M. BERNHEIM (de Nancy). On sait que dans la pneumonie, comme dans la pleurésie, lorsque le lobe inférieur est hépatisé, ou que la partie inférieure de la plèvre est remplie de liquide, on peut rencontrer dans la région sous-claviculaire un son tympanique. Ce son est improprement appelé son skodique; ce n'est pas Skoda, c'est Avenbrugger qui l'a découvert.

Cette qualité du son s'explique par le relâchement du tissu pulmonaire resté sain. Le lobe inférieur étant tuméfié dans la pneumonie, il en résulte que le lobe supérieur peut obéir à sa rétractilité normale; il revient sur lui-même, comme après l'ouverture du thorax. Or le son du poumon rétracté est tympanique, tandis que le son du poumon tendu est clair, ample, profond, mais non tympanique, parce que, dans le premier cas, le tissu pulmonaire relâché ne vibre pas ou vibre moins, de sorte que l'air intra-alvéolaire vibre en quelque sorte seul comme dans une vessie, des vibrations homogènes donnant lieu à un son presque aérien pur, tympanique.

Mais, et c'est là ce que M. Bernheim veut établir, le son tympanique dans la pneumonie peut exister non seulement au-dessus des portions hépatisées, mais au niveau même de l'hépatisation. Ce son tympanique peut s'accompagner d'un bruit de pot fêlé net. Il a fait l'autopsie d'un pneumonique qui avait présenté sous la clavicule gauche jusqu'au troisième espace intercostal exclusivement un son tympanique aigu peu ample avec pot fêlé très net; or tout le poumon était hépatisé; la partie correspondant au son tympanique était hépatisée.

Dans plusieurs autres cas, sans autopsie, mais où tous les signes physiques indiquaient une hépatisation à ce niveau, l'auteur a rencontré le même son tympanique, aigu ou profond, occupant parfois quatre espaces intercostaux antérieurs. Il l'a rencontré aussi, mais plus rarement et moins accentué, dans le sommet postérieur.

Au niveau du lobe inférieur hépatisé, il a constaté aussi parfois un son tympanique peu ample, son de carton des Allemands.

Dans quelles conditions physiques le poumon hépatisé, qui donne habituellement un son mat, donne-t-il un son tympanique?

M. Berheim ne saurait le dire. Peut-être l'absence de sécrétion bronchique favorise-t-elle le phénomène?

L'air contenu dans les tuyaux bronchiques mis en vibration par la percussion, donne lieu à des ondulations sonores transmises à l'oreille à travers le tissu solidifié et bon conducteur du parenchyme pulmonaire.

Prophylaxie de la variole. — M. LAYET (de Bordeaux) analyse dans son travail, qui ne comprend pas moins de *trente-cinq*

mille vaccinations, les résultats vraiment merveilleux obtenus par l'Institut vaccinifère de Bordeaux, au point de vue de la prophylaxie de la variole.

Le service vaccinifère a été organisé de façon à comporter *quatre cents génisses;* néanmoins c'est à peine s'il coûte à la ville une somme de 6000 francs. L'immunité vaccinale est obtenue chez ces génisses dans le courant du sixième jour qui suit la vaccination, et, dès le cinquième jour, on retrouve dans le sang des micrococcus. Dans les revaccinations pratiquées avant cette date, les boutons réussissent très bien et acquièrent plus rapidement leur virulence. Quant à l'*auto-inoculation* de la génisse, elle n'est possible que jusqu'au cinquième jour.

La multiplicité des piqûres ne paraît pas hâter l'imprégnation; enfin, dit l'auteur, la pénétration du virus est faite dès le troisième jour et ne peut être arrêtée par la destruction complète des boutons vaccinaux. L'immunité est plus tardive chez l'enfant et va jusqu'au septième jour; sa durée est moins grande chez lui, elle varie d'ailleurs suivant l'âge et le tempérament du sujet vacciné.

M. Layet conclut en appelant vivement l'attention de ses confrères sur la nécessité des revaccinations dans les Écoles primaires, car, dit-il, dès l'âge de huit ans, la proportion des succès obtenus est déjà de 38 p. 100. Enfin, pour offrir toutes garanties de certitude d'immunité, les revaccinations doivent être pratiquées tous les sept ans.

Nous ajouterons que cette importante communication a été suivie d'une discussion des plus intéressantes, laquelle s'est terminée par le dépôt, par M. Girard (de Grenoble), des conclusions suivantes, vivement appuyées par MM. Chauveau (de Lyon) et Rochard (de Paris) :

La Société d'hygiène et de médecine publique prie les pouvoirs compétents :

1° De faire une loi déclarant obligatoire la vaccination et la revaccination sur le sol français;

2° De créer dans tous les chefs-lieux de département des instituts vaccinifères.

Ostéome du pied et extirpation du calcanéum. — **M. GROSS** (de Nancy) rapporte l'observation d'un volumineux ostéome développé dans la région du talon, chez un homme de quarante-huit ans, qui exerçait la profession de tailleur de pierres, et auquel il a dû pratiquer l'extirpation du calcanéum.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce a montré qu'il s'agissait, non d'un ostéome développé dans le calcanéum même, mais d'une tumeur péri-calcanéenne. Le tissu osseux néoplasique entourait le calcanéum de toutes parts, ses faces supérieure et antérieure exceptées; il formait une masse volumineuse dans laquelle cet os était enchâssé. Sur une coupe, on voyait le tissu néoplasique et l'os calcanéen séparés l'un de l'autre par une bandelette fibreuse présentant quelques lacunes.

Le point de départ de la production pathologique avait été le tendon d'Achille, et la tumeur était un exemple de ce que les anatomo-pathologistes ont appelé exostose tendineuse discontinue. Toutefois l'extension du tissu osseux sur les faces latérales du calcanéum semble faire croire que le tissu fibreux péricalcanéen a été envahi à son tour par le néoplasme. M. Gross accepte donc la dénomination d'*ostéome péricalcanéen*.

Sa communication porte encore sur l'opération de l'extirpation du calcanéum. En effet, pour extraire cet os, il recommande de suivre le procédé de Farabeuf, qui permet d'atteindre aisément toutes les portions où doit porter le bistouri. Chez son opéré, les suites immédiates de l'intervention chirurgicale ont été fort simples.

Quant au résultat fonctionnel, il a été très satisfaisant, et M. Gross en conclut que l'extirpation du calcanéum par la méthode ancienne est loin de donner des résultats aussi mauvais qu'on l'a prétendu et que, dans les cas où la résection sous-périostée, qui, sans contredit, reste la méthode de choix, est impraticable, le chirurgien peut aussi recourir à la méthode ancienne avec l'espoir de restituer d'une manière satisfaisante les fonctions du pied.

De certaine chlorose et de son traitement.— M. DAGRÈVE (de Tournon), après avoir décrit la forme de chlorose qui est caractérisée, outre les signes ordinaires, par un développement considérable du tissu adipeux, rapporte plusieurs observations, dont quelques-unes sont relatives à des malades hystériques dont la guérison fut rapide.

Quant au traitement, il emploie, en plus des moyens ordinaires, les excitations cutanées obtenues à l'aide de frictions d'eau de Cologne ou d'un liquide analogue et d'eau fraîche, et pendant la semaine qui précède les règles, il a recours à l'électricité d'induction.

Mésologie parasitaire chez l'homme. — M. VERCHÈRE (de Paris). Cette communication, faite au nom de l'auteur par M. Verneuil, revient sur la question de l'auto-inoculation au point de vue de l'importance que joue le milieu, l'organe dans lequel le microbe peut se développer. C'est ainsi que tous les organes ne sont pas également susceptibles d'être envahis par tous les microbes. Tel de ceux-ci se développera dans un organe donné, tandis que sa culture se fera très mal ou même pas du tout dans un autre organe. Chacun d'eux a pour ainsi dire ses affinités spéciales pour tel ou tel de nos tissus : ainsi l'on ne rencontre pas de tubercule primitif dans les muscles striés, dans la mamelle, dans la pituitaire, dans la conjonctive, dans le tissu compact de l'os; tandis que le tissu spongieux est pour lui un siège de prédilection.

Néanmoins les recherches faites jusqu'à présent sont encore très insuffisantes et mériteraient d'être poursuivies afin de montrer dans un double tableau *ad hoc* les microbes et les organes en regard les uns des autres, selon les affinités réciproques qu'ils présentent.

Ablation simultanée du calcanéum et de l'astragale. — **M. OLLIER** (de Lyon) dit, à propos de la communication de M. Gross (de Nancy) (1), qu'il est loin de considérer l'ablation simultanée du calcanéum et de l'astragale comme une mauvaise opération, ainsi que, au premier abord, on pourrait le penser, par ce fait qu'elle supprime la base de sustentation de la jambe, et comme ne pouvant donner que des résultats inférieurs à ceux que l'on obtient de l'amputation de la jambe au tiers inférieur.

En effet, les observations qu'il possède montrent, au contraire, que les résultats fonctionnels sont bons, ainsi que l'a dit avec raison M. Gross dans son travail sur l'ostéome du pied et l'extirpation du calcanéum. Sur l'un de ses opérés il a pu même constater l'existence d'une voûte plantaire. La marche seulement reste difficile tant que le calcanéum ne s'est pas reformé, à cause de la tendance du pied à l'équinisme.

Après avoir montré les différences qui existent dans la reproduction du calcanéum et de l'astragale, M. Ollier insiste surtout sur le traitement consécutif à l'extirpation simultanée de ces deux os, traitement qui consiste à repousser le pied en arrière et à favoriser le recul de la masse osseuse antérieure. Quant au procédé opératoire, il a recours à la résection sous-périostée.

Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. — M. RAPHAEL DUBOIS, en présentant un nouvel appareil permettant au chirurgien d'effectuer, sans aucun danger, l'anesthésie des malades qu'il doit opérer, et ce au moyen de mélanges titrés d'air et de vapeurs de chloroforme, fait connaître les modifications qu'il lui a fait subir depuis l'année dernière, c'est-à-dire depuis l'époque où il le présenta pour la première fois au Congrès de l'Association française. Ces modifications ont surtout pour but de rendre l'appareil plus portatif, par suite d'une application beaucoup plus facile.

Des différences intellectuelles dans un même groupe ethnique. — M. FAUVELLE (de Paris) rappelle d'abord que l'intelligence est la manifestation de l'influx nerveux dans les couches grises corticales du cerveau, manifestation caractérisée spé-

(1) Voir plus haut, même page, 1re colonne.

cialement par la *mémoire* et la *volonté;* puis il donne une description succincte de la structure du centre cérébral.

Il divise ensuite les différences intellectuelles en *subjectives*, c'est-à-dire dépendant de l'organisation elle-même, et en *objectives*, résultant de l'influence des milieux et spécialement de l'éducation et de l'instruction.

Après avoir énuméré ces différences, M. Fauvelle recherche comment, au milieu de tant de variations, le type cérébral humain non seulement se maintient, mais progresse d'une manière continue. Il en trouve la raison en ce que, dans toute société, le rôle des individus change à chaque génération et qu'ainsi toutes les variations, tous les progrès de l'organe cérébral se propagent et se généralisent par l'hérédité. Il en conclut que, comme la démocratie empêche la formation des castes et par conséquent le maintien des mêmes fonctions dans les mêmes familles, c'est la forme sociale la plus hygiénique pour le centre intellectuel.

Sur le choix du sol destiné à recevoir les eaux d'égouts. — M. CARNOT (de Paris) dit que le procédé d'épuration par le sol est le seul qui ait donné jusqu'à présent des résultats vraiment satisfaisants. On peut y ajouter l'utilisation agricole des matières fertilisantes que renferment les eaux d'égouts. Mais il y a un choix à faire dans les terrains : le sol doit être perméable sur une profondeur suffisante, afin que l'eau souillée entre en contact avec l'air et que la transformation des matières azotées puisse être complète. Pour les terrains peu perméables, on serait obligé de consacrer à l'irrigation des étendues beaucoup plus grandes.

Les terrains à irriguer ne doivent pas être au voisinage immédiat des villes, ni trop éloignés ou trop élevés, afin d'éviter les dépenses.

M. Carnot applique ces données à la ville de Paris et présente une carte indiquant les régions sur lesquelles pourraient être déversées les eaux. Il pense que la Ville devrait acquérir quelques centaines d'hectares, dans trois ou quatre régions différentes autour de la capitale.

Gangrène symétrique des extrémités, d'origine palustre. — M. BÉRILLON (de Paris) fait une communication sur un cas de paludisme qui s'est manifesté pour la première fois chez une malade de M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, par la gangrène symétrique des extrémités. La femme qui fait l'objet de cette observation, quoique vivant dans un pays palustre, et bien que différents membres de sa famille (parents, frères, sœurs) aient eu la fièvre intermittente, n'avait eu elle-même aucune manifestation appréciable du paludisme, lorsque survinrent tout à coup les accidents de la gangrène symétrique des extrémités ou maladie de Maurice Raynaud, du nom de celui qui l'a décrite pour la première fois.

Si l'étiologie de cette affection est encore aujourd'hui fort obscure, cependant son origine palustre, chez la malade observée par M. Bérillon, ne saurait, dit-il, être douteuse, soit en raison de la netteté des symptômes présentés par la malade, soit aussi en raison des bons effets obtenus du traitement par le sulfate de quinine et par l'arsenic administré sous la forme de liqueur de Fowler. D'ailleurs, M. Verneuil n'avait pas hésité un seul instant, malgré l'absence d'accès de fièvre intermittente, à attribuer cette gangrène symétrique des extrémités à l'impaludisme.

Des résultats fournis par l'emploi du fer rouge dans le traitement des maladies inflammatoires de l'utérus. — M. GENTILHOMME (de Reims), dans sa communication, veut parler surtout du traitement de l'inflammation du col et du corps de l'utérus, inflammation dans laquelle le col, devenu très volumineux, est augmenté dans tous ses diamètres, et le corps, également augmenté de volume, est sphérique, renversé en arrière, exerçant une pression plus ou moins considérable sur le rectum. La muqueuse du col et du corps, irritée par le processus inflammatoire, s'enflamme à son tour et devient le siège d'une sécrétion purulente épaisse, collante pour le col, et liquide et purement purulente pour le corps.

Ces phénomènes inflammatoires s'accompagnent de troubles menstruels et de douleurs abdominales parfois très graves, ainsi que d'une faiblesse générale.

L'examen au spéculum montre à la surface du col l'existence d'une ulcération plus ou moins étendue, superficielle qui joue un grand rôle dans la symptomatologie. Quant aux causes de la lésion, M. Gentilhomme déclare qu'elles échappent le plus souvent, et que, à part certains cas tels que traumatisme, grossesse, accouchement, avortement, on ne sait pas grand chose des causes efficientes.

En fait, dans ce genre de métrites, on rencontre diverses lésions : gonflement, sécrétion purulente, ulcérations; mais, parmi elles, comment distinguer celles qui sont primitives de celles qui sont secondaires. L'auteur pense que, dans le plus grand nombre de ces métrites, l'ulcération est secondaire.

Après avoir rappelé les divers traitements qu'il a vu employer dans cette affection, tels par exemple que les pansements émollients, astringents, et surtout les cautérisations au nitrate d'argent, comme Huguier les avait préconisées, etc., et après avoir montré les résultats que l'on obtenait ainsi, M. Gentilhomme en arrive à cette conclusion que l'ulcération du col de l'utérus, étant un accident secondaire déterminé et entretenu par l'inflammation et l'engorgement de l'utérus, n'est qu'un épiphénomène. De là, des indications thérapeutiques, notamment de traiter l'engorgement de l'utérus par des révulsions puissantes, par des cautérisations du col avec le fer rouge combinées avec le repos dans la position horizontale, qui favorise le mieux la circulation du sang veineux.

Sous l'influence de ce traitement, on voit, dit-il, après trois ou quatre cautérisations, le corps de l'utérus diminuer de volume et reprendre sa place naturelle, le col, dont l'ulcère est guéri, recouvrer son aspect normal, les sécrétions morbides disparaître.

L'auteur pourrait citer plusieurs exemples de guérisons obtenues ainsi en quelques semaines, et qui se sont maintenues depuis chez des malades qui, jusque-là avaient suivi de longs traitements sans résultat. Il invoque notamment le cas d'une femme traitée en vain pendant dix ans par différents moyens, et qui fut débarrassée très rapidement par les cautérisations du col avec le fer rouge.

Il termine en insistant sur les bons résultats qu'il a obtenus jusqu'à présent sans qu'il ait jamais observé le moindre accident. Pour lui l'action révulsive du fer rouge ne se borne pas seulement à l'ulcération du col, mais elle porte beaucoup plus loin, c'est-à-dire sur le corps même de l'utérus, et c'est cette propriété qu'il tient surtout à mettre en relief.

De la liberté individuelle dans ses rapports avec les maladies contagieuses. — M. H. HENROT (de Reims). L'hygiène publique a fait en France dans ces dernières années de grands progrès par la création d'un comité d'hygiène publique attaché au ministère du commerce, et par l'installation, dans les grandes villes, de bureaux d'hygiène ; néanmoins il reste encore beaucoup à faire, et il y a lieu notamment d'augmenter les pouvoirs conférés au maire par l'article 97 de la loi municipale du 5 août 1884.

Ceci dit, M. Henrot fait brièvement l'historique de cinq petites épidémies de variole qui ont été enrayées aussitôt leur développement par des mesures bien appliquées.

Dans la dernière épidémie qui, depuis le 14 novembre 1885, a atteint plus de 500 personnes et fait près de 100 victimes, l'épidémie n'a pu être arrêtée à cause de l'obstination d'indigents contaminés qui ont voulu rester dans leur domicile et ont refusé absolument de se laisser conduire à l'hôpital dans une salle d'isolement.

M. Henrot ne pouvait, sans dépasser ses droits, faire conduire d'office ces malades à l'Hôtel-Dieu; le bureau d'hygiène aurait cependant pu arrêter à peu près certainement cette épidémie par une mesure qui s'imposait et dont, seul, le respect de la liberté individuelle a empêché l'exécution.

M. Henrot, après avoir examiné les conditions où les pouvoirs publics sont obligés, dans l'intérêt de tous, d'imposer des limites

à la liberté individuelle, demande la déclaration obligatoire pour la famille des cas de maladies contagieuses. En imposant cette obligation comme celle de la déclaration des naissances à la famille, la question du secret professionnel, imposé par la loi aux médecins, cesse d'exister.

Il réclame aussi l'obligation de l'isolement, soit au domicile, quand cela est possible, soit à l'hôpital, et l'obligation de la désinfection. M. Henrot s'attache à démontrer combien, en pratique, tous les services se feraient facilement avec le concours des médecins.

Enfin il constate que, dans notre organisation, il manque deux rouages importants : l'un la création d'un médecin sanitaire dans chaque commune; l'autre la création d'un bureau d'hygiène départemental au chef-lieu de chaque département.

M. Henrot décrit en détail l'organisation de ces différents services publics, qui permettraient enfin de faire sérieusement de l'hygiène.

Ostéotomie du nez. — M. VIENNOIS (de Lyon) donne une description détaillée du procédé opératoire auquel M. Ollier a recours dans l'opération qui a pour but l'ablation soit des polypes naso-pharyngiens, soit de toute autre tumeur des fosses nasales.

Le procédé, qui a en vue d'obtenir une voie large, consiste à détacher le nez de sa racine et de ses bords par deux incisions, en suivant le sillon naso-génial, et à le rabattre sur le menton. On peut ensuite, si cela est nécessaire, réséquer encore la cloison. Lorsque la tumeur est enlevée, il est facile, en cas d'hémorrhagie, d'appliquer sur sa base d'implantation des éponges imbibées d'eau de Pagliari et de les laisser en place pendant plusieurs heures, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout danger d'écoulement de sang soit passé. C'est alors seulement qu'on remet le nez en place et qu'on l'y maintient à l'aide de sutures, ce dont sa vitalité ne paraît pas souffrir.

On connaît le procédé préconisé par Chassaignac dans l'ablation des tumeurs du nez; M. Viennois insiste sur les différences qu'il présente avec celui de M. Ollier et les avantages de ce dernier sur le premier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le pharmacien-inspecteur Coulier, membre du comité consultatif de santé, est placé, à dater du 31 août 1886, dans la deuxième section (réserve) du cadre des pharmaciens inspecteurs.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Boinet, membre honoraire de la Société de chirurgie, officier de la Légion d'honneur, décédé le 31 août à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 19995

N° 104. — MARDI 7 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 7 SEPTEMBRE 1886. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. LÉON LE FORT.

Exostose du fémur.

Le malade dont je veux vous parler aujourd'hui est atteint d'une exostose du fémur droit. C'est un homme de vingt-cinq ans, vigoureux, bien musclé, d'une bonne santé habituelle, et exerçant la profession pénible de carrier. Ses antécédents de famille n'ont rien d'important au point de vue de sa maladie. Son père paraît avoir eu dans son jeune âge une paralysie infantile qui lui a laissé une difformité de la jambe et du bras du côté gauche. Sa mère est délicate, chétive, mais habituellement bien portante.

Quant à ses antécédents personnels, il n'accuse qu'une variole à l'âge de trois ans, et sa santé a toujours été bonne. Il n'a aucun souvenir d'avoir éprouvé, avant l'âge de quatorze ans, de douleurs ou de la gêne dans le genou ou la cuisse du côté droit. A cette époque, c'est-à-dire il y a onze ans, il se plaignit de souffrir un peu à la partie inférieure de la cuisse, et constata la présence d'une tumeur dure ayant à peu près la même dimension et la même situation que celle que nous observons aujourd'hui; le malade est très affirmatif sur ce dernier point. La dimension de la tumeur se serait, d'après lui, légèrement accrue d'avant en arrière, et elle ne porte que depuis quelques années les mamelons que nous observons aujourd'hui.

Pendant quelques semaines, la gêne que lui causait la tumeur dont il venait de découvrir l'existence fut assez forte pour l'empêcher de travailler au labourage, ce qu'il faisait alors. Puis la gêne s'amoindrit et si elle a reparu aujourd'hui, elle ne va pas jusqu'à l'impotence du membre.

La tumeur est placée sur la face externe du fémur, mais, comme elle s'étale un peu sous forme de champignon, elle déborde cet os et en dépasse le niveau, en avant et en arrière. En avant, elle reste latérale, mais en arrière elle se recourbe et arrive à peu près au niveau de la ligne médiane de l'os. Les parties antérieure et postérieure, quoique réunies profondément, sont, dans leur superficie, séparées par un sillon en deux parties distinctes. En avant elle présente une surface mamelonnée et se trouve située presque immédiatement sous la peau dont elle paraît séparée par une petite bourse séreuse accidentelle, qui glisse librement sur elle. Elle a traversé l'aponévrose *fascia lata* qui la bride en avant et en arrière. En arrière, au contraire, la tumeur s'enfonce profondément sous le *fascia lata* et la longue portion du biceps qu'elle déborde en arrière. Sa dureté est complète et donne partout la sensation de l'os; complète aussi est son adhérence au fémur et son immobilité. Quand on fait exécuter au malade des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe, la main appliquée sur la tumeur perçoit des craquements secs qui sont dus au frottement dur des fibres du *fascia lata* sur la surface de la tumeur. Ces craquements sont aussi perçus par le malade, et c'est là un des symptômes qui lui causent le plus de gêne.

La hauteur de la tumeur parallèlement au fémur est de 48 millimètres; son diamètre transversal est de 76 millimètres. Il faut défalquer de ces mesures l'épaisseur de la peau. Son extrémité inférieure — et j'appelle sur ce point toute votre attention — est à 8 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Elle est donc située assez loin de l'épiphyse, et, en raison de sa position en dehors et en arrière, elle doit être à une certaine distance de la synoviale.

Telles sont les particularités que nous observons. Nous aurions maintenant à nous demander quelle est la nature de cette tumeur. Il ne saurait guère y avoir à cet égard d'incertitude : ce n'est point une exostose syphilitique, car le siège, l'époque d'apparition, l'absence de douleurs et d'antécédents syphilitiques sont opposés à l'adoption de cette idée. Ce n'est point un enchondrome, la dureté complète de la tumeur, son indolence, son état à peu près stationnaire depuis neuf ans, ne sont pas des caractères appartenant à l'enchondrome, la tumeur à myéloplaxes augmente peu à peu de volume, n'a pas de dureté, mais, au contraire, elle se ramollit. Le sarcome des os ne reste pas neuf ans immobile, il s'accompagne de douleurs et n'a pas les irrégularités de notre tumeur.

Bref, il est incontestable que nous avons affaire ici à une véritable exostose et à une exostose de développement, à une exostose épiphysaire, dont elle a, d'ailleurs, tous les caractères.

Qu'est-ce que ces exostoses? et comment se développent-elles? Vous savez que l'accroissement des os en longueur se fait par l'intermédiaire du cartilage interépiphysaire. Les cellules du cartilage s'allongent en séries linéaires, s'em-

pilent comme des pièces de monnaie, parallèlement à la diaphyse, et à mesure que ces cellules s'ossifient, d'autres prennent naissance. Or, que cette prolifération des cellules au lieu de se faire dans l'axe même de l'os se fasse plus ou moins obliquement, un peu d'os nouveau se fixe en dehors de l'axe normal de l'os et il en résultera une saillie, une tumeur osseuse, une exostose du fémur.

Mais on peut objecter que la tumeur actuelle n'est pas au niveau de l'épiphyse, et que par conséquent on ne peut lui donner l'origine que je viens de vous signaler. Cette objection ne serait pas fondée. Un caractère, sinon constant, du moins fréquent de ces exostoses par développement de la partie inférieure du fémur, c'est l'ascension progressive de ces tumeurs depuis l'époque de leur apparition jusqu'à l'ossification du cartilage interépiphysaire. Quel en est le mécanisme? Il est facile à comprendre.

C'est du côté diaphysaire et non du côté articulaire que se fait surtout le développement du cartilage épiphysaire, et c'est au contact de la diaphyse que l'ossification s'opère progressivement. Supposons qu'à l'âge de neuf ans une prolifération déviée du cartilage vienne donner naissance à une exostose, celle-ci se trouve forcément reliée à la partie la plus inférieure de la diaphyse formée en même temps qu'elle. Si l'os s'allonge d'un centimètre, de neuf ans à onze ans, par exemple, ce nouveau centimètre d'os se formera entre la partie inférieure de ce qui, par l'ossification, s'est ajouté à la diaphyse et la face supérieure du cartilage. L'exostose aura donc remonté d'un centimètre au-dessus de l'interligne épiphysaire. Si cette déviation latérale de l'ossification n'a eu que peu de durée, l'exostose aura la forme d'une aiguille osseuse; si, au contraire, elle persiste pendant plusieurs années de croissance, l'exostose augmentera de hauteur, sa base s'allongera, s'éloignant de l'épiphyse par sa partie supérieure, mais restant en rapport avec elle par sa partie inférieure. Que cette déviation nutritive cesse à quatorze ans, l'exostose continuera à rester adhérente au fémur avec lequel elle fait corps; l'adjonction de nouvelles couches à la partie inférieure de la diaphyse l'éloignera de plus en plus du cartilage et elle paraîtra avoir perdu tout rapport avec lui.

C'est ce qu'on a pu noter dans quelques observations. En 1859, Broca observa un enfant de neuf ans portant une exostose placée à 6 centimètres du genou; quinze ans plus tard elle en était distante de 15 centimètres. Roux, en 1843, chez un jeune homme de dix-neuf ans, observa une exostose à 11 centimètres du genou; cinq ans après elle en était à 13 centimètres. Dans une autre observation, rapportée dans la thèse de M. Lelièvre, M. B. Anger constata en huit ans une ascension de 3 centimètres.

Notre malade affirme que sa tumeur n'a changé ni de situation ni de volume depuis qu'il s'en est aperçu à l'âge de quatorze ans. Elle aurait donc toujours été distante du cartilage. Mais le fait même que la tumeur avait alors le volume qu'elle a aujourd'hui, prouve que son origine est beaucoup plus ancienne et qu'elle existait depuis longtemps quand le malade en constata la présence. Elle a dû être primitivement interépiphysaire, et il est plus que probable que, depuis onze ans, elle s'est éloignée du genou, sans que le malade se soit aperçu d'un changement léger de situation, chose à laquelle, d'ailleurs, il n'attachait aucune importance.

Quel est le pronostic de ces tumeurs? Dues au travail, au développement de l'os, au travail de prolifération et d'ossification qui se passe dans le cartilage, elles doivent s'arrêter dans leur développement lorsque l'ossification a cessé. C'est, en effet, ce qui arrive; c'est ce qui est arrivé chez notre malade. La tumeur n'augmentera probablement pas plus à l'avenir qu'elle n'a augmenté depuis onze ans. Il ne devra donc pas y avoir aggravation de l'état actuel. Ce n'est pas une de ces tumeurs qui, ne causant que peu ou pas de gêne, doivent cependant être enlevées parce que leur accroissement prévu, fatal, rendra plus tard l'opération indispensable et plus grave. On est cependant autorisé à les enlever si, par leur volume, leur situation, elles gênent sérieusement les fonctions du membre.

Comment pourrions-nous enlever celle de notre malade? Il faut, pour découvrir sa surface, faire une incision de 15 centimètres au moins au côté externe de la cuisse. Pour éviter d'atteindre la synoviale, qui pourrait avoir été entraînée plus haut qu'à l'état normal, pour éviter le plus possible d'ouvrir le creux du jarret, il faudrait, avec la rugine, suivre de très près la surface de la tumeur pour l'isoler des parties molles et arriver jusqu'à son point d'implantation au fémur. Pour cela, il me faudra nécessairement sectionner en travers le *fascia lata*, qui bride l'exostose en arrière, traverser ou refouler le vaste externe. Quand je serai arrivé sur la base de la tumeur, base qui paraît très large, plusieurs moyens se présentent pour la détacher. La scie de Larrey est inapplicable, car pour la faire agir, sa pointe devrait dépasser la tumeur et on l'enfoncerait dans le creux poplité. Peut-être pourra-t-on employer la scie à chaîne, mais pour cela il faudrait, par la dissection préalable, isoler les faces inférieure et postérieure de la tumeur, ce qui ouvrirait très probablement le creux poplité.

La meilleure manœuvre serait de détacher avec le ciseau et le maillet la moitié au moins du pédicule dans sa partie supérieure, puis, avec un fort davier, la saisir, la renverser et tenter de fracturer ce qui resterait du pédicule. Ces difficultés opératoires ne sont pas telles qu'elles puissent arrêter un chirurgien quelconque; mais d'autres considérations interviennent. Ouvrir la cuisse dans une large étendue, faire une large plaie voisine de l'articulation, voisine du creux poplité, mettre à nu le tissu osseux du fémur dans une assez grande étendue, c'est là une opération qui ne laisse pas que de présenter une certaine gravité, quelque confiance qu'on puisse avoir dans les pansements actuels. Or, ces risques sont-ils en rapport avec le bénéfice à retirer de l'opération, voilà ce que tout chirurgien sage doit se demander.

Pour moi, la réponse était à peu près négative; aussi mon attitude à l'égard du malade a-t-elle pu vous étonner, car de la conversation que je viens d'avoir avec lui, il ressortait évidemment que je le détournais de l'opération. Ce n'est pas la conduite ordinaire du chirurgien, et ceci mérite de vous être expliqué.

Ayant le plus grand respect pour la vie de mes malades, et, j'ose le dire, plus que pour la mienne propre, je ne pouvais l'engager à se soumettre à une opération que je n'aurais certainement pas acceptée. Je lui ai expliqué que sa tumeur n'augmenterait plus de volume, que la gêne qu'elle lui cause n'augmenterait pas non plus, cette gêne d'ailleurs n'est pas très grande et ne va pas jusqu'à une douleur vive; la marche est facile, pourvu qu'elle ne soit pas trop prolongée. Mais, ici encore, se montrent les conséquences de cette irrégularité sociale qu'il n'est donné à personne de supprimer, parce qu'elle est dans la loi de l'humanité; le malade m'a objecté que si, à la rigueur, il pouvait travailler quand

il était rendu dans la carrière, il ne pouvait, toutefois, s'y rendre qu'avec une fatigue telle que le travail lui était pour quelques heures impossible, et que, pour pouvoir gagner ultérieurement sa vie, il lui fallait actuellement la risquer et qu'il réclamait l'opération.

Dans ces conditions, je ne puis que me rendre à son désir formel; j'ai accompli la première partie de mon devoir, il me reste maintenant à accomplir la seconde : c'est ce que nous allons faire en l'opérant.

— L'opération terminée, M. Le Fort a résumé ainsi qu'il suit les particularités qu'elle a présentées.

La peau étant incisée, nous sommes arrivé sur le bord externe du vaste externe qui, en avant et dans les mouvements de flexion, glisse à frottement dur sur la surface de l'exostose. Je l'ai fait refouler en avant par un écarteur, puis j'ai incisé longitudinalement et transversalement le *fascia lata*, et j'ai mis à découvert le sommet de l'exostose. Au lieu de mamelons plus ou moins arrondis, nous avons rencontré trois pointes osseuses, dont l'une très aiguë, rugueuses, très dures, et l'on comprend que le glissement des fibres musculaires sur ces saillies devait fortement gêner les mouvements. Râclant avec la rugine la tumeur, nous avons pu constater qu'elle n'avait pas tout à fait la forme que nous soupçonnions tous. La partie saillante en avant et en haut, la partie mamelonnée, n'est pas immédiatement adhérente au fémur, c'est une sorte d'apophyse volumineuse et irrégulière dont la base adhère en bas à la seconde portion de l'exostose. Cette seconde portion, confondue par sa base avec le fémur, est parallèle à l'os; elle est assez lisse et ne paraît pas devoir gêner le mouvement des muscles.

Cette disposition étant constatée, ma conduite était toute tracée. Évidemment toute la gêne est amenée par cette partie apophysaire si irrégulièrement mamelonnée, celle-là doit être absolument enlevée. Mais pourquoi m'attaquer à la seconde portion qui ne paraît pas devoir gêner le malade? Pourquoi, en l'enlevant, donner à l'opération une gravité beaucoup plus grande, puisque, pour y arriver, il me faudrait ouvrir le creux poplité? Avec le ciseau et le maillet du sculpteur, j'ai détaché de la base cette portion épiphysaire de l'exostose, portion qui mesure à peu près 4 centimètres dans tous les sens. Son extraction a été assez simple, je n'ai fait aucun délabrement dans les parties molles, j'ai diminué notablement la gravité de l'opération que je croyais tout d'abord nécessaire, aussi j'ai tout lieu de croire que nous aurons une guérison sans accidents et que nous n'aurons qu'à nous féliciter d'avoir cédé au désir formel du malade.

— Ces espérances ont été justifiées : le malade a guéri sans accidents.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

De la fluxion pulmonaire aiguë et de ses variétés.

Je profiterai aujourd'hui de plusieurs faits observés dans notre service (trois cette année et un l'année dernière) pour appeler votre attention sur un incident pathologique, intéressant non seulement en lui-même, mais encore par les difficultés réelles d'interprétation qu'il peut présenter : je veux parler de la fluxion de poitrine ou fluxion pulmonaire aiguë.

Dans les cas types de cette affection, voici ce que l'on observe : un individu est pris subitement, en parfaite santé, de malaise, quelquefois de frissons, d'un point de côté, et de fièvre intense dès le premier jour. Si à ce moment-là on examine la poitrine, on ne trouve que très peu de signes positifs. Mais le lendemain il n'en est déjà plus de même, et voici ce que l'on observe : de la submatité, parfois peu prononcée, pas d'augmentation des vibrations locales, des râles crépitants réellement types, et un timbre soufflant de la respiration. A ces phénomènes nous devons ajouter une expectoration en apparence pneumonique, en réalité plus sanglante que celle de la pneumonie véritable. Cet état dure, en général, vingt-quatre heures, c'est-à-dire pendant tout le cours de la seconde journée. Le troisième jour peut encore être une période d'état, une journée stationnaire, puis la défervescence se produit brusquement et l'état général devient bon presque immédiatement, les râles deviennent plus gros pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, après quoi tout s'efface et la maladie est finie. Telle est en quelques mots la fluxion pulmonaire aiguë, laquelle représente la pneumonie franche arrêtée à sa première phase.

Mais cet aperçu succinct serait fort incomplet si nous n'y ajoutions les faits relatifs aux cas particuliers que nous avons eu l'occasion d'observer dans nos salles depuis un an environ.

Premier cas. — Il s'agit d'un homme, journalier, âgé de vingt ans, qui fut pris, comme je vous l'ai dit en commençant, avec les symptômes que je viens de vous indiquer à grands traits. La maladie a suivi sa marche la plus régulière, la défervescence est survenue brusquement le quatrième jour. Il n'y a eu aucune complication. La maladie était finie.

Deuxième cas. — Le malade qui est encore actuellement dans nos salles, est arrivé à l'hôpital le deuxième jour de la fluxion.

C'est un homme robuste, d'une quarantaine d'années, qui a été pris de la même manière que le précédent, c'est-à-dire en parfaite santé. Le deuxième jour sa température était de 39 degrés, le troisième jour de 39°,2. Le foyer fluxionnaire avec ses signes caractéristiques était dans le poumon gauche. La défervescence est arrivée du troisième au quatrième jour avec une température de 37 degrés seulement; l'amélioration était moins nette, cependant les signes locaux s'amendaient. Deux jours se passent, le malade est bien, pas de fièvre, pas de reprises dans l'état local. Mais ce matin, à son réveil, il se plaint d'un malaise général. Les poumons ne présentent rien de particulier; 37°,8. C'était le début d'un accès de goutte aux deux gros orteils en même temps, de sorte que, en réalité, sa fluxion pulmonaire était l'expression d'une manifestation goutteuse en préparation. Cet accès de goutte comment évoluera-t-il? Normalement je l'espère.

D'où je conclus que la fluxion du poumon n'est pas toujours une maladie propre, primitive, indépendante, mais qu'elle peut être liée, dans certains cas, à un état constitutionnel.

Troisième cas. — Ce cas est celui de l'année dernière, il présente une grande analogie avec le précédent. Il s'agit aussi d'un état constitutionnel qui s'est manifesté par une fluxion pulmonaire aiguë, laquelle a présenté la même évolution que chez le malade précédent, si ce n'est que l'accès de goutte de celui-ci, survenu quarante-huit heures après

la défervescence, est remplacé ici par une attaque de rhumatisme.

Quatrième cas. — Ici le fait est plus intéressant encore, car le malade étant un de nos infirmiers, nous avons pu l'observer sous nos yeux dès le début.

Cet homme, âgé de vingt-trois ans, a été pris le 17 de ce mois. Ce jour-là, malaise, point de côté, 38°,6. Le lendemain, 40 degrés le matin, 40°,2 le soir, crachats sanglants pleins de pneumonocoques. Le 19 au matin, 37°,2, à peine quelques vestiges des râles crépitants que la veille il présentait en quantité et en foyer. Donc ce jour-là, le 19, il va très bien, comme le malade qui constitue le premier cas. Le 20 rien, pas de fièvre. Par contre, le 21 au matin 39°,2 et le soir 40 degrés, mêmes signes sthétoscopiques dans les mêmes points observés. Le 22, nouvelle défervescence, 37°,4 ; les phénomènes locaux s'atténuent. Cette fois la fluxion a duré trente-six heures seulement. Aussi vous disais-je au lit du malade que si le fait était fort intéressant, il était aussi des plus difficiles, car nous avions-là deux accès pneumoniques se répétant à quarante-huit heures d'intervalle, c'est-à-dire se produisant avec le type quarte. Et j'ajoutais que si l'état général n'était pas aussi bon, que s'il s'agissait d'un malade de la ville, et que nous eussions le moindre indice d'inquiétude, nous n'hésiterions pas à donner le sulfate de quinine.

Cependant, chez notre malade je ne croyais pas encore, tout en y songeant, à une pneumonie palustre, lorsque le 23, après un jour d'apyrexie, eut lieu un nouvel accès qui dura douze heures pendant lesquelles la température remonta à 39°,6. Le lendemain matin 24, elle était retombée à 37°,2. Depuis lors, il n'y a pas eu de reprises et aujourd'hui 27 nous avons 36°,2.

Quelle interprétation pouvons-nous donner de ce fait caractérisé par trois poussées de fluxion pulmonaire, d'abord avec le type quarte, puis avec le type tierce? Je dois ajouter que, le 23 au matin, au moment du troisième accès, M. Netter, mon chef de clinique, avait cru devoir, par prudence, donner au malade 1 gr. 50 de bromhydrate de quinine. Devons-nous à ce médicament l'abréviation du troisième accès et la guérison du malade? Il m'est très difficile de me prononcer, car si je ne crois pas ici à un fait d'intoxication palustre, cependant je ne puis pas l'affirmer. Si ce résultat est dû à la quinine, j'avoue que je n'ai rien vu de pareil dans la fièvre intermittente. Une seule circonstance pourrait peut-être diminuer mon étonnement, c'est ce fait que la quinine a été prise dans le moment le plus favorable. En effet les deux derniers accès avaient revêtu l'un le type quarte, l'autre le type tierce, d'où nous pouvons dire que le quarte était en train de se convertir en tierce, ce qui est le mode nécessaire de guérison de la fièvre quarte.

Il est donc possible que malgré l'unité de la dose, le bromhydrate de quinine ait eu cette influence curative, son administration ayant coïncidé avec la tendance naturelle de la maladie à la guérison.

Mais de ce que la fluxion pulmonaire aiguë se répète de façon à représenter un type périodique, il ne s'ensuit pas forcément qu'elle soit sous une influence palustre, il faut encore qu'elle s'accompagne des phénomènes de la fièvre intermittente ; frisson, chaleur, sueur, etc. ; il faut aussi en avoir trouvé l'origine. Il est vrai qu'à l'entour et même à l'intérieur de cet hôpital, on a remué d'assez grandes quantités de terre. Enfin nous avons encore un troisième terme à envisager, c'est-à-dire que les phlegmasies viscérales, et pulmonaires principalement, peuvent, tout en n'étant pas accompagnées de fièvre palustre, présenter, dans certaines conditions, des caractères fébriles intermittents, sans qu'il s'agisse pour cela d'impaludisme.

En résumé donc, nous trouvons ici trois éventualités : 1° celle d'une fluxion pulmonaire aiguë ; 2° celle d'une fièvre intermittente accompagnée de pneumonie ; 3° une influence tellurique donnant, dans certaines conditions de localité et de temps, à un phlegmon viscéral, un caractère intermittent sans qu'il y ait impaludisme. C'est à cette dernière que je me rattache et c'est ainsi que je m'explique l'action de la quinine.

Quoi qu'il en soit, et c'est par là que je termine, la fluxion pulmonaire s'est présentée à nous depuis un an sous les quatre formes suivantes : 1° de fluxion pulmonaire aiguë, primitive, essentielle ; 2° de fluxion pulmonaire aiguë liée à l'impaludisme ; 3° de fluxion pulmonaire aiguë d'ordre constitutionnel ; 4° de fluxion pulmonaire aiguë, primitive, essentielle, à variété caractérisée dans ses modifications fébriles par des qualités telluriques.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras.

Mme C..., cinquante-deux ans, vient d'un département de l'Est, pour se faire opérer d'une tumeur du nez.

Le mal a débuté il y a dix-huit mois par une tache rouge située sur la narine gauche. Cette tache, qui ne causait que quelques démangeaisons à la malade, envahit peu à peu ce côté du nez, en le tuméfiant considérablement.

Elle subit plusieurs traitements. On lui fit des scarifications (?) et même une petite opération, car l'aile du nez était en grande partie enlevée.

A l'entrée de la malade dans nos salles, le nez présentait les particularités suivantes :

Il était couvert par une tumeur rouge foncé, s'étendant sur l'aile gauche, le lobule et la sous-cloison, et une partie de l'aile droite.

Le lobule est très volumineux et forme une tumeur de forme arrondie qui tombe en bas et à droite.

La peau est rouge, sillonnée de veines dilatées et de rugosités.

En comprimant la tumeur avec les doigts, on la fait pâlir, mais elle ne paraît pas diminuer de volume.

En examinant la face interne des narines, on constate que le mal se prolonge dans l'intérieur du nez.

La masse n'est que fort peu sensible. Pas de saignements, pas de glandes engorgées.

La malade a une voix un peu nasonnée ; nous n'avions pas à songer à un cancer qui n'a jamais cette forme hypertrophique et qui présente des ulcérations, absentes dans notre cas, non plus à un lupus, à cause de l'âge de la malade, de sa santé générale, qui était excellente, et de l'aspect du mal.

Nous avions affaire à un éléphantiasis vulgaire, que les traitements simples n'avaient pas enrayé, et que je me décidai à enlever, avec l'intention de remplacer les parties que j'allais supprimer.

Opération. — Le 22 avril 1886.

La malade est endormie au chloroforme seulement. Je place dans les narines deux petites éponges, destinées à les soutenir, et, en même temps, à prévenir l'écoulement du sang dans le pharynx.

Le mal est cerné par une incision qui emporte les deux ailes du nez, le lobule et la sous-cloison.

Pour conserver un appui au lambeau autoplastique, je n'enlève

que les téguments altérés, en gardant soigneusement les cartilages qui ne sont pas altérés; je sacrifie en même temps un peu de l'ourlet, qui ne me paraît pas sain.

Pendant cette dissection, il est nécessaire de mettre six pinces hémostatiques sur de petits vaisseaux artériels qui donnent un jet, et sur lesquels il n'est, du reste, pas fait de ligature.

Pour refaire le nez, je commence par la sous-cloison.

Suivant le procédé de Dupuytren, je taille dans la lèvre supérieure un petit lambeau quadrilatère, oblique à droite, de haut en bas, et de dedans en dehors. La base étant au niveau de la base de la sous-cloison, ce lambeau est alors relevé en haut en le faisant pivoter sur sa base, et vient s'appliquer sur le cartilage de la cloison, qu'il couvre entièrement. Je place quelques points de suture qui réunissent les bords de ce lambeau aux bords de la muqueuse saine de la cloison.

Je procède ensuite à la taille du lambeau principal, qui est emprunté à la face antérieure de l'avant-bras.

Le bras est soigneusement lavé avec de l'eau et du savon, puis une solution de sublimé à 1/1000e. J'étale sur la face antérieure le fragment disséqué du nez, qui a pris une forme ovalaire, car la sous-cloison en a été détachée. Je trace tout autour une ligne qui me donne un lambeau, plus étendu d'au moins un tiers en surface.

Ce lambeau est alors disséqué soigneusement, en ayant soin de le séparer absolument du tissu adipeux sous-jacent, ce qui ne demande qu'un peu d'habitude du scalpel. Pendant tout ce temps, pour maintenir mon lambeau, à une température convenable, j'ai soin de le faire arroser constamment avec du sublimé très chaud, de telle sorte que la dissection se fasse sur un véritable courant d'irrigation continue antiseptique chaud.

Le lambeau est rapidement placé sur la perte de substance dont il dépasse un peu les limites, puis je le suture avec de la soie très fine, aux limites de l'incision, tout autour des narines et la muqueuse de la face interne des ailes du nez, autour desquelles le lambeau peut s'enrouler.

Ceci effectué, on voit que le lambeau est encore grand; aussi sur le conseil de mon collègue et ami, le docteur Monnier, qui m'assiste, je fais glisser vers le bas la partie libre du lambeau, je l'adosse à lui-même, et je le fixe dans cette situation par deux points de suture.

Le nez ainsi refait n'est pas difforme, grâce à la précaution que j'avais prise de respecter le squelette cartilagineux du nez.

Pendant tout le temps nécessité par les sutures, j'avais eu le soin de faire appliquer sur le lambeau des éponges trempées dans une solution de sublimé très chaude, de sorte que le lambeau ne fut pas un instant froid, et ne nous parut jamais pâle.

Je plaçai ensuite dans les narines deux cylindres faits avec du sparadrap de diachylon roulé. Comme pansement, je mis des fragments de baudruche gommée, un tampon de coton hydrophile, que je recouvris d'une lame de diachylon, pour prévenir l'évaporation. Le tout fut maintenu avec des bandes de tarlatane.

Le lendemain la malade était sans fièvre, se plaignant seulement d'un peu de cuisson.

27 avril. — Pansement (le cinquième jour) est refait. Le lambeau de la cloison est pris ; ses sutures sont défaites.

Le grand lambeau est pâle, grisâtre, il n'est pas froid ; son épiderme se détache comme une mince pellicule. La partie qui touche la cloison est ramollie.

Pansement iodoforme ; coton hydrophile couvert d'un lambeau de matière verte.

2 mai. — Pansement. Le lambeau est froid et gris. En deux places il s'est desséché. On voit des bourgeons charnus qui poussent à la périphérie. La sous-cloison est prise en totalité.

15 mai. — Le lambeau est en partie desséché à la surface, mais il est fortement adhérent, et quand on veut l'ébranler on détermine un écoulement de sang.

20 mai. — Une partie du lambeau s'est séparée, sous la forme d'une mince membrane unie. Dessous est une surface en partie couverte d'épiderme, et en partie de bourgeons charnus. La partie du lobule est encore fermée.

26 mai. — Toute la partie desséchée du lambeau qui restait est tombée. Elle laisse une surface granuleuse fort étroite.

8 juin. — Tout est parfaitement cicatrisé ; la malade retourne dans son département.

Voici dans quel état elle est :

La sous-cloison est exactement reconstituée.

L'aile droite du nez a ses dimensions normales.

L'aile gauche a manqué en grande partie et a pris une forme excavée.

Le lobule du nez est refait, mais il est moins saillant qu'à l'état normal.

En résumé, le lambeau ne s'est pas parfaitement greffé. Au bout de deux jours il s'était refroidi et sa partie superficielle s'était desséchée. Quant à la partie profonde, elle a rapidement contracté de telles adhérences, que la partie desséchée ne s'est détachée que le trente-cinquième jour.

C'est certainement un demi-succès, mais grâce à la précaution que j'avais prise de conserver le cartilage intact, la déformation du nez n'est pas très choquante.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXXI

Le docteur Sichel. — Le 29 juin, dîner prié chez le docteur Sichel, le célèbre oculiste, qui est aussi un entomologiste distingué, adonné spécialement à l'étude des hyménoptères, dont il possède une riche collection : cinquante-cinq ans, taille moyenne, teint brun, cheveux gris clairsemés, physionomie expressive et spirituelle, caractère vif, ardent, généreux et franc, allure française avec l'accent allemand (il est de Francfort-sur-le-Mein, israélite); à mon occasion, il avait invité des notabilités de la science : Léon Fairmaire, Guérin-Méneville, Kvaatz, Radibovski, colonel russe, le professeur Echsvicht (de Copenhague).

M. Thompson, entomologiste américain. — Le 2 juillet, déjeuner de gala chez un entomologiste américain, M. Thompson, qui avait convié à sa table somptueuse plusieurs collègues de la Société entomologique : Fairmaire, Reiche, Chevrolat, Buquet, Javel, Galté, Kvaatz, Laboulbène. M. Thompson est un grand jeune homme de vingt-huit ans, joli garçon, très riche, passionné pour l'étude des coléoptères européens et exotiques; il en possède une immense collection. Je n'avais jamais vu des boîtes d'un si grand luxe, des séries aussi complètes en espèces, une propreté, une coquetterie aussi recherchées pour l'étalage et la conservation des échantillons ; j'ai parcouru rapidement quelques-uns de ces écrins entomologiques, notamment les *goliaths*, les *hercules*, les *cétoines*, les *paussus*, les *cicindèles*, les *longicornes;* ce sont là des merveilles qui confondent le modeste collectionneur; du reste, la vue de ces opulences scientifiques ne fit naître en moi que le sentiment d'une admiration momentanée, sans m'inspirer ni celui de l'ambition ni celui de l'envie. Ces couleurs métalliques éclatantes, ces émeraudes, ces rubis, ces saphirs, ces diamants hexapodes me laissent froid après la fermeture des boîtes. M. Thompson a payé 500 francs une espèce rare du genre goliath. Sa collection est estimée 50000 francs; elle est, dit-on, balancée par une autre collection analogue d'un savant russe, le comte Muisech, qui était un des commensaux, et qui m'engageait à la visiter. Ces deux notabilités de la fortune et de l'entomologie viennent tout récemment d'expédier à leurs frais un collecteur d'insectes, Deyrolles fils, dans le pays du Gabon, sur la côte occidentale d'Afrique. Malgré des contrariétés météorologiques, Deyrolles a rapporté plus de 3000 insec-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 753.

tes de ces lointaines régions. M. Thompson est à l'affût de toutes les collections à vendre en France ou en Europe; il a fondé depuis un an des *Archives entomologiques* qu'il fait imprimer à ses frais, et dont il m'offrit un exemplaire.

Le docteur Rémond (de Semur). — Le 5 juillet, mon vieil ami Rémond, un condisciple en médecine, que je n'avais pas revu depuis 1806, est venu de Semur (Côte-d'Or), pour passer avec moi quelques jours à Paris; c'est pendant notre déjeuner, au restaurant Caron, au coin de la rue des Saints-Pères et de la rue de l'Université, qu'eut lieu notre entrevue *coram populo*. Rémond, reconnaissant à ma chevelure caractéristique l'original du portrait photographié que je lui avais récemment adressé, se précipita vers moi. A cette apparition inopinée, loin de deviner mon ami, je lui demandai à qui j'avais l'honneur de parler : « Commençons par nous embrasser », nous dit-il, et en même temps, mon fils se rappelant que, quelques jours auparavant, j'avais écrit à Rémond pour réclamer sa visite, prononça son nom. A quelle singulière investigation physiognomonique se livrèrent ces deux amis qui s'étaient perdus de vue depuis cinquante-deux ans! Quel changement de décoration corporelle par les outrages du temps! Quelle métamorphose physique et morale! A l'âge de vingt-six ans, Rémond était blond, avec une figure maigre, ovale, un nez subaquilin, bien fait, la peau fine, le regard doux et spirituel; aujourd'hui, je lui vois des cheveux gris avec des déserts épilés, le nez gros, la figure pleine, les épaules rondes, et il est sourd, très sourd, aussi me fut-il impossible, pendant quelques heures, d'adapter sur ce facies mon Rémond de 1806; moi, son contemporain, j'avais jadis les cheveux noirs comme la plume du corbeau; cette chevelure s'est transformée en un marabou blanc argenté, circulaire, hérissé; l'oreille est bonne, la vue laisse à désirer, surtout dans l'ombre; mais je suis resté maigre et mes jambes sont encore excellentes; nous passâmes cinq jours ensemble et le vieux café de Foy, au Palais-Royal, nous revit prendre des glaces, comme au temps trépassé de notre fervente jeunesse.

Le professeur Milne-Edwards. — A la séance du lundi de l'Académie des sciences, je revois Milne-Edwards qui me convie à sa table pour le soir. Ce savant professeur habite au Jardin des Plantes l'ancienne maison de Cuvier; j'y reçus le plus gracieux accueil de son fils Alphonse, qui marche sur les traces paternelles, et de ses deux filles, qui me rappelèrent leur visite à Saint-Sever, il y a cinq ans; je fis la connaissance du général Trezel, beau-père d'Edwards, homme d'environ soixante-quinze ans, de petite taille, conversation spirituelle et instructive, ayant été quelque temps ministre de la guerre sous Louis-Philippe. Les commensaux étaient MM. Mandl, médecin hongrois qui a beaucoup contribué à répandre en France l'application médicale du microscope; Gosselin, chirurgien distingué des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine; le professeur Echsvicht (de Copenhague) et sa femme, danoise qui parle fort bien la langue française.

L'hippopotame du Muséum.

Le 7, dans l'après-midi, nous fîmes une promenade zoologique au parc des faunes du Jardin des Plantes; je désirais voir le premier hippopotame vivant possédé par le muséum, et qui est la plus grande illustration actuelle des grosses bêtes exotiques; je n'ai rien vu de plus monstrueux, de plus hideux que cet énorme pachyderme amphibie dont le poids atteint, dit-on, 2000 kilogrammes; sa peau glabre a la couleur de la boue; son ventre touche presque à terre, sa tête est difforme, et, quand il remonte du fond du bassin à la surface de l'eau, il ouvre une gueule effrayante armée de dents redoutables. A terre, sa démarche est lente, traînante. Le spectacle du repas des lions, tigres, panthères, léopards, hyènes, est plus intéressant; avec quelle rage d'appétit ces fauves déchiraient, à belles dents et puissantes griffes, les viandes qu'on leur présentait au bout d'une fourche en fer, broyant les os avec fracas! J'ai remarqué particulièrement la fureur, les yeux étincelants, les grognements féroces d'un léopard africain, dès que le distributeur s'arrêtait devant sa cage de fer. La vue du palais des singes semble plus récréative; ceux des régions tropicales s'acclimatent difficilement. La ménagerie n'a jamais pu conserver longtemps le chimpanzé. Celui que nous vîmes à l'infirmerie toussait comme un phthisique et se cachait sous la couverture, dès qu'on s'approchait de son lit.

Une représentation à l'hippodrome.

J'avais revu le cirque de ma jeunesse; je voulus connaître aussi l'hippodrome, qui est un cirque dans de plus grandes proportions.

Cet immense amphithéâtre est situé près de la barrière de l'Étoile; le programme était la Guerre des Indes (insurrection récente des cipayes ou fantassins indigènes de l'armée anglaise). Les combats de l'infanterie et de la cavalerie, les sièges, la fusillade, la canonnade, les explosions des mines, la chute des murailles de Delhi, les hommes terrassés et ensevelis sur le champ de bataille, les marches triomphales avec les divinités indiennes sur le pavois, des musiques éclatantes, tout cela formait une scène des plus fantastiques, des plus mouvementées, qui provoquait les applaudissements frénétiques de la foule des spectateurs. J'avoue que la fumée de la poudre et surtout la poussière, jointes au tapage infernal de cette guerre artificielle, m'empêchèrent de prendre part à l'enthousiasme des dilettanti parisiens. A la Guerre des Indes succéda le spectacle plus pacifique d'un éléphant qui monta gravement plusieurs gradins pour se produire sur une estrade : il fléchissait les genoux pour permettre au cornac de se hisser sur son dos; il excita lui aussi des applaudissements par ses grosses gentillesses et par son obéissance aux ordres de son conducteur. La représentation se termina par l'exhibition d'un violoniste funambule qui jouait de son instrument avec la plus grande aisance sur une corde tendue; il n'abandonnait jamais l'archet malgré la diversité de ses attitudes et de ses pirouettes.

Au Congrès botanique de Strasbourg.

Le 10, je pars avec mon fils pour Strasbourg; la voie ferrée traverse les riches plaines de la Brie, de la Champagne, de la Lorraine; les cultures que mon regard saisit à la volée sont disposées en plates-bandes; la moisson des céréales déjà dorées est commencée sur tout le parcours. A la halte dînatoire de Nancy, j'espérais pouvoir embrasser mon vieil ami Soyer-Willemet, bibliothécaire et excellent botaniste, que j'avais fait prévenir de mon rapide passage; mais il ne vint pas et j'eus le regret d'être obligé de continuer mon voyage sans réaliser ce vœu de l'amitié. Le train n'étant pas express, le trajet dura seize heures. Mon ami le professeur Fée et son fils nous attendaient à la gare et nous offrirent dans leur appartement, près du pont du Corbeau, la plus cordiale hospitalité. Mon fils, ayant passé deux ans à Strasbourg au début de sa carrière médico-militaire, put me continuer son emploi de cicerone.

Le premier hommage du touriste fut pour la célèbre cathédrale qui date de cinq siècles; je fus frappé du défaut de symétrie de l'immense édifice; son clocher, si magnifiquement brodé à jour et dont la flèche perce la nue (142 mètres), semble assis sur la moitié d'un socle, dont l'autre moitié manque pour ainsi dire. Nous ne fîmes du reste que jeter un regard préliminaire et entrevoir le cadran de la fameuse horloge astronomique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 août 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Mutin. — Est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Poulet. — Est maintenu à l'École du Val-de-Grâce.

M. Robert. — Est maintenu au 56e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Collin. — Est maintenu au 36e régiment d'infanterie.

M. Chandèze. — Est maintenu au 4e régiment d'infanterie.

(Choix.) M. Wissemans. — Est affecté au 82e régiment d'infanterie.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Parant. — Est maintenu à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Camus. — Est affecté à l'hôpital militaire de Perpignan.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Boutté. — Est maintenu à l'hôpital militaire de Lille.

— Par décision ministérielle du 31 août 1886, ont été désignés :

M. le médecin principal de 2e classe Vincens, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de 1re classe Janson, pour le 130e d'infanterie; — Klée, pour le 84e d'infanterie; — Gaumé, pour le 118e d'infanterie; — Caillard, pour le 63e d'infanterie; — Vivier, pour le 107e d'infanterie; — Protain, pour le 94e d'infanterie; — Evrard, pour le 104e d'infanterie; — Mabboux, pour l'hôpital de Lille; — Rouflay, pour l'école d'application d'artillerie et du génie; — Delamare, pour le 82e d'infanterie; — Foulquier, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Bonnefoy, pour le 15e d'artillerie; — Lachappelle, pour le 113e d'infanterie; — Collin, pour le 25e d'artillerie; — Dionis du Séjour, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Valenciennes; — Forgues, pour l'hôpital du camp de Châlons; — Duprey, pour le 3e régiment du génie; — Heuyer, pour le 11e d'artillerie; — Michaud, pour le 62e d'infanterie; — Moine, pour le 72e d'infanterie; — Aubert, pour le 23e d'infanterie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20004

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une grande question, celle de la responsabilité partielle des aliénés vient d'être portée devant l'Académie de médecine. Cette question qui a défrayé depuis quelques années de nombreuses séances de la Société médico-psychologique, de la Société de médecine légale et de la Société de législation comparée, et que les médecins aliénistes, psychologues et publicistes ont agitée dans tous les sens, n'avait pas, que nous sachions, fait encore l'objet d'un examen sérieux de la part de l'Académie. Grâce à la lecture pleine d'intérêt que M. Ball est venu faire hier sur ce sujet devant la compagnie et à la proposition de M. Larrey, ce grave sujet a été inscrit à l'ordre du jour de ses séances.

M. Ball a attaché le grelot. A qui le tour?

M. le professeur Semmola (de Naples) a entretenu l'Académie d'un de ses sujets d'étude de prédilection, de la pathogénie de la maladie de Bright, dont il l'a entretenue déjà en 1883. L'objet de ce travail est la démonstration de l'origine dyscrasique ou hématogène de la maladie de Bright, qu'il poursuit depuis 1850. Sa nouvelle communication a pour but : 1° de donner quelques éclaircissements au sujet de ses précédentes recherches; 2° d'exposer ses nouvelles recherches sur la maladie de Bright expérimentale; 3° d'attirer l'attention sur les altérations histologiques de la peau, propres à la maladie de Bright; 4° de démontrer par la clinique et par les recherches expérimentales l'unicité de cette affection; 5° enfin, de signaler quelques errements ayant cours au sujet du traitement, et la nécessité absolue d'en venir à une méthode correcte et plus rationnelle.

On trouvera une analyse de ce mémoire dans le compte-rendu de la séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Fongosités tendineuses et ostéoarthrite du pied. — II. Tumeurs epithéliales multiples, contre-indication de la gastrostomie.

I. Nous avons à pratiquer, ce matin, une amputation de la jambe au niveau du tiers inférieur pour une ostéoarthrite du pied. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, malade depuis près de deux ans. L'affection dont il est atteint a commencé par la face interne du pied droit qui devint assez promptement douloureux pour le forcer, tout d'abord, à se reposer de temps en temps, après quoi il reprenait son travail.

Ces alternatives de bien et de mal le conduisirent ainsi jusqu'à l'an dernier où il dut garder le lit pendant quatre mois. A la suite de plusieurs applications de pointes de feu, la tuméfaction du pied diminua, mais les douleurs persistèrent. Néanmoins, il put travailler de nouveau jusqu'au mois de janvier dernier. A cette époque, il se mit au lit, de nouveau soigné par des cataplasmes; enfin, n'allant pas mieux, on nous l'a amené, il y a à peu près deux mois et demi.

A son arrivée à l'hôpital, nous constations un certain degré de tuméfaction du pied droit et de l'extrémité inférieure de la jambe du même côté, ainsi que l'existence de fongosités dans les gaines des péroniers, et une vive douleur dans les mouvements de rotation du pied. Après avoir appliqué des pointes de feu sur les parties malades, nous posâmes un bandage compressif que nous laissâmes en place pendant cinquante jours, au bout desquels nous levâmes l'appareil. L'empâtement persistait et nous ne constations d'autre amélioration qu'une diminution de volume. De plus, il existait un petit point d'apparence tellement fluctuante, que nous crûmes devoir en faire l'ouverture avec le thermocautère. Cette fausse fluctuation était produite par une sorte de bavure de fongosités. J'enfonçai alors le thermocautère dans différentes directions, de façon à détruire le plus complètement possible lesdites fongosités, et nous continuâmes le pansement compressif; mais la plaie resta baveuse.

Aujourd'hui, il y a gonflement persistant à la fois du pied et de l'extrémité inférieure de la jambe, gonflement nous donnant encore la sensation d'une fausse fluctuation, notamment sur le dos du pied et au niveau du cinquième métatarsien. De plus, le malade souffre réellement dans les parties malades, il maigrit, il languit, perd ses forces, n'a plus d'appétit, et demande à être opéré.

Le diagnostic ne saurait être douteux, il s'agit bien de fongosités tendineuses d'abord, puis de lésion du squelette, en un mot d'une ostéoarthrite diffuse à sièges multiples, c'est-à-dire d'un ensemble pathologique pour lequel nous n'avons d'autres ressources que l'amputation de la jambe, non pas l'amputation sus-malléolaire, mais l'amputa-

tion au tiers inférieur, c'est-à-dire là où les tissus sont sains, où ils sont exempts de tout empâtement.

Je ne dois pas omettre d'ajouter que, malgré l'état de langueur dans lequel notre malade est plongé, malgré sa grande faiblesse, malgré l'amaigrissement notable qu'il présente depuis quelque temps, l'état général n'est pas aussi mauvais qu'on pourrait le redouter et que l'examen des organes thoraciques, que nous avons fait avec le plus grand soin, ne nous a rien révélé de particulier. Les poumons, notamment, sont sains, et les autres viscères paraissent avoir conservé leur intégrité et fonctionner normalement.

II. Je voudrais, maintenant, vous parler du malade du n° 17 de la salle des hommes, et, à son sujet, insister vivement sur un point de pratique des plus importants, sur lequel, chaque fois que l'occasion s'en présente, je tiens beaucoup à appeler toute votre attention.

Cet homme est entré dans le service, il y a, aujourd'hui même, trois mois, pour une tumeur épithéliale du bord alvéolaire droit de la mâchoire, tumeur molle et saignante, de médiocre volume (elle avait à peu près la grosseur d'une petite noix, [d'une châtaigne). Il était extrêmement maigre, paraissait dans un état d'épuisement qui n'était pas en rapport avec le degré peu avancé encore de la lésion du maxillaire; sa voix était rauque, et il se plaignait de ne pouvoir s'alimenter suffisamment. Cependant sa tumeur, débordant de chaque côté des dents, n'était pas telle qu'elle dût l'empêcher de manger. Aussi, j'étais assez surpris de cet état général, lorsque poussant mes investigations plus loin, afin de me rendre compte des causes d'une nutrition insuffisante, j'eus l'idée d'explorer l'œsophage. Je reconnus, séance tenante, la présence d'un obstacle situé à 10 centimètres au-dessus du cardia, obstacle que je parvins à franchir avec une boule de 1 centimètre environ, mais non sans amener un peu de sang. L'épreuve était des plus démonstratives : il s'agissait certainement là d'un second foyer cancéreux, d'un épithélioma de l'œsophage plus ou moins étendu, mais commençant au niveau que nous venons d'indiquer.

Dans ces conditions, quelle conduite devions-nous tenir? Devions-nous intervenir chirurgicalement? Étions-nous en droit, devant cette difficulté pour le malade de s'alimenter, de pratiquer la gastrostomie? C'est sur ce point que je veux arrêter quelques instants votre attention.

Tout d'abord je vous dirai que, autant il eût été rationnel de pratiquer l'ablation de la tumeur de la mâchoire, si celle-ci avait été le seul néoplasme dont notre malade fût atteint; autant, en présence d'un second foyer épithéliomateux, en présence d'une nouvelle tumeur cancéreuse de l'œsophage, il était indiqué de s'abstenir de toute intervention chirurgicale sur la mâchoire.

D'autre part, devions-nous, pouvions-nous faire la gastrostomie? En tous cas, le moment n'était pas encore venu, car si le malade ne se nourrissait pas beaucoup, cependant l'alimentation pouvait encore se faire. Nous résolûmes donc de mettre cet homme en observation et d'attendre les événements. Ceux-ci ont été tels jusqu'à ce jour, que nous n'avons pas cru devoir intervenir.

En effet, cet homme a à la fois un cancer à la mâchoire et un cancer de l'œsophage. Or, vous savez que l'on a établi très nettement une ligne de démarcation entre la gastrostomie pratiquée dans le cas d'obstacle mécanique du passage des aliments dans l'œsophage et la gastrostomie dans les cas de cancer de cet organe.

Quand il s'agit d'un obstacle mécanique, les résultats de l'opération sont des plus encourageants, et je vous rapporterai, à cet égard, la gastrostomie faite l'année dernière dans un service de l'hôpital Necker, par M. le docteur Segond, qui me remplaçait alors, pour une tumeur ganglionnaire comprimant l'œsophage. L'opération a été couronnée de succès.

Quand, au contraire, on a affaire à une tumeur cancéreuse de l'œsophage, la gastrostomie ne donne et n'a donné que des résultats déplorables aussi bien en France qu'à l'étranger.

La mort en est la conséquence fatale, conséquence des plus rapides, pour ainsi dire immédiate.

C'est pourquoi, alors que, il y a cinq semaines, l'alimentation, devenue de plus en plus difficile, paraissait une indication formelle de faire la gastrostomie, nous avons sursis sinon même renoncé peut-être complètement à la pratiquer, et avons eu recours aux lavements alimentaires pour soutenir les forces de notre malade.

Et de fait, jusqu'à présent, nous nous en sommes bien trouvés puisque cet homme vit encore. En résumé je ne ferai la gastrostomie chez notre malade que si je ne puis pas faire autrement, c'est-à-dire pour ainsi dire *in extremis*, l'expérience ayant maintes fois prouvé que la mort survenait vingt-quatre ou trente-six heures au plus après l'opération.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilide érythémateuse.

Dans notre précédente conférence, nous avons étudié les syphilides en général, vous faisant connaître par le menu les signes par lesquels elles se distinguent des autres dermatoses, et insistant sur les différents caractères qu'elles présentent aux divers âges de la syphilis.

J'ajoute que toutes les syphilides peuvent se ramener à cinq grands types qui sont : 1° le type érythémateux; 2° le type papuleux; 3° le type papulo-crustacé; 4° le type pigmentaire; 5° le type gommeux; et j'entre immédiatement en matière en commençant aujourd'hui par la syphilide érythémateuse.

Syphilide érythémateuse. — Le type érythémateux comprend les roséoles; il est constitué par des taches rosées, sans saillie, ni squame, ni aucune lésion apparente du derme ou de l'épiderme.

Il présente trois variétés qui sont : 1° la roséole simple; 2° la roséole papuleuse ou ortiée; 3° la roséole annulaire.

La roséole est à la fois la plus commune et la plus précoce de toutes les syphilides. Elle se produit habituellement au quarante-cinquième jour — à quatre ou cinq jours près plus tôt ou plus tard, — d'un chancre abandonné à lui-même.

Elle consiste en une éruption plus ou moins confluente, disséminée, de taches érythémateuses dont l'étendue peut varier entre celle d'une petite lentille et celle d'une pièce de 20 et même de 50 centimes.

La configuration de ces taches est variable; elle est irré-

gulièrement ronde; leur coloration est d'un beau rose tendre, rose fleur de pêcher au début, puis d'un rose un peu plus sombre, d'un rose rouge; enfin, plus tard, d'un rose sale, maculeux, d'un rose jaunâtre. Au début aussi, la roséole s'efface sous la pression du doigt; plus tard, elle disparaît moins facilement; enfin, à un moment donné, elle ne s'efface presque plus.

La roséole est insensible; elle ne s'accompagne ni de prurit ni de douleur, si bien qu'au commencement elle reste bien souvent ignorée des malades.

Les taches érythémateuses sont semées au hasard, pêle-mêle, sur la peau; elles sont plus ou moins confluentes, mais le plus souvent d'une confluence moyenne. Leur siège de prédilection est sur les parties latérales du thorax et sur la face antérieure des flancs. On en rencontre rarement sur les membres et presque jamais sur la face, et quand par hasard il s'en développe quelques-unes, elles sont généralement situées au bord du cuir chevelu. Enfin on ne voit jamais non plus de roséoles sur les pieds ni sur les mains.

Lorsqu'elle est convenablement traitée, la roséole disparaît très facilement et promptement; non traitée, au contraire, elle persiste pendant longtemps et ce n'est qu'à la longue qu'elle disparaît peu à peu. Mais, traitée ou non traitée, elle ne laisse derrière elle aucune trace, aucun vestige. Elle est sujette à récidiver, tantôt sous la même forme, tantôt sous la forme annulaire, ou bien encore quelquefois sous une forme particulière à laquelle on a donné le nom de roséole de retour. Cette dernière est discrète, caractérisée par de larges taches pâles, taches moins nombreuses que la première fois, c'est-à-dire au nombre d'une vingtaine, d'une trentaine au plus, au lieu d'une centaine, taches plus larges que celles de la roséole ordinaire, de la longueur d'un pruneau, par exemple, taches enfin effacées, pâles, se voyant à peine.

La roséole type, la roséole ordinaire, présente deux variétés : la roséole papuleuse et la roséole annulaire.

La première ressemble à la précédente, avec cette différence qu'elle est moins plate, un peu plus saillante, d'une saillie assez comparable à celle de l'urticaire, de là le nom de roséole ortiée qu'on lui a donné.

La seconde, comme son nom l'indique, est caractérisée par sa forme en anneau, ou mieux par des ovales ou des segments de circonférence; quelquefois les anneaux se rencontrent et forment des 8 de chiffre; leurs dimensions varient depuis la largeur d'une pièce de 1 franc jusqu'à un diamètre de 6, 7 ou même 8 centimètres; mais ces derniers chiffres sont plus rares. La forme annulaire n'est pas précoce, mais tardive, et ne survient guère que lorsque la syphilis est déjà un peu âgée, lorsqu'elle date déjà de une, deux ou trois années.

J'arrive maintenant au diagnostic. Quelles sont les maladies qui peuvent être confondues avec la roséole syphilitique? La rougeole? mais la physionomie est en général très différente; les malades sont forcés de garder le lit; ils sont en proie à un mouvement fébrile; ils sont rouges des pieds à la tête; ils ont du larmoiement, de l'écoulement nasal, une toux grosse, rauque; tandis que rien de tout cela n'existe dans le cas de roséole syphilitique : pas de fièvre, santé générale bonne, etc., etc. Dans le cas même de rougeole atténuée, fruste, bénigne, le diagnostic est encore facile, car vous aurez toujours, comme éléments, le chancre syphilitique, antérieur de quelques semaines à l'apparition de la roséole, ou tout au moins sa cicatrice ou son induration, et ces signes eux-mêmes vous feraient-ils défaut, qu'il vous resterait encore le bubon révélateur. De plus, dans la rougeole, l'éruption prédomine sur la face; dans la syphilis, la roséole, sauf de très rares exceptions, respecte, au contraire, la figure; enfin la rougeole présente toujours quelques prodromes fébriles, ce qui n'existe pas dans la roséole.

Quatre autres éruptions peuvent quelquefois aussi simuler la roséole syphilitique : la roséole saisonnière, la roséole balsamique, le pityriasis rosé de Gibert et le pityriasis versicolor rosé.

Tout d'abord je commence par exclure cette dernière affection qui est une maladie parasitaire, dont l'éruption est plutôt pâle, café au lait clair, que véritablement rosée et qui prédomine au sommet de la poitrine. Cependant elle est parfois susceptible de dimorphisme, c'est-à-dire de prendre un aspect rosé, avec confluence, mais elle présente aussi ce caractère, d'avoir toujours une apparence squameuse et, signe très important, de laisser se détacher, sous un coup d'ongle, un copeau d'épiderme dans lequel le microscope révèle immédiatement la présence de parasites.

Quant à la roséole saisonnière, estivale, autumnale ou roséole simple, exanthématique, comme on l'appelle encore, elle est généralement caractérisée par une période prodromique (malaises généraux, courbature, fièvre, inappétence), par une éruption absolument éphémère, disparaissant *spontanément* au bout de quelques jours, prurigineuse, tendant à s'étendre vers la face, ce qui n'existe en rien dans la roséole syphilitique, et de plus nous avons toujours, pour trancher en dernier ressort le diagnostic, le chancre, sa cicatrice, son induration ou le bubon.

Si la roséole balsamique, c'est-à-dire celle qui survient quelquefois après l'administration du santal, du cubèbe, de la térébenthine et surtout du copahu, ne ressemble pas toujours à la roséole syphilitique, cependant il est des cas où elle la simule presque complètement. Mais, ici encore, vous aurez plusieurs signes différentiels : d'abord la coloration rouge plus foncée, vineuse, quelquefois même lie de vin; le siège, elle affecte principalement les membres, et surtout d'une certaine façon, comme l'a très justement fait remarquer M. Ricord, c'est-à-dire par des nœuds de confluence au niveau des articulations et du côté de l'extension. J'ajoute encore qu'elle est prurigineuse, éphémère (trois ou quatre jours) et qu'elle disparaît spontanément; enfin la question des médicaments administrés antérieurement (copahu, cubèbe, etc.) est encore un élément de diagnostic.

Dans le pityriasis rosé de Gibert, il s'agit d'une roséole squameuse, d'un pseudo-exanthème évoluant entre quatre et six semaines, à éruption disséminée, respectant la face comme la roséole syphilitique, caractérisée par des taches rosées lenticulaires, arrondies, irrégulières, sans période prodromique. De là une confusion assez facile et assez fréquente. Cependant, ici encore, nous trouverons comme signes distinctifs : 1° l'absence de chancre, cicatrice, etc.; 2° le caractère squameux de l'éruption au bout de quelques jours, sous forme de poussière grisâtre, blanchâtre, pityriasique et quelquefois aussi de squamules; 3° de plus, le pityriasis de Gibert est constitué par deux éruptions : par celle que nous venons de décrire, et par le pityriasis *circinata* de Bazin, c'est-à-dire par des ovales rosés formant cadre à l'éruption, avec exfoliation poussiéreuse blanc grisâtre et légère saillie et, au milieu, un centre de peau lisse, non

squameux et gris cendré. Ces taches sont absolument caractéristiques et ne permettent pas de confondre la roséole syphilitique avec le pityriasis versicolor rosé de Gibert.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 septembre 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

M. POLAILLON donne d'excellentes nouvelles de son opéré (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 790), qui mange et digère très bien.

M. JOANNÈS CHATIN présente des larves de techomysa fusca, observées dans les vomissements et les selles d'un malade atteint de troubles gastro-intestinaux.

COMMUNICATIONS

De la responsabilité partielle des aliénés. — M. B. BALL fait une communication sur ce sujet, à l'occasion du crime mystérieux de Villemomble, qui a eu pour dernière conclusion la condamnation d'Euphrasie Mercier.

Un fait des plus intéressants a été mis en lumière au cours du procès. On était en présence, non pas d'une aliénée, mais de toute une famille d'aliénés héréditaires. Deux rapports ont été rédigés : le premier sur l'état mental d'Honorine, de Sidonie et de Camille Mercier; le second sur l'état mental de la principale accusée, Euphrasie.

M. Ball, analysant les données qui ressortent de ces documents, les résume en montrant qu'ils font connaître l'état d'esprit de cette singulière famille, famille de visionnaires dont les uns présentent une intelligence très développée, tandis que les autres ne possèdent que des facultés très émoussées.

Il ressort du long rapport qui concerne Euphrasie Mercier, qu'elle est une aliénée héréditaire. Les idées mystiques et les hallucinations qui l'obsèdent se rencontrent, à des degrés divers, chez la plupart des membres de sa famille. Son délire ne s'en distingue que par la forte empreinte de sa puissante individualité.

Le caractère de cette femme nous apparaît donc sous deux aspects bien différents. D'une part le mysticisme, d'autre part l'esprit de suite, le bon sens et les aptitudes commerciales.

Il serait impossible, dit M. Ball, de rencontrer un fait où les données du problème et les difficultés de la question se montrent plus en relief que dans cette étrange et tragique histoire.

On y voit en effet : d'une part un crime commis, non seulement avec préméditation, mais avec un luxe extraordinaire de précautions et de combinaisons savantes; une habileté remarquable dans l'échafaudage des opérations financières destinées à faire passer la fortune de la victime dans les mains de l'assassin ; enfin la fusion parfaite d'une remarquable intelligence avec une absence profonde de sens moral; d'autre part, un état de folie héréditaire s'étendant à tous les membres d'une même famille presque sans exception, et présentant les caractères les plus évidents du délire religieux.

Entrant dans l'étude de la question générale, M. Ball résume cette partie importante de son travail dans les termes suivants :

Comment faut-il entendre, dans des circonstances semblables à celles qui viennent d'être rappelées, la responsabilité partielle ou limitée? Sans vouloir saper les bases du droit, dit M. Ball, il est permis de constater qu'un travail immense s'est opéré dans les esprits et que l'axe du monde s'est sensiblement déplacé.

A l'antique idée de la responsabilité morale, est venue se substituer la notion plus moderne et plus physiologique des prédispositions individuelles. Si l'on ne songe pas à déclarer, avec un aliéniste célèbre, que tous les criminels sont des aliénés, du moins nous voyons se dessiner une tendance de plus en plus accentuée à les considérer comme une race d'hommes à part. Les grands saints, les grands héros et les grands criminels, disait à Londres le professeur Benédict, en 1881, sont des êtres en dehors de la règle ; ils constituent une véritable anomalie dans l'espèce humaine.

Une société d'anthropologie criminelle s'est récemment fondée ; elle a déjà tenu ses premières assises. Sans nous prononcer sur la légitimité de l'idée maîtresse qui lui sert de base, nous constatons qu'elle marque une étape dans l'évolution progressive qui nous entraîne vers des conceptions nouvelles.

Quittant donc pour un instant le domaine du droit abstrait, et se plaçant sur le terrain de l'utilité publique, M. Ball examine la question au point de vue de cet axiome universellement admis aujourd'hui et qui renferme implicitement la totalité de la thèse qu'il cherche à soutenir : la société ne se venge pas, elle se défend.

Sur la proposition de M. Larrey, M. le président met aux voix l'inscription à l'ordre du jour de l'Académie de la question de la responsabilité des aliénés. Cette proposition est adoptée.

Maladie de Bright. — M. SEMMOLA (de Naples) fait une communication ayant pour titre : Nouvelles contributions à la pathologie et au traitement de la maladie de Bright. Cette communication, dit-il, a pour but :

1° De contrôler mes recherches précédentes et de fournir des éclaircissements pour répondre aux observations qui m'ont été faites ;

2° D'exposer mes nouvelles recherches sur la maladie de Bright expérimentale ;

3° De rappeler l'attention sur les altérations histologiques de la peau propres à la maladie de Bright;

4° De démontrer par la clinique et par les recherches expérimentales l'unicité de la maladie de Bright, considérée comme maladie bien caractérisée et constante ;

5° D'indiquer quelques inexactitudes ayant cours au sujet du traitement de la maladie de Bright et la nécessité absolue d'en venir à une méthode correcte et plus rationnelle.

M. Semmola résume ainsi la partie de son travail qui a trait à la pathologie de la maladie de Bright.

La vraie maladie de Bright, dit-il, consiste, d'après mes recherches, dans un état morbide chronique bien désigné par les caractères suivants :

1° Par l'étiologie : action lente, excessivement lente, du froid humide sur la peau (depuis plusieurs mois jusqu'à des années).

2° Par un défaut progressif jusqu'à l'abolition complète des fonctions cutanées, due à l'ischémie progressive avec atrophie des glandes sudoripares, atrophie progressive de la couche de Malpighi et prolifération du tissu conjonctif du derme.

3° Par une altération chimico-moléculaire des albuminoïdes venant de l'alimentation; altération caractérisée par leur diffusibilité pathologique, et en conséquence par leur inassimilabilité et par leur élimination nécessaire à travers tous les émonctoires et en première ligne par les reins.

4° Par une diminution progressive de la combustion des albuminoïdes, laquelle se traduit par une diminution progressive dans la formation de l'urée, de sorte qu'il en résulte une diminution progressive de la quantité d'urée éliminée avec l'urine dans les vingt-quatre heures, sans aucune accumulation de ce principe soit dans le sang, soit ailleurs. Le sang même des brightiques qui ne sont pas arrivés à leur période d'intoxication urémique, contient une proportion d'urée moindre que celle qu'on trouve à l'état normal (neuf à onze millièmes au lieu de quinze ou seize).

5° Par une infiltration séreuse sous-cutanée, débutant par le visage, ayant un caractère erratique et progressif, mais excessivement lente et ne se trouvant pas en rapport avec l'hydrémie.

6° Par une cachexie très caractéristique, laquelle ne se trouve pas en rapport des pertes d'albumine, mais avec un profond vice général d'assimilation. Cela est démontré péremptoirement par l'influence tout à fait négative qu'exerce sur les maladies, même à leur première période, une alimentation azotée des plus réparatrices, ce que j'ai démontré depuis 1850. Les surcharges alimentaires azotées, quoiqu'elles fussent très bien digérées, néanmoins au lieu d'être utilisées par l'organisme à la réparation des pertes

albumineuses pour conserver l'équilibre, ne font qu'aggraver ces pertes, et, ce qui est encore plus remarquable, aggraver l'état général du malade. Cette expérience de physiologie très simple aurait suffi à elle seule pour éclairer le vrai point de départ de l'albuminurie brightique et détourner l'attention une fois pour toutes des explications hypothétiques et tout à fait gratuites d'une altération de l'épithélium des *tubuli* comme point de départ de la filtration de l'albumine à travers les urines.

7° Par le développement secondaire d'un processus inflammatoire des deux reins en même temps, excessivement lent, envahissant les reins avec les caractères histologiques d'une néphrite diffuse dont la forme typique est constituée par le gros rein blanc.

Passant ensuite à l'étude du traitement, voici comment M. Semmola résume cette partie de son travail :

1° Régime lacté exclusif.

L'alimentation azotée ordinaire et à plus forte raison les surcharges alimentaires azotées doivent être proscrites comme bien dangereuses pour les malades à n'importe quelle période de la maladie. La démonstration de cette vérité, je l'ai donnée il y a trente-six ans, et toutes les observations l'ont pleinement confirmée (Gubler, Lépine, Parkes, Senator, etc., etc.). Le lait agit chez les brightiques d'une façon merveilleuse, et ce n'est pas à cause de sa vertu diurétique comme il a été dit même par quelque très savant clinicien. Le lait n'est diurétique que parce qu'il contient une grande quantité d'eau, de sorte que lorsqu'on en prend deux ou trois litres dans les vingt-quatre heures, il est tout à fait naturel de voir augmenter les urines pour éliminer cette grande quantité d'eau.

Mais si l'on boit une grande quantité d'eau pure avec l'alimentation ordinaire, cela reste sans aucun résultat utile pour le malade, tout en voyant augmenter ses urines. — Le lait n'agit chez les brightiques que comme aliment type, comme aliment dont la composition chimique nous apprend une assimilabilité immense, parce qu'il doit être considéré comme un aliment déjà préparé à moitié. — Le régime lacté doit être suivi pendant longtemps, et ce n'est qu'avec une réserve tout à fait exceptionnelle qu'il faut commencer à tâter la tolérance des viandes ou des jaunes d'œuf.

2° Applications méthodiques et répétées sur la peau des frictions sèches, du massage, de la douche écossaise et souvent aussi des sudations par l'étuve. — L'hydrothérapie froide est à rejeter. Elle est toujours mal supportée par les malades même au début de la maladie, parce qu'au fait elle agit sur une surface cutanée à moitié morte et en conséquence incapable de réagir dans la proportion nécessaire, indispensable même pour atteindre le but. — Je n'hésite pas à affirmer que les plus petites impressions de froid sur la peau des brightiques (laquelle est d'une impressionnabilité excessive et vraiment inimaginable au moindre abaissement de température) tendent à aggraver la maladie, et le simple enveloppement préalable dans une couverture de laine m'a paru insuffisant à produire une excitation cutanée durable. L'on a proposé pour remédier à cette insuffisance l'exercice musculaire forcé. Quant à moi, je le considère comme dangereux pour les malades, parce qu'ils sont bientôt fatigués par cette dépense de force supérieure à leur recette nutritive, et cette fatigue aboutit nécessairement à produire un état négatif sur la peau, et les avantages présomptifs de la douche froide disparaissent, étant d'une évidence indiscutable que la *réaction* sanguine et fonctionnelle de la peau ne peut pas se faire en désharmonie du degré d'activité de l'organisme entier.

3° Faire vivre le malade dans un milieu tempéré, sec et constant : voilà une condition thérapeutique qui est le contrôle des conseils précédents et qui cependant ne me semble pas avoir été remarquée jusqu'ici autant qu'il le faut, tandis qu'elle est une condition *sine qua non* du traitement des brightiques pour atteindre de bons résultats. De sorte que, en hiver et surtout dans les climats variables, le brightique que l'on veut guérir ne doit pas sortir au grand air et doit se livrer aux exercices musculaires de chambre en ayant soin que la température de cette chambre soit constamment entre 18 et 20 degrés centigrades. Ce point du traitement des brightiques me semble complètement négligé et je crois que c'est précisément là une des causes qui rendent tout à fait stériles les efforts du médecin. Il ne faut pas s'imaginer que, en cela, le brightique soit un malade comme un autre. Comme j'ai eu occasion de le répéter bien souvent dans tous mes travaux, la sensibilité cutanée des brightiques est tout à fait exceptionnelle. C'est un instrument très délicat de météorologie, un vrai thermo-hygromètre très sensible. Et cela est bien connu des malades intelligents qui ont l'habitude de consulter chaque jour leur tube d'Esbach. Et cependant, c'est ce conseil d'hygiène thérapeutique que les malades suivent avec la plus grande difficulté. On a beau leur recommander cela, ils ne veulent pas le comprendre.

4° Administration de l'iodure et du chlorure de sodium dans le courant des vingt-quatre heures à doses progressives, selon la tolérance.

5° Lorsque, après deux ou trois semaines au plus, l'albumine n'est pas encore entièrement disparue des urines, et cela surtout lorsque l'anasarque est complètement fini, je préfère substituer à l'iodure de sodium soit le phosphate de soude, soit des petites doses répétées d'hypophosphite de soude ou de chaux jusqu'à la dose de trois et même quatre grammes dans les vingt-quatre heures. Sans en discuter le mécanisme, j'ai constamment observé que l'emploi de certains composés de phosphore (hypophosphites et phosphates) favorise considérablement l'assimilation des albuminoïdes.

6° Employer méthodiquement les inhalations d'oxygène que j'ai recommandées depuis 1867 et qui peuvent rendre de grands services dans le traitement des malades de Bright, comme il a été confirmé par plusieurs expérimentateurs. L'albumine disparaît quelquefois en peu de jours, tandis que les éléments morphologiques persistent encore pendant longtemps, et ce fait constitue le contrôle final de l'origine hématogène ou dyscrasique de la véritable maladie de Bright.

7° Renoncer à l'usage des astringents dans le traitement de la maladie de Bright, non seulement comme substances inutiles, mais aussi comme substances nuisibles.

Sans parler de l'acide gallique, que l'on a voulu, bien à tort, regarder comme un astringent et qui a été désormais abandonné par tous les médecins éclairés (sauf quelque petite exception de la part de ses premiers partisans), je veux surtout rappeler l'usage du perchlorure de fer et de l'acétate de plomb, sur lequel insistent encore des écrivains de haute portée. Si l'on croit que ces médicaments peuvent exercer une action astringente sur le réseau capillaire sanguin, l'on ne peut pas en excepter le réseau capillaire si remarquable de la surface cutanée et l'on ne peut pas se refuser à reconnaître que cette action produirait un affaiblissement considérable des fonctions cutanées. Cela revient à dire que ces astringents agiraient dans un but précisément opposé à celui qui constitue l'objectif principal du traitement des brightiques, selon l'avis de tous les médecins, sans distinction de doctrine. Je n'ai pas besoin de relever davantage cette contradiction si regrettable pour les bons effets de la thérapeutique de cette maladie.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Roger et Lancereaux.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXXII

Dans l'après-midi du même jour, nous fîmes visite à quelques notabilités scientifiques de la capitale de l'Alsace.

Le professeur Sédillot. — M. Sédillot, chirurgien en chef de

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 833.

l'hôpital militaire, directeur de l'École d'application de la médecine et de la pharmacie militaires, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, correspondant de l'Académie des sciences, cinquante-quatre ans, taille élevée, corps maigre, élancé, teint brun, physionomie expressive, opérateur très habile et très renommé. Une surdité très forte rend la conversation difficile avec ce grand praticien, une des gloires de la médecine militaire.

Le professeur Forget. — M. Forget, professeur de clinique médicale, m'était connu depuis longtemps par ses publications; celles-ci m'avaient inspiré pour lui une estime d'autant plus profondément sentie que nos principes sur la thérapeutique sont d'une remarquable conformité; j'ai donc saisi avec empressement l'occasion de faire sa connaissance personnelle. A peu près du même âge que son collègue Sédillot, sourd comme lui, taille moyenne, teint brun, figure fatiguée, parole facile, élégante, esprit philosophique basé sur une saine physiologie.

Le professeur Lereboullet. — Depuis près de vingt ans, j'étais en correspondance scientifique avec M. Lereboullet, médecin et professeur de physiologie à la Faculté des sciences : soixante ans, taille au-dessous de la moyenne, figure obronde, porte des lunettes, narines très ouvertes, physionomie expressive, parole facile, conversation spirituelle et agréable, instruction variée, savant très aimable, très sympathique.

M. Silbermann, entomologiste. — Je visite aussi un collègue de la Société entomologique, M. Silbermann, cinquante ans, taille ordinaire, barbe noire, homme d'esprit, d'instruction, conversation très agréable ; il rédigeait un journal d'entomologie, auquel il a renoncé pour se livrer à des spéculations plus positives de librairie, qui, paraît-il, sont en prospérité.

Congrès de la Société botanique de France.

Le 12 juillet, les membres de la Société botanique de France sont convoqués à l'Hôtel de Ville pour la séance préparatoire de la session extraordinaire; le président est M. Antoine Passy, en l'absence du comte Jaubert, président titulaire : soixante-cinq ans, homme grave, causant bien sans prétention, ancien préfet, sous-secrétaire d'État, membre libre de l'Académie des sciences. M. de Schœnefeld, secrétaire de la Société, quarante ans, taille avantageuse, corps élancé, joli homme, parole facile, manières distinguées. M. Cosson (de Paris), un des botanistes éminents de l'époque, ayant fait de nombreuses et fructueuses excursions botaniques dans les diverses provinces de l'Algérie et dans le Sahara. Quarante ans, taille moyenne, caractère vif, parole abondante et facile, narrateur un peu prolixe. M. Godron, doyen de la Faculté des sciences de Nancy, auteur de nombreux ouvrages sur la botanique de la Lorraine, connu pour sa *Flore de France*, en collaboration avec M. Grenier (de Besançon) : cinquante ans, taille moyenne, figure pâle, maladive, parole facile mais réservée. M. Lecoq, professeur d'histoire naturelle et directeur du Jardin botanique à Clermont-Ferrand, auteur d'ouvrages importants sur la géologie de l'Auvergne, sur la géographie botanique de l'Europe (dix volumes) : cinquante-six ans, taille avantageuse, corps bien pris, calvitie très étendue, visage animé, tempérament nervoso-sanguin, esprit vif, mémoire prodigieuse, conteur saisissant et mimique d'anecdotes piquantes, grande intelligence. M. Planchon, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Montpellier, auteur de plusieurs travaux de physiologie végétale, quarante ans, taille au-dessous de la moyenne, parole vive et facile, narrateur très lucide et imperturbable. J'eus l'occasion de faire la connaissance de ces distingués collègues à la soirée donnée par mon hôte pour l'organisation des séances et du bureau alsacien. Le jour de la séance préparatoire, je rencontrai, dans le vestibule de la salle du Congrès, le docteur Monard (de Metz), mon ami et mon correspondant fidèle depuis trente ans, le survivant des deux frères jumeaux dont j'ai précédemment raconté la touchante similitude physique et morale.

Le bureau définitif fut composé de MM. Fée, président; Schimper et Léon Dufour, vice-présidents; Duvergier de Hauranne et Schlumberger, secrétaires.

Avant de donner le compte-rendu succinct de la première séance, je veux dire quelques mots sur mon excellent et savant ami William Schimper, qui vint, il y a quinze ans, passer une semaine avec moi à Saint-Sever. Il avait alors trente-cinq ans, joli homme, corps droit et bien pris, teint brun, allure vive et animée, d'une ardeur fougueuse pour les recherches d'histoire naturelle, il revenait des montagnes de la Sierra Nevada, où il avait découvert et dénommé le *Capra hispanica*, puis il avait gravi les hauts sommets des Pyrénées; il revint avec une intéressante moisson de mousses. Hélas! *quantum mutatus ab illo!* Depuis cette époque, Schimper, tourmenté par l'amour des mousses, fit plusieurs voyages en Laponie et en Norwège pour étudier ces élégants végétaux, et il publia le monumental ouvrage *Bryologia Europœa*, qui lui a mérité le titre de premier bryologiste de l'Europe. Il se maria, devint père de quatre enfants; il fut sollicité pour aller au Muséum de Paris réorganiser les collections zoologiques; il m'a raconté qu'il avait trouvé dans les greniers du Muséum des dépouilles de plusieurs espèces nouvelles pour la science qui étaient dévorées par les larves de dermestes. Correspondant de l'Académie des sciences depuis quatre ans, il a été contrarié dans ses vues scientifiques, dans ses opinions philosophiques; il est tombé dans l'hypochondrie. Aujourd'hui ce n'est plus le même homme : son visage blême et étiré, sa chevelure rare, plate et négligée, son regard est sombre et inquiet, son caractère timide et morose, son corps amaigri, faible, efflanqué; il n'a que cinquante ans! Il témoigna la plus vive joie de me revoir; il était heureux de me redire sa gratitude pour l'hospitalité reçue à mon foyer. Schimper est cousin du voyageur homonyme célèbre par son séjour et ses découvertes scientifiques en Abyssinie.

Au commencement de la séance, M. de Schœnefeld lut une lettre de M. le comte Jaubert sur le Congrès botanique; M. Ant. Passy prononça un discours sur le même sujet; M. Kirschleger, professeur de botanique à l'École de pharmacie, traça d'une voix très alsacienne le programme des excursions botaniques à faire dans les environs de la cité; M. Fée ajouta quelques paroles spirituelles sur l'histoire de plusieurs arbres du jardin botanique; M. Cosson donna un compte rendu verbal assez étendu de sa dernière expédition dans le sud-est du Sahara; M. Godron lut un court mémoire sur « L'hybridité du froment »; M. Planchon, une note sur « Le parasitisme de l'*Osyris alba* ».

Le 13, plusieurs collègues firent en voiture et à pied une herborisation aux bords du Rhin pour y cueillir principalement le *Thalictrum galioides* et le *Sparganium humile*: j'allai avec Schimper et Lereboullet parcourir les salles du musée d'histoire naturelle dont Schimper est le créateur et le conservateur : les quadrupèdes, les ruminants, les oiseaux, principalement les *accipitres*, se font remarquer par leur parfaite conservation, leur attitude naturelle et leur rigoureuse classification scientifique; il y a plusieurs espèces qui n'existent pas au muséum de Paris. Le prince ornithologiste Lucien Bonaparte, qui, plusieurs fois, a visité le musée de Strasbourg, apprécie beaucoup la valeur de ces rares espèces.

Ne pouvant pas accompagner mes collègues aux courses lointaines indiquées par le programme (Haguenau, Colmar, Munster, Gerardmer, Weserling, Thann, Ballon de Soultz, Mulhouse, Bâle, etc.), j'organisai avec Schimper un petit voyage à Bade (Baden Baden) pour le 15. En attendant, j'acceptai une invitation à dîner, en très nombreuse société, chez mon jeune ami M. Henri Durrieu, receveur général des finances, puis nous visitâmes le jardin botanique, les belles promenades de l'Orangerie et de la Robertsau, l'hôpital militaire, dont les beaux pavillons furen construits sur les plans de Vauban, les bâtiments de la Faculté de médecine, peu dignes de la réputation si méritée de cette Ecole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 31 août 1886, ont été désignés:

MM. les médecins-majors de 2e classe Cruzel, pour le 93e d'infanterie; — Malinas, pour les hôpitaux de Tunisie; — Ebstein,

pour le 8e dragons; — Bachos, pour le 9e chasseurs à cheval; — Cassedebat, pour le dépôt de convalescents de Porquerolles; — Richardin, pour le 7e bataillon d'artillerie de forteresse; — Baur, pour le 87e d'infanterie; — Durget, pour le 17e d'infanterie; — Pongis, pour être attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée; — Audiguier, pour le 70e d'infanterie; — Mary, pour le 5e d'infanterie.

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire, à Paris, les 27 et 28 octobre prochain, à huit heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Les membres de la Société qui désirent faire une communication dans cette session, sont priés de vouloir bien prévenir M. le secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 27 septembre, rue d'Amsterdam, 72 bis.

La communication doit être faite ou écrite en français.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20006

N° 106. — SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1886. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la pluralité et de la diversité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille.

Ce n'est pas une petite entreprise que celle de la recherche de l'étiologie et de la pathogénie des tumeurs. On a beaucoup étudié leur constitution anatomique et histologique, leurs caractères extérieurs, leur forme, leur marche, etc. Mais leur origine et leur étiologie sont toujours restées plus ou moins dans l'ombre. Les tirer autant que possible de cette obscurité, telle est la tâche que paraît s'être imposée M. Verneuil et à laquelle il s'est attaché, il faut le dire, avec la plus louable persévérance depuis un certain nombre d'années, tant dans son enseignement clinique que dans ses nombreuses communications aux réunions savantes, temporaires ou permanentes.

On sait qu'à ses yeux tous les néoplasmes, quelque différents qu'ils soient par leur nature, leur évolution et leur influence sur l'organisme, sont une dépendance de l'arthritisme ; pour lui, comme pour Bazin, tout néoplasique est un arthritique.

L'étude de cette relation entre la néoplasie et l'arthritisme a été poursuivie par plusieurs de ses élèves, qui ont concouru ou concourent encore à établir avec lui cette proposition de pathologie générale médico-chirurgicale.

Sans entrer précisément et d'une manière directe dans ce point de doctrine, l'un d'entre eux, M. le docteur Ricard, prosecteur des hôpitaux et ancien aide d'anatomie, s'est proposé, dans un travail publié sous le titre ci-dessus inscrit, de démontrer, à l'aide d'un certain nombre de faits recueillis dans les divers services auxquels il a été attaché, que c'est à une seule et même diathèse qu'appartiennent la genèse et l'évolution de tous les néoplasmes.

Limitant son étude à un point seulement du vaste programme formulé par M. Verneuil, et partant de la division purement clinique des tumeurs en néoplasmes bénins et néoplasmes malins, M. Ricard s'est attaché particulièrement à étudier les points suivants, savoir : si les néoplasmes bénins coexistaient fréquemment, s'il en était de même des néoplasmes malins, si cette multiplicité pouvait porter sur des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes évoluant sur le même individu ou sur la même famille, et à rechercher, enfin, quelles étaient les causes de cette multiplicité.

Il lui a été facile de réunir un assez grand nombre de faits pour mettre hors de doute non seulement le fait de la coexistence de plusieurs néoplasmes bénins de même nature sur un même individu, mais encore à côté de ce fait de pluralité, celui de la variété de texture des néoplasmes coexistants. C'est ainsi qu'il nous montre des corps fibreux de l'utérus coïncidant avec un kyste de l'ovaire ; des lipomes coexistant soit avec des fibromes utérins, soit avec un papillome, un polype naso-pharyngien, un adénome du sein ; la coexistence dans l'utérus de plusieurs polypes de nature différente, polypes fibreux et polypes folliculaires, etc.

De ce premier groupe de faits, où l'on voit l'existence simultanée de néoplasmes bénins dissemblables, évoluant sur le même terrain, les différentes tumeurs souvent plus ou moins confondues les unes avec les autres, le lipome devenant fibreux, le fibrome devenant lipomateux, les parois du kyste sébacé pouvant se transformer en fibrome, etc., il ressort déjà cette première présomption en faveur de l'opinion qui considère ces différents néoplasmes comme ayant une origine commune.

La pluralité pour les néoplasmes malins n'est pas, à beaucoup près, aussi commune que pour les tumeurs bénignes ; les tumeurs malignes multiples sont exceptionnelles et leur proportion extrêmement minime par rapport au nombre des tumeurs primitives uniques. Ici la diathèse semble avoir concentré tous ses efforts dans une seule manifestation. Cependant M. Ricard a pu en réunir quelques exemples, notamment l'envahissement des deux seins par le carcinome, la maladie kystique des mamelles (de Reclus) dont la bilatéralité est l'une des caractéristiques, l'envahissement successif (fait très rare) des deux testicules, la multiplicité de la néoplasie épithéliale, un cas de coïncidence d'un rétrécissement épithélial de l'œsophage avec un épithélioma de la langue, un exemple de deux néoplasmes épithéliaux, l'un sur les glandes sudoripares de la région temporale, l'autre sur les glandes labiales inférieures ; enfin un fait observé par M. Verneuil dans lequel le malade portait quatre variétés différentes d'épithéliomas, etc.

Dans un troisième groupe de faits, notre confrère rapporte des exemples de coexistence de tumeurs malignes et de tumeurs bénignes : coïncidence d'un fibrome intra-

utérin et d'un cancer ulcéré du col, d'un polype du col de l'utérus et d'un épithélioma mammaire, d'un myome utérin et d'un cancer du sein, d'un corps fibreux et d'un cancer cutané, etc.

Ce sont ensuite des exemples de succession de néoplasmes bénins et de néoplasmes malins chez un même sujet, succession d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin, ou d'un néoplasme malin à un néoplasme bénin, qu'il fait passer successivement sous les yeux ; puis des exemples de transformation d'un néoplasme bénin en un néoplasme malin ou de dégénérescence des tumeurs.

Voici les conclusions auxquelles cette étude a conduit M. Ricard.

Les néoplasmes sont fréquemment multiples. Cette multiplicité s'observe fréquemment pour les tumeurs bénignes, exceptionnellement pour les tumeurs malignes, et on l'observe quelquefois pour les deux ordres de tumeurs simultanément.

L'examen minutieux des néoplasmes bénins a fait voir que souvent ils coexistent ensemble, et que souvent aussi ils se transforment l'un dans l'autre ; le fibrome s'infiltrant de graisse, le kyste sébacé devenant fibreux, etc. La combinaison et la succession des différents tissus dans une même tumeur, la coexistence de ces tumeurs sur un même individu légitimeraient donc le fait d'une certaine parenté entre toutes les tumeurs bénignes et l'hypothèse d'une diathèse néoplasique bénigne.

Quant à la diathèse néoplasique maligne, elle s'est en quelque sorte imposée de tout temps ; les nouvelles observations et l'étude à laquelle s'est livré M. Ricard à ce sujet, n'ont fait que la confirmer. Mais une conclusion plus inattendue et qui a besoin de se justifier est la suivante : ces deux diathèses en apparence si dissemblables, si opposées par leurs manifestations, doivent être réunies en une seule et unique diathèse : la diathèse néoplasique.

Voici les motifs sur lesquels M. Ricard fonde cette fusion des deux diathèses en une seule :

1° La coexistence maintes fois constatée des néoplasmes malins et des néoplasmes bénins sur une même personne ;

2° La succession à longue échéance d'une tumeur maligne à une tumeur bénigne autrefois extirpée complètement, que cette succession ait lieu dans le même organe, dans son congénère ou dans une autre région ;

3° La métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur tout à coup maligne ;

4° La succession possible d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin ;

5° La réunion non seulement sur un même sujet, mais dans un même organe et dans une même tumeur, de néoplasmes bénins et malins ;

6° Enfin la coexistence et la succession, chez les différents membres d'une même famille, de néoplasmes différents par leur structure et leur gravité.

Toutes ces raisons feraient rentrer l'étiologie des néoplasmes dans une même aptitude constitutionnelle, dans une seule diathèse.

Pleurésie diaphragmatique rhumatismale.

C'est surtout aux recherches cliniques d'Andral et de N. Gueneau de Mussy que l'on doit d'avoir dégagé la pleurésie diaphragmatique de ce complexe vague et obscur compris par les anciens sous le nom de paraphrénésie et d'en avoir exposé une histoire nette et établi le diagnostic sur des caractères précis. Dans aucune autre affection que la pleurésie diaphragmatique, on ne trouve, dit N. Gueneau de Mussy, l'ensemble des symptômes suivants : douleurs hypochondriaques, point épigastrique dont la pression provoque immédiatement, avec l'instantanéité d'un ressort, un cri du malade, une respiration haletante et précipitée allant jusqu'à la suffocation imminente, alors même qu'il n'existe pas de douleur spontanée en ce point (ce qu'il désigne sous le nom de bouton diaphragmatique); douleurs réflexes sus-claviculaires et sensibilité du nerf phrénique; douleur par la pression de l'hypochondre, dirigée de bas en haut, dyspnée portée souvent jusqu'à l'orthopnée, toux pleurétique, fièvre, hoquets, nausées, vomissements.

Tel était à peu près l'ensemble des symptômes que présentait une jeune femme enceinte de sept mois, à son entrée dans le service de M. le professeur Potain à l'hôpital Necker, dans le courant du mois de mai dernier. Elle était alors au sixième jour d'une pleurésie partielle diaphragmatique droite, compliquée d'une congestion pulmonaire du même côté. Cette affection paraissait avoir eu pour cause la double circonstance d'une vive émotion et d'un refroidissement.

La coïncidence de ces deux causes aurait permis difficilement de faire à chacune d'elles la part qui lui est attribuable, si de nouveaux phénomènes survenus depuis, une sciatique rhumatismale et une arthrite de même nature du genou droit n'étaient venues jeter un jour sur la nature très probablement rhumatismale aussi de la pleurite et assigner, tout au moins la prépondérance, sinon l'influence exclusive, à l'action du refroidissement sur le développement de cette affection complexe.

La pleurésie, s'accompagnant d'une congestion pulmonaire de la base, aurait été ici la première manifestation du rhumatisme. Ce qui tendrait à le démontrer, c'est qu'à mesure que le rhumatisme s'est étendu et développé dans ses localisations secondaires, la pleurésie s'est atténuée.

Quoi qu'il en soit de ce point et de l'intérêt particulier que ce fait peut offrir par lui-même, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps, pour passer en revue à cette occasion, avec le professeur de la clinique de Necker, quelques points de l'histoire clinique de la pleurésie diaphragmatique, de ses signes, de ses symptômes et de son traitement.

La séméiologie de la pleurésie diaphragmatique se borne presque à la douleur, douleur costo-pulmonaire spontanée ou provoquée par la pression, s'étendant aux flancs, et souvent jusqu'à l'épaule. Au-dessous du rebord costal, les malades éprouvent parfois ce point épigastrique dont nous venons de parler plus haut (le bouton diaphragmatique).

On constate, en outre, quelquefois, entre les deux bords du sterno-cleido-mastoïdien, de la sensibilité sur le trajet du nerf diaphragmatique et au niveau de la partie postérieure des poumons, le long du rachis.

La respiration est gênée, angoissante ; quelquefois la respiration diaphragmatique est totalement supprimée. Dans certains cas la respiration est oblique, et les deux parois costales se soulèvent en sens inverse du soulèvement de la paroi abdominale. Il y a une toux sèche, courte ; la voix est éteinte. Enfin il est des cas où les malades, en proie à une orthopnée épouvantable, ne peuvent pas rester couchés ; ils ont le facies tiré, une sorte de rire sardonique. Ces symptômes s'accompagnent souvent de troubles gastro-intestinaux. Certains malades ont du délire ; mais c'est là un symptôme accessoire et qui n'a pas l'importance que lui accordaient les anciens auteurs.

L'auscultation, dans un grand nombre de cas, ne révèle rien, qu'un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire. La percussion pratiquée superficiellement ne présente pas de différence appréciable. Pratiquée profondément, elle donne de la matité.

La marche de la maladie est très variable suivant les cas, les formes étant elles-mêmes très différentes et susceptibles de transformations très rapides, tantôt arrivant à la suppuration d'emblée, et par conséquent très graves; d'autres fois, au contraire, se résolvant avec facilité.

On a distingué les pleurésies diaphragmatiques en primitives et secondaires ou traumatiques. Nous n'avons pas à nous arrêter en ce moment à cette considération, la pleurésie ayant débuté d'emblée, sous la double influence d'un état général rhumatismal, dont l'existence a été démontrée péremptoirement par la série d'accidents qui ont suivi et de l'action déterminante du froid.

Cette relation intime de la pleurésie diaphragmatique avec le rhumatisme, n'est ici qu'un cas particulier d'un fait très général qui a surtout été très largement établi par les recherches cliniques nombreuses, déjà anciennes, de M. le professeur Dupré (de Montpellier), savoir la nature fréquemment rhumatismale des pleurésies, et que Lasègue a formulé sous cette forme pittoresque qui faisait l'originalité de son enseignement: « Le rhumatisme aigu lèche les jointures, la plèvre, les méninges même, il mord le cœur. »

On a signalé aussi la grossesse parmi les causes prédisposant à la pleurésie diaphragmatique. Cette femme, comme on l'a vu plus haut, était enceinte de sept mois. Sa grossesse était-elle ici pour quelque chose dans le développement de la pleurésie? Les faits connus de relations de ce genre sont encore en trop petit nombre pour permettre d'en rien conclure de précis.

Le traitement des pleurésies diaphragmatiques ne diffère pas beaucoup de celui des pleurésies communes. Les révulsifs, les ventouses, les vésicatoires en constituent le fond. M. Potain a eu recours, chez cette malade, aux ventouses scarifiées qui ont produit un très grand soulagement. Reste à combattre l'état rhumatismal général.

A l'époque où nous avons cessé de voir cette malade, elle allait mieux, mais elle n'était pas encore complètement rétablie et le pronostic, bien que favorable, laissait cependant un point en réserve, savoir l'influence que pourrait avoir l'état rhumatismal général sur la marche ultérieure de la grossesse.

Nous tâcherons de revoir cette malade, si elle est encore à l'hôpital, et de nous informer, dans tous les cas, de l'issue de sa maladie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Traitement du tétanos traumatique. — II. Amputation d'un doigt. — III. Kyste du corps thyroïde.

I. Une nouvelle occasion vient de se présenter dans notre service de soumettre encore une fois au critérium de l'expérience le traitement du tétanos, dont je vous ai déjà plusieurs fois entretenus. Les résultats que nous avons obtenus jusqu'à présent chez un nouveau malade sont déjà très satisfaisants.

Ce malade a été pris, dans la journée de vendredi, des premiers accidents tétaniques, et c'est le lendemain qu'on nous l'a amené à l'hôpital. Ainsi que je le recommande toujours d'une façon expresse, on a commencé immédiatement le traitement, sans perdre de temps, et cet homme est aujourd'hui lundi dans un état aussi satisfaisant que possible pour un cas de tétanos d'origine traumatique.

Ce malade guérira-t-il? J'en ai l'espérance. Quand on guérit de pareils cas, nombre de médecins vous répondent que vous avez eu affaire à une forme bénigne ou chronique, ce qui revient à dire que le traitement n'y a pas été pour grand'chose.

Or, notre malade, pris vendredi, présentait déjà, dès le lendemain, des phénomènes de contracture des muscles de la nuque, du dos, etc., du trismus, des phénomènes convulsifs; c'est-à-dire une série d'accidents qui sont loin de ressembler à ce que l'on observe dans les formes bénignes du tétanos.

Aussi, je n'admets nullement cette objection dont la conséquence serait la suivante : si la forme est bénigne, elle guérira toute seule; si elle est aiguë, il n'y a rien à faire; en un mot on conclut par l'expectation dans tous les cas. Ce sont là des idées absolument fausses.

J'approuve donc complètement, chez notre malade, tout ce qui a été fait par mes élèves depuis quarante-huit heures. Aujourd'hui cet homme est comme plongé dans une sorte d'abrutissement général; sa respiration est normale, son pouls très régulier, très calme. Sa température est très bonne. D'où je conclus, à mon tour, que nous devons persévérer dans notre thérapeutique.

Cependant, pendant tout le cours du traitement, il faut avoir soin d'examiner les urines; il faut voir si le chloral passe dans la sécrétion urinaire. La recherche en est nécessaire; elle est facile aussi. Elle est nécessaire, parce que si le chloral ne passait pas, si la dysphagie empêchait de continuer l'emploi de ce médicament par la bouche, il faudrait chercher une autre voie, telle, par exemple, que la voie rectale, mais quelquefois aussi, l'intestin s'y refuse. Dans ces cas-là, il ne faut pas hésiter à recourir aux injections hypodermiques.

Un de nos confrères d'Italie a publié, il y a quelque temps une brochure sur l'action du chloral dans le tétanos. Cette brochure comporte cinq observations de tétanos, dont trois suivies de guérison et les deux autres terminées par la mort. Dans ces deux dernières, le chloral n'avait pas été prescrit. Sur deux des cas où les malades ont été guéris, la médication avait consisté dans l'emploi du chloral, de l'atropine et des bains; le premier de ces médicaments avait été administré par le tissu conjonctif.

En résumé, dans les cas de tétanos analogues à celui que nous soignons en ce moment, je vais si loin que, si chez notre malade il survenait de la dysphagie qui m'empêchât de donner le chloral par les voies digestives, si je ne pouvais non plus l'administrer en lavements, voire même en injections hypodermiques, je n'hésiterais nullement à faire la gastrostomie et à l'introduire directement dans l'estomac, de même que, si le malade avait de tels étouffements qu'il ne respirât plus, je pratiquerais la trachéotomie.

II. Parmi les opérations que nous avons à faire ce matin, j'ai quelques mots à vous dire de l'amputation de doigt que nous allons pratiquer sur un de nos malades.

Cet homme a subi autrefois une opération sur la même main pour une blessure avec écrasement, et le chirurgien qui le soignait alors a fait, et avec raison, l'amputation, dans la continuité des phalanges, des doigts indicateur, médius

et annulaire, de sorte que le malade conserve ainsi une sorte de crochet qui lui est très utile. Mais, depuis lors, un autre accident lui est arrivé, et le petit doigt de la même main s'est trouvé écrasé dans l'articulation métacarpo-phalangienne elle-même, avec lacération telle des tendons que le petit doigt est flottant, par suite plus qu'inutile, gênant. Je vais donc cette fois, à l'encontre de ce qui a été fait et très bien fait lors de son premier accident, procéder à l'amputation totale du petit doigt, après quoi j'appliquerai le pansement phéniqué et notre malade guérira tout seul.

III. Il est entré dans le service un malade très intéressant, porteur d'une tumeur du corps thyroïde située sur la ligne médiane, offrant le volume d'une moitié d'orange et très fluctuante. Trois fois déjà cette tumeur a été traitée, avant son arrivée ici, par les ponctions et les injections iodées. C'est là une bonne méthode. Aujourd'hui, cependant, on pratique le plus souvent l'extirpation de ces tumeurs kystiques. Pour moi, étant donnés les deux procédés, je préfère la méthode par injection, qui guérit généralement bien. Je l'ai employée un assez grand nombre de fois, et elle m'a toujours réussi, un seul cas excepté, où j'ai eu une petite alerte. C'était l'été, dans la clientèle de la ville, il faisait très chaud, et le soir, la malade ayant fait ouvrir la fenêtre, fut prise d'un refroidissement suivi bientôt d'une angine herpétique assez sérieuse. Encore fut-ce là la seule complication que nous ayons observée.

Je procède toujours à l'opération avec l'appareil de Dieulafoy, qui, ici surtout, a une grande importance, car s'il est une cavité pleine de liquide où il faille agir avec les plus grandes précautions, ce sont bien les kystes du corps thyroïde, en raison même de leur grande vascularité et des fongosités dont ils sont tapissés, d'où la crainte toujours légitime de quelque hémorrhagie dans la poche kystique, d'où aussi la nécessité de ponctionner la tumeur sans aucune violence et sans malaxation aucune du kyste.

Billroth a adopté, déjà depuis un certain temps, la méthode par injection et recommande de laver soigneusement la poche qui, sans cette précaution, retient quelquefois un liquide poisseux analogue à celui qu'on rencontre dans les kystes synoviaux. De sorte que, si la poche n'est pas complètement évacuée, la présence de ce liquide empêche la teinture d'iode d'agir sur toute l'étendue de la face épithéliale du kyste.

Le procédé consiste donc à ponctionner avec un instrument assez gros, à laver soigneusement l'intérieur de la poche kystique et à y injecter ensuite la teinture d'iode.

Je ne sais pas si le lavage sera absolument nécessaire ici, notre malade ayant déjà subi, antérieurement à son arrivée à l'hôpital, trois ponctions avec injections iodées. Nous devons savoir aussi qu'il est des cas où la tumeur kystique est tellement vasculaire qu'il suffit de la ponctionner, même le plus prudemment possible, pour déterminer immédiatement une hémorrhagie. En pareil cas, les injections sont quelquefois dangereuses. M. Boinet, qui les conseillait déjà il y a une trentaine d'années, a rapporté le fait de Velpeau, faisant dans un kyste vasculaire une injection iodée, laquelle fut suivie d'une mort foudroyante.

Dans des travaux récemment publiés, on a dit et soutenu que l'extirpation des kystes du corps thyroïde était moins dangereuse que les injections. En réalité il faut savoir choisir les cas. C'est ainsi que chez le malade que je vais opérer, si, en ponctionnant la tumeur, je vois du sang s'écouler, je renoncerai à toute injection, je retirerai mon trocart, et je commencerai quelques jours plus tard un traitement par l'électrolyse. J'y ai eu recours chez un de nos précédents malades, et cette méthode m'a donné de bons résultats, c'est-à-dire le durcissement de la tumeur, l'enrayage des progrès de la maladie; je ne puis pas dire la guérison, l'individu étant parti avant que la cure soit complètement terminée.

Il y a bien un autre moyen, lorsque l'on a affaire à des kystes pulsatiles très vasculaires, ce sont les douches froides, bien maniées, sur la partie antérieure du tronc et les injections interstitielles d'ergotine dans l'intérieur du corps thyroïde, faites avec la seringue de Pravaz. M. Terrillon emploie aussi le séton métallique, de façon à déterminer dans la tumeur une inflammation modérée et curative. Cette année, nous avons eu un exemple remarquable de guérison presque complète, à la suite d'une inflammation développée dans l'intérieur de la tumeur kystique, consécutivement à des accidents puerpéraux.

Enfin, il y a l'extirpation du kyste, dont je vous parlais en commençant, non pas l'extirpation totale du corps thyroïde, sous peine de cachexie goitreuse ou de crétinisme inévitable dans l'espace de quatre, cinq ou six mois après l'opération, mais l'extirpation partielle.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XVe SESSION (1886).

Congrès de Nancy (1).

VII

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Du grossissement dans le microscope. — M. GARIEL (de Paris). Bien que les constructeurs de microscopes aient pour habitude d'indiquer le *grossissement* pour chaque combinaison d'objectifs et d'oculaires, les nombres ainsi donnés ne représentent rien de précis, en réalité. Pour une même combinaison de verres, on peut aisément faire varier le grossissement du simple au double, au triple, au quintuple même; de là des erreurs possibles. Pour éviter ces indications erronées, il convient de caractériser un appareil déterminé par une donnée invariable comme, par exemple, sa distance focale, à l'aide de laquelle on peut aisément calculer ce que l'on a appelé la puissance optique de l'appareil, et aussi le grossissement pour une circonstance donnée.

M. Gariel indique les procédés qu'il a employés pour mesurer la distance focale des microscopes, et qui sont basés sur la mesure soit des images virtuelles, soit des images réelles d'un micromètre placé sur la platine. Ces mesures sont aisées, rapides, et se prêtent à des vérifications multiples.

Il indique quelques dispositions de détails qui facilitent ces mesures, et donne quelques résultats numériques.

Le même procédé fait connaître également la position des foyers principaux de l'appareil.

La même méthode est applicable d'ailleurs non seulement au microscope, mais aux parties qui le constituent et notamment aux oculaires composés qui s'y rencontrent.

Sur l'état sporadique de la fièvre typhoïde. — M. ARNOULD (de Lille) donne lecture d'un important mémoire sur cette question.

En voici les conclusions :

1° Les cas sporadiques de fièvre typhoïde méritent d'appeler

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 822.

spécialement l'attention des médecins par la gravité qu'ils revêtent et par la léhalité relativement forte qu'ils entraînent.

2° Si on les étudie avec soin, on reconnaît qu'ils présentent en général un groupement et souvent certains rapports entre eux qui permettent de les considérer comme constituant en réalité de petites épidémies avortées.

3° Ils entretiennent et ravivent les germes typhogènes et se transforment en épidémies, soit sur place, soit par le transport des germes, à la faveur des circonstances qui décident la réceptivité des groupes humains. Cette transformation est surtout favorisée par le surmenage.

4° Ils caractérisent l'ubiquité, la permanence, de la fièvre typhoïde et sa tendance constante à l'épidémicité.

5° Ils accusent la réelle infection des milieux (air, eau et sol), et l'on peut juger de l'assainissement d'une ville soit à la fréquence et à la persistance des cas sporadiques, soit, au contraire, à leur rareté et notamment à leur disparition.

De l'influence du mouvement professionnel sur le rythme de la respiration et de la circulation. — M. POINCARRÉ (de Nancy) a examiné un grand nombre d'ouvriers exerçant des professions plus ou moins différentes les unes des autres; il les a examinés avant, pendant et après le travail, enregistrant graphiquement, à l'aide de l'appareil de M. Marey, le rythme de la respiration et de la circulation au point de vue de l'influence, sur ledit rythme, des mouvements nécessités par le travail. Et cet examen l'a conduit aux conclusions suivantes :

1° L'augmentation de fréquence de la respiration n'est pas une conséquence constante de l'activité professionnelle, ainsi qu'on serait porté à le croire ;

2° La fréquence a même diminué sous l'influence du travail chez cinq ouvriers ;

3° La plupart du temps, néanmoins, les ouvriers parviennent à adapter leur respiration à leur genre de travail et à harmoniser les besoins de leur respiration avec ceux de la profession ;

4° Le travail industriel modifie la plupart du temps l'amplitude de la respiration ; le plus souvent il l'augmente, cependant chez un certain nombre d'ouvriers il la diminue ;

5° Généralement le travail manuel tend à rendre le tracé irrégulier, par suite de la fatigue qu'il entraîne avec lui ; exceptionnellement il le régularise en corrigeant un certain laisser-aller que quelques ouvriers présentent pendant le repos ;

6° La fréquence de la respiration n'a pas toujours entraîné une plus grande fréquence du pouls ;

7° Dans le cas d'efforts soutenus, le tracé du pouls tend à devenir rectiligne ;

8° Dans le travail exigeant des mouvements rapides mais sans grands efforts musculaires, le pouls devient plus fréquent et plus accentué.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LXXXIII

A Baden-Baden.

Le 15, dès six heures du matin, un omnibus nous conduisit en une demi-heure au fameux pont de Kehl, qui sépare la terre germanique de la terre française. C'est, depuis cent ans, un pont de bateaux provisoires; en 1861, il a été remplacé par un pont fixe en fer et en pierre. A l'aspect de ce pont sur le Rhin, que de souvenirs historiques à évoquer! Depuis soixante-dix ans surtout, ce pont a servi de passage à des millions de guerriers français ou étrangers; quels sacrifices humains pour une fumée de gloire et pour aboutir en définitive au maintien des anciennes limites! Après avoir traversé l'unique et longissime rue du village badois, qui a toute la physionomie alsacienne, nous arrivons à la gare du chemin de fer pour Bade. A la station d'Achern, nous descendons du wagon pour rejoindre l'ami Schimper, qui nous mena dans l'hôtel du village où sa famille nous attendait. Mme Schimper, mère de quatre enfants dont le dernier n'a que quelques mois, est une gracieuse femme, une fleur sérieuse des Alpes suisses; elle était accompagnée de sa sœur, une grande et belle demoiselle, et de deux charmantes fillettes, sept et huit ans, qu'on dirait jumelles. Après le déjeuner, nous regagnons la voie ferrée qui sillonne de riches cultures de céréales jaunissantes.

Dès l'arrivée à Bade (baden, bains), nous prenons une voiture pour monter au vieux château-fort, jadis habitation princière, aujourd'hui très dévastée : on y montre des oubliettes du moyen âge. On arrive par une avenue sinueuse, spiroïde, tracée sur le flanc de la montagne, au milieu des hêtres et des sapins. De la terrasse du château, la perspective s'étend sur l'immense plaine arrosée par le Rhin et ses affluents ; la culture est en larges plates-bandes ; les montagnes de la forêt noire encadrent le tableau : on aperçoit la frontière du Wurtemberg. Après cette exploration panoramique du pays de Bade, nous descendîmes dans la cité qui est au grand duché ce qu'est notre Bagnères à la Bigorre, le rendez-vous des baigneurs aussi soucieux de leurs plaisirs que de leur santé.

A Bade, c'est le jeu qui est l'aimant le plus puissant : la maison de jeu, qu'on appelle la Conversation, est fréquentée jour et nuit ; on y joue surtout l'expéditive roulette, le trente et quarante, le rouge et noir, pair et impair ; on s'y enrichit et on s'y ruine avec une égale rapidité. Un joueur autrichien venait de faire sauter la banque, c'était la quatrième fois depuis quelques jours ; le fonds de la banque se trouve toujours être de quarante mille francs, c'est, paraît-il, une tactique de l'administration des jeux ; l'affluence des joueurs devient alors progressive. Pendant le quart d'heure de notre visite, nous vîmes un jeune homme imberbe perdre six mille francs ; souvent on a vu des habitants de Strasbourg venir dans ce joli salon perdre des sommes plus ou moins fortes et obligés finalement d'emprunter de l'argent pour payer le retour en chemin de fer.

La ville est bien bâtie, beaux hôtels, quelques-uns appartiennent à des souverains ; des cafés d'un bon style, des restaurants très chers, de belles promenades (Lichtenthal) où Schimper me fit remarquer plusieurs espèces de chênes exotiques parfaitement développés et, entre autres plantes, une ombellifère d'origine sibérienne et d'une taille prodigieuse, *Heracleum giganteum*. Les thermes de Bade sont moins connus que la salle de jeu. L'eau minérale est acidule gazeuse, c'est-à-dire bi-carbonatée, usitée surtout en boisson.

Nous dînons à table d'hôte ; après quelques achats de bagatelles de souvenir (verres de Bohême), nous reprîmes le train pour Kehl : à la station d'Achern, nous nous séparâmes, non sans émotion *in petto*, de l'aimable famille Schimper.

A la cathédrale de Strasbourg.

Le 16, un peu avant l'heure de midi, nous étions avec beaucoup de curieux devant le cadran de la fameuse horloge : nous vîmes le défilé des douze apôtres apparaissant l'un après l'autre, à chaque coup de la sonnerie, avec accompagnement de chant du coq ; puis, nous escaladâmes les 180 marches de la tour, afin de jouir du haut de la terrasse du vaste point de vue sur les toits de la cité et sur la campagne environnante. Parmi les innombrables noms gravés sur les pierres de la terrasse, le gardien nous fit remarquer celui de Voltaire. De ce haut belvédère, j'observai avec intérêt les nids que les cigognes établissent sur le haut des maisons ; je contemplai avec plaisir au-dessus de ces énormes nids, semblables à des buissons arrondis, de jeunes échassiers qui prenaient en quelque sorte des leçons de vol en déployant leurs ailes et en les agitant sans quitter le poste ; de temps en temps, on enten-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 841.

dait le clapotement particulier qui résulte du choc des mandibules l'une contre l'autre.

Nous payâmes aussi notre tribut d'hommage à la statue de l'inventeur de l'imprimerie Guttenberg, œuvre de David (d'Angers), et au monument du maréchal de Saxe, par Pigalle, dans le beau temple protestant de Saint-Thomas.

MM. Fée, Schimper et Lereboullet nous accompagnèrent à la gare de Paris, et nous les embrassâmes avec un vif sentiment de regret et de reconnaissance.

A La Ferté-sous-Jouarre.

Le 17, à sept heures du matin, nous descendîmes à la station de La Ferté-sous-Jouarre. Mon fils, pendant un séjour de plusieurs mois dans cette petite ville avec un escadron détaché de son régiment, avait été fort gracieusement accueilli dans la famille du maire, M. Theurey : il avait promis à ses amis de leur donner une journée au retour de Strasbourg ; nous trouvâmes en effet MM. Theurey père et fils à la gare ; ils nous conduisirent en voiture dans leur belle habitation. MM. Theurey possèdent le plus vaste atelier de pierres meulières : ces pierres siliceuses, dont nous verrons après-midi les gisements, sont taillées en moellons carrés et empilés. Ces moellons dégrossis sont destinés, les uns pour être vendus sous cette forme soit en Europe, soit en Amérique, les autres à former des meules de moulins ; celles-ci se composent de sept à huit moellons de diverses dimensions reliés par un ciment aussi dur que le silex, et leur ensemble est maintenu par un cercle ou virole de fer : chaque meule bien conditionnée est du prix de six à sept cents francs. Les ouvriers qui travaillent dans ces ateliers sont obligés de porter des lunettes pour préserver leurs yeux des éclats siliceux. Après le déjeuner, M. Theurey fils eut l'obligeance de nous conduire en voiture aux carrières d'exploitation, qui sont à une petite distance du village. Les vastes excavations d'où l'on extrait les pierres à l'aide du pic ou de la barre de fer ont déjà de 70 à 80 pieds de profondeur ; les blocs siliceux sont transportés soit par des brouettes, soit à bras, par des femmes et des enfants qui portent les petits morceaux dans des paniers ; l'eau constitue le principal obstacle pour l'exploitation, il est d'usage de la faire écouler dans des puits perdus ou forés jusqu'à une couche de terrain perméable. Nous allâmes au village de Jouarre visiter les ruines d'un monastère du VII[e] siècle : on y observe dans une crypte des fûts de colonnes, des chapiteaux, des tombes qui ont un cachet particulier d'antiquité. Nos aimables hôtes nous offrirent un somptueux festin de famille, après lequel nous continuâmes notre voyage de retour.

Le 20 juillet, je pars de Paris pour Bordeaux où je passe une journée. Mon collègue, M. Durieu de Maisonneuve, me fit les honneurs du nouveau Jardin des Plantes dont il est le directeur : il me montra un *Magnolia grandiflora* dont le transport de l'ancien jardin botanique au nouveau a coûté à la ville plus de trente mille francs ; je vis aussi un conifère de la Californie qui, dans sa patrie, acquiert une hauteur de 400 pieds, c'est l'arbre le plus élevé que l'on connaisse, et un très beau vanillier d'Amérique dont les gousses sont en pleine prospérité.

Je passe la soirée avec les bons amis J. L... : le voyage de Strasbourg m'avait un peu surmené, mais la diète et un repos relatif me remirent en équilibre. A la station de Morcenx, j'eus le plaisir de serrer les mains au professeur Echsricht (de Copenhague) et à sa femme qui, comme je l'ai déjà dit, se rendaient à Pampelune pour y voir le squelette d'une baleine. *Trahit sua quemque voluptas.*

Ainsi s'accomplit dans mon soixante-dix-neuvième été, une pérégrination dont les trente-cinq jours ont été tous remplis à ma pleine satisfaction : j'ai, durant ce laps de temps, fait 750 lieues en chemin de fer, sans compter les courses très multipliées tant en voiture qu'à pied.

Au Congrès de la Société botanique de France à Bordeaux.

En août 1859, la Société botanique de France se réunit en session extraordinaire à Bordeaux ; le comité chargé d'organiser cette session se composait de MM. Cosson, Cuigneau, Durieu de Maisonneuve, le comte Jaubert, et G. Lespinasse ; je fus désigné comme président du bureau spécial avec MM. Durieu de Maisonneuve, le comte Jaubert, G. Lespinasse, E. de Pommaret et D. Clos, professeur de botanique à Toulouse, comme vice-présidents, Th. Cuigneau, A. de Rochebrune, Thévenau et Urgel, secrétaires. Dans mon discours d'inauguration de la première séance, j'exhumai des tiroirs de ma mémoire quelques impressions botaniques publiées plus tard sous le titre : *De la valeur historique et sentimentale d'un herbier* (voir le *Bulletin de la Société botanique de France*, tome VI, 1860, p. 526). Ce fut dans la séance du 16 août que le secrétaire de la Société, M. de Schoenefeld, voulut bien communiquer à mes collègues la nouvelle officielle de ma promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Je terminai mon discours d'adieu à mes collègues en leur disant : « J'étais depuis vingt-huit ans passés un crucifère tout simple : à notre retour de l'excursion d'Arcachon quelle fut ma surprise de me trouver transformé, grâce à l'intervention de quelques membres de l'Institut et d'un ami haut placé, en *crucifère à fleur double* ou en *rosette orbiculaire !* Cet insigne me rappellera toujours son heureuse coïncidence avec la session bordelaise de la Société botanique de France. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 31 août 1886, ont été désignés :

MM. les médecins aides-majors de 1[re] classe Richard, pour le 14[e] dragons ; — Bodeau, pour le 12[e] d'artillerie,

MM. les médecins aides-majors de 2[e] classe Roquancourt, pour le 119[e] d'infanterie ; — Bazin, pour le 4[e] spahis ; — Maguin, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — de Vésian, pour le 22[e] dragons ; — Vaïsse, pour le 13[e] d'infanterie ; — Bosc, pour les hôpitaux et ambulances du Tonkin et de l'Annam ; — Sagrandi, pour les hôpitaux de Tunisie.

MM. les pharmaciens majors de 2[e] classe Dechaux, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — Péré, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; — Georges, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; — Jégou, pour l'hôpital du Gros-Caillou.

MM. les pharmaciens aides-majors de 1[re] classe Colin, pour l'hôpital Saint-Martin ; — Nicolas, pour la réserve des médicaments, à Marseille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés pour deux ans :

1° *Chef de clinique médicale.* — MM. les docteurs Bourcy et Sapelier, en remplacement de MM. Petit et Netter, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale. — MM. les docteurs Duflocq et Œttinger.

2° *Chefs de clinique chirurgicale.* — MM. les docteurs Barette, Castex et Guinard, en remplacement de MM. Picqué, Verchère et Marchand, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique chirurgicale. — M. le docteur Hache.

3° *Chef de clinique des maladies des enfants.* — M. le docteur Queyrat, en remplacement de M. Variot, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique des maladies des enfants. — M. le docteur Legendre.

4° *Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le docteur Morel-Lavallée, en remplacement de M. Burchère, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le docteur Feulard.

5° *Chef de clinique d'accouchements.* — M. le docteur Loviot, en remplacement de M. Stapfer.

Chef adjoint de clinique d'accouchements. — M. le docteur Boissard.

6° *Chef de clinique ophthalmologique.* — M. le docteur Valude, en remplacement de M. de la Personne dont la délégation est expirée.

7° *Chef de clinique des maladies mentales.* — M. le docteur Pichon, en remplacement de M. Gilson, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique des maladies mentales. — M. le docteur Rouillard.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont nommés pour trois ans :

1° *Chef de clinique médicale.* — M. le docteur Sarda, en remplacement de M. Brousse, dont le temps d'exercice est expiré.

2° *Chef de clinique des maladies des vieillards.* — M. le docteur Diffre, en remplacement de M. Sarda, appelé à d'autres fonctions.

3° *Chef de clinique des maladies des enfants.* — M. le docteur Breton, en remplacement de M. Hortoles, dont le temps d'exercice est expiré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur Oddo. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme, par le docteur Quetil-Royer. In-8°. — Prix 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement, par le docteur Boucomont. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20010

1

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose, œdème pulmonaire,* « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

1

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

44

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

52

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

24

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous informer que la

POUDRE DE VIANDE DIASTASÉE

DE TROUETTE-PERRET

est faite avec la viande de bœuf pur, **sans odeur et sans mauvais goût,** *et qu'un échantillon gratuit vous sera envoyé franco sur votre demande.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

99

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

49

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

9

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

90

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

PEPTONE DEFRESNE

PREMIÈRE ADMISE, APRÈS ANALYSE, DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote; 0,69 p. 100 d'Acide phosphorique, 0,71 p. 100 Fer et bases Alcalino-terreuses.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux ; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. de viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent* et *exquis*. — DOSE : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon, *5* fr.

POUDRE — CACHETS — ÉLIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

DOSE : 1/2 verre à madère au dessert, *4* fr.

2, r. des Lombards, et toutes les pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine.**

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

De la réduction des luxations de l'épaule ; le procédé de Kocher.

La question de la réduction des luxations récentes de l'épaule est un sujet bien rebattu, mais aussi d'une application fréquente, car nous venons, dans une même matinée, de réduire deux de ces luxations : l'une, sous-coracoïdienne ; l'autre, intra-coracoïdienne, variété sous-claviculaire.

Or, puisque l'occasion s'en présente, je veux m'expliquer sur un procédé si fort en faveur parmi nos internes, que M. Perrier, dans sa thèse inaugurale (1884), l'appelle « le procédé de l'interne de garde ». Quelques détails préalables sont nécessaires.

La difficulté de la réduction des luxations, en particulier de l'épaule et de la hanche, tient à deux causes : 1° la contraction musculaire ; 2° la difficulté de dégager la tête de sa position, et de lui faire franchir la déchirure capsulaire qui lui a donné passage. Tous les chirurgiens ne donnent pas à chacune de ces causes la même importance. Malgaigne et la plupart des chirurgiens regardent la contraction des muscles comme l'obstacle principal. Roser (1857), Weber (1859), Strenbel (1863), Kocher (1870), et beaucoup de chirurgiens allemands prétendent, au contraire, que la difficulté réside surtout dans la situation et l'étroitesse de la déchirure capsulaire, et ne tiennent qu'un compte fort minime de la résistance des muscles, ou même, comme Kocher, n'en tiennent, pour ainsi dire, aucun compte.

Toute thèse, bonne ou mauvaise, peut être défendue, mais j'avoue que j'ai peine à comprendre comment un chirurgien, ayant quelque expérience, peut nier l'influence absolument prédominante de la résistance des muscles. Combien de fois n'arrive-t-il pas de chercher à réduire la luxation sans endormir le malade, et, après deux ou trois tentatives infructueuses, de donner le chloroforme et de voir alors, sans qu'aucun aide exerce de traction, par la plus simple pression sur la tête humérale, la luxation se réduire en quelque sorte d'elle-même. Combien de fois m'est-il arrivé d'obtenir cette réduction rien qu'en glissant la main dans l'aisselle, non pour réduire, mais seulement pour examiner la position de la tête. Nier l'influence prédominante de la contraction musculaire, c'est nier l'évidence même.

Toutefois, il est incontestable que, dans certains cas, la difficulté de la réduction ne tient pas à la contraction des muscles, mais à l'étroitesse, à l'irrégularité de la déchirure capsulaire. En effet, il arrive parfois que, même chez un malade profondément anesthésié, on éprouve quelques difficultés à obtenir la réduction, on ne l'obtient qu'en essayant successivement divers procédés, et dans ce cas c'est évidemment l'état de la capsule et des ligaments qui formait l'obstacle. Je ne parle, bien entendu, que des luxations récentes. On réussit, non par force, mais par adresse, en tâtonnant, en cherchant quelle est l'attitude qui met la tête en face de la déchirure dont on a, par une bonne position, relâché les bords.

Il est inutile, nuisible, dangereux parfois et toujours illogique, d'employer la force pour réduire une luxation récente sur un malade endormi, et je n'hésite pas à dire qu'un chirurgien qui emploierait, dans ce cas, les mouffles, l'appareil de Jarvis, des tractions énergiques, prouverait par cela seul qu'il ignore la thérapeutique des luxations.

Dans le choix des procédés pour la réduction des luxations de l'épaule, il faut établir une distinction importante. Les luxations intra-coracoïdiennes ne se réduisent que par certains procédés. Presque tous, on pourrait dire tous les procédés, amènent plus ou moins facilement la réduction des sous-coracoïdiennes sur le malade endormi. L'un de nos malades avait une luxation sous-coracoïdienne, l'autre intra-coracoïdienne. Le premier a refusé de se soumettre au chloroforme ; j'ai fait tirer très peu par deux aides, j'ai appuyé sur la tête placée dans l'aisselle pour la refouler dans la cavité glénoïde et immédiatement, instantanément, la réduction a été opérée. J'ai employé le procédé de propulsion directe ; d'autres auraient pu me donner peut-être aussi bien ; aucun n'aurait pu me donner mieux. Je reviendrai tout à l'heure sur l'autre malade.

Dans aucun de ces deux cas, je n'ai employé le procédé de Kocher (de Berne). Est-ce parce que j'arrive à l'âge où l'on est réfractaire aux nouveautés ? Je ne le crois pas. Mais je suis à l'âge où l'on ne s'enthousiasme pas pour des choses qui, sous une apparence nouvelle, ne sont que des choses anciennes et sur lesquelles on a son expérience faite. Ce fameux procédé nouveau, je l'ai pratiqué plusieurs fois, il

y a déjà trente-deux ans, lorsque j'étais interne de Malgaigne; c'était alors, comme aujourd'hui, le procédé de l'interne de garde, non pas seulement parce qu'il était nouveau et réellement nouveau, mais encore parce qu'il devait aussi nous permettre d'obtenir sans aide et sans anesthésie la réduction des luxations récentes. Le procédé de Kocher n'est rien autre que le procédé de Lacour, imaginé par Lacour en 1847, lorsqu'il était interne de Michon, décrit dans un travail inséré dans le premier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, et je suis porté à croire que si nos internes actuels ont accueilli avec tant de faveur le procédé allemand, c'est qu'ils ignoraient le procédé de leur ancien collègue de Paris.

Lacour, en proposant la rotation du bras en dehors comme procédé de réduction, imaginait un procédé absolument nouveau, basé sur un principe nouveau : la rotation. Kocher (de Berne) n'a pas imaginé la rotation qui est l'essence même du procédé. Quant aux différences légères dans la manœuvre, elles ne constituent tout au plus qu'un *procédoncule*.

Que faisait Lacour? Que faisions-nous à son exemple? Il portait le bras en avant et dans une demi-abduction, et commençait la rotation en dehors; puis, en maintenant la rotation, il ramenait le coude au corps puis au-devant de la poitrine, et finissait en substituant un mouvement de rotation en dedans au mouvement de rotation en dehors. On réussissait souvent; on échouait quelquefois.

Que fait Kocher? Il supprime le premier temps du procédé de Lacour, c'est-à-dire l'abduction, il applique tout de suite le bras au corps, commence les mouvements de rotation en agissant comme Lacour sur l'avant-bras fléchi, et, servant de levier, amène le coude en avant tout en le repoussant en haut, faisant par conséquent une adduction du coude beaucoup plus marquée que dans le procédé-type de Lacour. Enfin, comme Lacour, il termine par une légère rotation en dedans, en portant la main du malade vers l'épaule saine.

Il y a donc une légère différence entre le procédé décrit par Lacour et le *procédoncule* de Kocher, et elle est en faveur de la manœuvre de Kocher, car l'adduction du coude, l'élévation du bras au-devant de la poitrine relâche mieux la face interne de la capsule. Mais cette manœuvre, nous l'avons exécutée de tout temps, et lorsque le bras écarté, puis rapproché et tourné en dehors, la tête ne semblait pas rentrer vers la cavité glénoïde, nous continuions la rotation en amenant le coude en avant de la poitrine.

J'ai employé depuis trente-deux ans ce procédé; je l'emploie encore quelquefois, mais seulement lorsque je n'ai pas réussi par la propulsion directe ou par la propulsion aidée de la traction, et il m'a quelquefois donné la réduction. Si je ne commence pas par ce procédé, c'est parce que, depuis longues années et après bien des tentatives, j'ai reconnu qu'il était inférieur à celui que vous m'avez vu employer.

Quand, arrivé à mon âge, on a réduit par centaines des luxations récentes de l'épaule, on reste vivement surpris quand on entend parler des difficultés de la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes. Ce n'est que dans des cas tout à fait rares, absolument exceptionnels, qu'on éprouve quelques-unes de ces difficultés. Alors, si le procédé qu'on emploie d'ordinaire ne réussit pas, un autre réussit. Si on a échoué sans chloroforme, ce qui n'est pas très rare, on réussit avec l'anesthésie, et il ne m'est jamais arrivé de ne pouvoir réduire une luxation récente de l'épaule.

Quand on a réussi sur des centaines de cas avec un procédé : la propulsion directe aidée d'une légère traction, on n'en a pas besoin d'autre. Cependant, par curiosité, par désir de m'instruire, j'ai essayé le procédé de Kocher (de Berne), et je l'ai trouvé inférieur aux autres.

Si le procédé de Lacour et le *procédoncule* de Kocher sont applicables à la réduction des luxations sous-coracoïdiennes, ils sont détestables dans la réduction des intra-coracoïdiennes. J'ajoute immédiatement que Lacour ne le proposait pas dans cette variété et que Kocher reconnaît lui-même que son procédé leur est peu applicable. Les choses sont, en effet, bien différentes dans ce cas. Il faut dégager la tête humérale non plus du rebord antérieur de la cavité glénoïde, mais de dessous l'apophyse coracoïde. Dans cette variété, il n'y a qu'un seul procédé sûr : la traction directe dans l'axe du bras légèrement écarté du corps jusqu'à ce que la tête soit dégagée. Ce résultat obtenu, on n'a plus affaire qu'à une luxation sous-coracoïdienne et la propulsion directe, la bascule, l'élévation, etc., etc., amènent la réduction.

Cependant quelques chirurgiens, enthousiastes du procédé de Kocher, qu'ils croyaient nouveau, l'ont vanté avec ou sans modification pour la réduction des intra-coracoïdiennes. J'ai assisté, un jour, à un de ces essais : un de mes internes s'était pris d'une belle passion pour ce procédé; je lui promis de lui donner à réduire la première luxation de l'épaule qui arriverait dans le service. Cela ne tarda pas. Mon collègue et ami, M. Blum, assistait à l'affaire; la violence avec laquelle l'opérateur agissait sur l'avant-bras fléchi, et cela à plusieurs reprises car le succès n'arrivait pas, l'impressionna assez pour qu'il me conseillât d'arrêter la tentative. « Il va, me disait-il, lui luxer le coude ou fracturer l'humérus. » J'avoue que je n'étais pas sans partager ses craintes, et j'étais pris entre ces deux sentiments : mon devoir à l'égard du malade, la crainte de paraître partial en empêchant l'opérateur de réussir. J'allais cependant intervenir, lorsque la luxation, après un violent craquement, finit par se réduire.

Comment, dans cette variété de luxation, agit la rotation? La tête est en dedans de l'apophyse coracoïde; la rotation tend le ligament coraco-huméral et la partie voisine de la capsule, et, loin de dégager la tête, elle l'appuie sur l'apophyse coracoïde, puis, en continuant la rotation et en employant une force si grande qu'on peut l'appeler de la violence, la tête, en raison même de la pression que sa surface convexe exerce encore sur l'apophyse, glisse sous cette apophyse et finit par se dégager.

Or, je le répète, il faut, pour que ce mouvement d'abaissement par rotation forcée s'exécute, déployer une force telle qu'on aurait à craindre la fracture de l'humérus ou une luxation du coude. Et quand on songe qu'une simple traction par un seul aide ou même par le chirurgien lui-même suffit, quand le malade a été endormi, pour obtenir ce dégagement de la tête, on ne peut comprendre comment on accepte de pareilles manœuvres de force. On supprime ainsi, objecte-t-on, l'anesthésie. L'objection est sans valeur dans l'immense majorité des cas; mais si on n'osait ou si on ne pouvait l'employer, il resterait toujours la ressource de supprimer, par la fatigue, la résistance des muscles en employant les tractions continues du procédé de M. Auger.

Vous avez vu ce qui s'est passé chez notre second malade,

atteint de luxation intra-coracoïdienne. Nous n'avons attaché ni lien extenseur, ni lien contre-extenseur; un de mes internes a légèrement tiré sur le bras en le saisissant par le coude. J'ai glissé la main dans l'aisselle, j'ai appuyé sur la tête, et immédiatement, sans un quart de minute d'arrêt elle est rentrée dans la cavité glénoïde.

En résumé, il faut avant tout établir rigoureusement son diagnostic : si la luxation est sous-coracoïdienne, le meilleur procédé est la propulsion directe, mais tous les autres peuvent réussir; si la luxation est intra-coracoïdienne, il n'y a qu'un procédé sûr : la traction dans l'axe d'abord, et, dans le second temps, tous les procédés applicables à la sous-coracoïdienne et toujours de préférence la propulsion directe.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des syphilides papuleuses et papulo-squameuses.

De toutes les syphilides, le groupe papuleux est certainement le plus important, en ce sens qu'il comprend les types que l'on rencontre le plus fréquemment, ainsi qu'un grand nombre de variétés infinies.

Les syphilides dites papuleuses appartiennent à la période secondaire de la syphilis, apparaissant dès son début et pouvant se manifester pendant toute sa durée et jusqu'au commencement de la période tertiaire, formant ainsi transition entre les accidents cutanés de la période secondaire et ceux de la période tertiaire, c'est-à-dire les syphilides tuberculeuses.

Bien que les lésions de la syphilide papuleuse soient très différentes les unes des autres, elles ont toutes comme élément fondamental la papule, c'est-à-dire une élevure de la peau, élevure pleine, solide, résistante, résolutive, ne contenant pas de liquide, mais comme formée par un néoplasme résolutif du derme.

La papule néanmoins est susceptible d'une foule de transformations, c'est-à-dire de modalités éruptives très différentes, qui nécessitent une classification particulière. Ainsi, tantôt la papule reste à l'état de papule pendant toute la durée de la maladie, et constitue la syphilide papuleuse proprement dite; tantôt elle se couvre de squames et l'éruption est dite papulo-squameuse; tantôt elle devient érosive; c'est la syphilide érosive; tantôt elle s'encroûte à sa surface, d'où le nom de papulo-croûteuse; tantôt enfin elle est surmontée à son sommet par un léger soulèvement vésiculaire ou pustuleux, d'où la dénomination de syphilide papulo-pustuleuse.

Étudions tout d'abord la syphilide papuleuse proprement dite et la syphilide papulo-squameuse, que nous réunirons dans une seule et même description, parce qu'elles ne sont que les deux âges de la même forme de syphilide. En effet, elles débutent par la papule, puis, au bout de quelque temps, l'épiderme se gerce, se fendille, se crevasse et tombe en petits lambeaux ou squames. La syphilide papuleuse comprend nombre de variétés, que l'on peut ramener à quatre types, basés sur l'étendue de l'élément éruptif, qui sont : la syphilide à papules moyennes ou lenticulaires; la syphilide à petites papules, qui se subdivise en papulo-granuleuses et papulo-ponctuées; la syphilide à grandes papules ou nummulaire, et la syphilide à papules énormes, géantes, agminées, en placards.

La forme lenticulaire est le type le plus commun. Elle est généralement précoce, apparaissant au début de la période secondaire, parfois dès le troisième mois de la syphilis; elle comporte par suite tous les caractères des syphilides secondaires. Son invasion est toujours successive, c'est-à-dire qu'elle commence le premier jour par quelques papules, puis, le lendemain et les jours suivants, leur nombre augmente, bref, il faut de dix, douze à quinze jours pour que l'éruption soit complète. Alors elle consiste en une série de papules dont le nombre minimum dépasse 100, dont le maximum atteint 150, 200 et quelquefois le dépasse. Elle est constituée par de petites élevures cutanées, lenticulaires par leur forme et leurs dimensions, légèrement exhaussées au-dessus du tégument, c'est-à-dire de 1/4 à 1/2 millimètre de hauteur.

La configuration de ces papules est orbiculaire, nettement, correctement circulaire, comme si elles étaient tracées au compas, ce qui est un des trois signes distinctifs de l'éruption. Le second signe est leur coloration, rosée au début, puis foncée, brunâtre, enfin maigre de jambon ou parfois de teinte cuivreuse, teinte de casserole, mais très rarement et dans quelques circonstances seulement. Cette teinte cuivreuse, quand elle existe, n'est jamais généralisée mais limitée à quelques papules seulement. Néanmoins rien n'est plus facile que de la provoquer passagèrement par la pression du doigt sur la papule maigre de jambon, dont la coloration alors disparaît momentanément. C'est là un signe qui démontre que la circulation sanguine a une très large part dans la coloration de la papule et que cette coloration n'est pas partout identique à elle-même. C'est ainsi qu'elle est beaucoup plus rose sur les membres supérieurs, sur les épaules notamment, et plus foncée, au contraire, sur les membres inférieurs. Il y a là une question de déclivité.

Quant au troisième signe caractéristique de l'éruption, c'est la résistance de la papule au toucher, sa dureté habituelle telle qu'elle donne la sensation d'un corps étranger, d'un néoplasme épidermique rappelant l'induration parcheminée du chancre. J'insiste sur ce caractère, parce qu'il est absolument différentiel d'avec la papule de psoriasis, qui donne la sensation d'un tissu épaissi, tuméfié, mais sans la dureté de la papule syphilitique; c'est là, je le répète, un signe très important, auquel on pourrait donner le nom de « signe de l'aveugle ».

En résumé, ces trois caractères constituent une triade absolument caractéristique de la papule syphilitique. A l'origine donc de l'éruption, l'épiderme est intact, puis il se crevasse, se recouvre de squames et se détache par petits lambeaux. La syphilide papuleuse est toujours pauvrement, partiellement squameuse; la desquamation est médiocre, par suite très différente de celle du psoriasis, qui est abondante, très épaisse, plâtreuse. De plus, le grattage à la surface d'une papule n'emporte que quelques petits débris d'épiderme, mais non la tache micacée ou de bougie du psoriasis. Souvent encore la desquamation de la papule syphilitique est seulement périphérique, tandis que le centre n'est point squameux, et ces squames forment une petite frange blanchâtre ou grisâtre, circulaire; c'est ce que l'on a appelé la collerette de Biett, du nom d'un ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis. Elles sont formées par brisure de l'épiderme autour de la papule. De plus, elles revêtent un aspect vernissé, luisant.

Dire que les syphilides papulo-squameuses sont secondaires, c'est dire qu'elles sont profuses, disséminées sur toute la surface du corps, les pieds et les mains exceptés. Leur

siège de prédilection est le dos, la nuque, la face, particulièrement la partie supérieure du front autour du cuir chevelu, d'où le nom de *Corona Veneris*. Enfin elles se produisent sans ordre ni méthode, et leur durée est variable; elle est en raison de leur étendue, de leur intensité et de leur traitement. C'est ainsi qu'abandonnées à elles-mêmes elles peuvent durer plusieurs mois, tandis que, soignées convenablement, elles ne dépasseront pas quatre à cinq semaines.

J'ajoute qu'elles n'ont qu'un seul mode de terminaison : le mode résolutif. Elles ne laissent en effet aucune trace, aucun vestige; elles s'effacent par résorption progressive des papules, laissant après elles, avant de disparaître tout à fait, ce que l'on appelle des macules de terminaison, c'est-à-dire des taches plus ou moins accentuées, pigmentées, beaucoup plus désagréables pour les malades, au point de vue plastique, que la papule elle-même.

Les syphilides papuleuses à petites papules, différentes seulement de la papulo-squameuse par leur forme et leur étendue, comportent deux variétés :

1° La variété papulo-granuleuse, caractérisée par un volume moindre des papules, par un relief plus accentué, par une étendue comparable à celle d'une tête d'épingle ordinaire, par la forme non établie en plateau comme la syphilide lenticulaire, mais élevée, conique, semi-globulaire, enfin plus confluente;

2° La variété ponctuée. Ici la papule est encore plus amoindrie, plus petite qu'une tête d'épingle; elle est réduite à un point et ressemble à la saillie de ce qu'on appelle la chair de poule. Ses caractères spéciaux sont la multiplicité et la ténuité des éléments éruptifs; multiplicité telle qu'on compte ces papules par milliers à la surface du corps. Leur nombre est en raison inverse de leur volume. On l'a décrite sous les noms de syphilide lichénoïde, miliaire, herpétiforme, toutes dénominations mauvaises. Celle de ponctuée n'est peut-être pas meilleure, car elle ne signifie pas grand chose.

Les syphilides à grandes papules présentent le type opposé à celui que nous venons de décrire succinctement. Elles sont caractérisées par l'étendue des papules, dont les dimensions moyennes sont celles d'une pièce de 20 ou de 50 centimes, dont les dimensions extrêmes peuvent dépasser celles d'une pièce de 5 francs en argent; ces dernières sont très rares. Comme les papules lenticulaires, ces grandes papules forment peu de relief; elles sont aussi orbiculaires, très régulièrement rondes; leur coloration est aussi celle du maigre de jambon, mais quelquefois si foncé qu'elles revêtent l'aspect hémorrhagique. Elles sont pauvrement squameuses ou même pas du tout; leur surface est lisse, ronde, tendue, comme vernissée. Après leur résorption, elles laissent des macules très accentuées, pigmentées, presque noires comme de l'encre, très tenaces, qui peuvent persister pendant des années.

Quant aux syphilides papuleuses géantes, en nappes, en placards, elles ne sont qu'une exagération du type précédent, et sont constituées par des placards éruptifs très largement étalés, d'une étendue de 2, 3, 4, 5, 6, 7 centimètres carrés, parfois beaucoup plus considérable, occupant toute une région du corps et rappelant ainsi les placards psoriasiques. Cette forme apparaît tantôt d'emblée en nappe, tantôt la nappe ou le placard ne sont qu'un épiphénomène des papules lenticulaires, qui se sont accrues et, se rencontrant, se réunissent pour former par leur fusion de véritables ilôts plus ou moins étendus.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Sarcome calcifié des muscles du dos.

Le nommé Ernest B..., vingt-sept ans, cocher d'omnibus, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 4 novembre 1885, pour une tumeur placée au milieu de la région dorsale.

Cet homme raconte qu'à l'âge de quatre ans on a dû lui faire une opération à l'endroit où s'est formée la tumeur, et qu'on lui a retiré un fragment d'os.

Il a eu à dix-neuf ans une blennorrhagie, à vingt-deux ans une fièvre typhoïde qui guérit sans accidents. Il contracta à vingt-cinq ans un chancre induré, et il avait encore quelques taches à la peau, pour lesquelles il fut traité quelques mois avant son entrée à l'hôpital.

Le malade porte, entre les deux omoplates, une tumeur ayant 14 centimètres de hauteur sur 10 de large. Elle fait une saillie de 4 centimètres environ.

Cette masse existe depuis très longtemps et elle aurait paru peu de temps après l'opération qu'il a subie à l'âge de quatre ans. Elle est restée du volume d'un œuf, et ne s'est développée qu'au commencement de l'année 1885.

La peau présente une large cicatrice, trace de l'opération pratiquée pendant l'enfance. La tumeur est très fluctuante. On voit toutefois très distinctement qu'elle contient des parties très dures, du côté gauche surtout.

La respiration et la toux sont sans effets sur elle.

La pression en masse n'est que peu douloureuse, et ne paraît pas réduire le volume.

Sur les apophyses épineuses est un point très douloureux, juste à la partie supérieure de la tumeur.

On ne trouve rien aux omoplates ni aux côtes, ainsi que dans les plèvres.

Le malade dit souffrir toujours un peu de sa tumeur. Dans le bras gauche il sent quelques fourmillements à l'extrémité des doigts, et il a un engourdissement de tout le bras. Quand on comprime la tumeur ou qu'elle reçoit un choc accidentel, c'est un élancement douloureux, qui ne dure que quelques secondes.

On fit une ponction exploratrice dans les parties molles, mais sans le moindre résultat, ce qui fit rejeter l'idée d'un abcès froid, venu de la colonne vertébrale, pour admettre un lipome ou un sarcome.

7 novembre. — Opération. Le malade étant anesthésié, je fais au bistouri une incision verticale de 15 centimètres, passant par le milieu de la tumeur. Je traverse une couche épaisse de tissu fibreux, et je tombe sur une capsule bien nettement formée, qui, une fois ouverte, me permet de faire l'énucléation de la plus grosse partie de la tumeur. Puis ouvrant deux autres loges, je retire deux autres masses du volume d'une noix. Ces dernières sont fortement adhérentes à leur capsule d'enveloppe, que je retire en entier.

La masse principale, du volume des deux poings, était placée au-dessus de la colonne vertébrale dont les apophyses épineuses ne sont pas cependant découvertes. Elle s'était formée au milieu du muscle trapèze dont une partie est enlevée, ce qui laisse à nu les fibres du splénius.

Les autres masses, plus petites et isolées, se portaient vers l'omoplate gauche. Elles s'étaient infiltrées sous le trapèze et avaient contracté des adhérences très fortes avec le rhomboïde. Il fut nécessaire de retirer une partie des fibres musculaires les plus adhérentes à la production morbide.

Pansement à l'iodoforme.

La tumeur est de teinte gris rosé. Elle est formée de masses assez arrondies juxtaposées, retenues entre elles par des lames de tissu fibreux. On peut facilement la subdiviser en masses plus petites de forme globulaire, dont quelques-unes se détachent comme d'une série de loges.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la présence de noyaux calcifiés, dont quelques-uns sont du volume d'une noisette, et qui

sont répandus çà et là dans la masse principale. Leur teinte est jaunâtre et leur consistance assez ferme, mais on peut cependant les diviser avec le bistouri.

En faisant une coupe médiane de la tumeur, on voit que le tissu est assez ferme. La surface de section prend immédiatement une forme très bombée, comme si le tissu avait une tendance à sortir d'une enveloppe où il serait à l'étroit. C'est au point que les deux moitiés s'écartent avec force et qu'il est impossible de les juxtaposer pour rétablir la forme primitive de la tumeur.

La pièce a été examinée par M. le docteur G. Dubar, aide de clinique, au laboratoire d'histologie de la Charité. Les coupes faites en différents sens ont démontré que nous avions affaire à un sarcome développé dans le muscle grand dorsal, avec de nombreux noyaux de calcification, mais nulle part de traces d'ossification.

8 novembre. — On change le premier pansement, qui est un peu taché de sang. La plaie est en bon état; je diminue le drain.

12 novembre. — Pas de fièvre. La température n'a pas dépassé 37°,8; enlèvement du drain et des sutures.

15 novembre. — La plaie est fermée.

18 novembre. — Exeat.

10 mars 1886. — Le malade a été revu au bout de quatre mois, Il ne souffre pas et conduit facilement ses chevaux.

15 juin. — Je revois souvent le malade qui conduit un omnibus voisin de la porte de l'hôpital. Il ne ressent pas la moindre douleur.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXXXIV

1864.

Depuis plusieurs années, je projetais, je méditais un dernier voyage à Paris. Ayant fait, en août 1863, mes adieux à mes chères Pyrénées, je devais un ultime hommage à la grande capitale du monde scientifique; je désirais aussi présenter à l'Académie des sciences l'*Anatomie des lépidoptères*, formant le complément des neuf ordres d'insectes qui ont passé successivement sous mon scalpel, et qui constituent l'ensemble de la science entomologique; je voulais enfin me retrouver au sein de la Société entomologique pour inaugurer le fauteuil présidentiel honoraire qui m'a été décerné, il y a quatre ans, après la mort de mon ami Duméril.

A mon âge, premier trimestre de quatre-vingt-cinq ans, et malgré ma confiance dans ma santé et dans mes forces, ma famille jugea nécessaire de m'adjoindre, tant pour le voyage que pour le séjour à Paris, un guide sûr et dévoué.

Mon fils Albert ne pouvant pas m'accompagner à cause de ses obligations professionnelles, mon fils le médecin militaire étant à Rome, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'occupation, on écrivit, à mon insu, à l'un de mes jeunes correspondants, M. Lafaury (de Dax), pour lui demander s'il pourrait me servir de compagnon de voyage; sa réponse prompte et affirmative mit le comble à mon contentement sous tous les rapports. M. Lafaury m'avait déjà fait deux visites à Saint-Sever; j'avais apprécié son bon esprit et son savoir dans l'étude des lépidoptères, qui était son occupation favorite; il m'avait obligeamment fourni de nombreuses espèces rigoureusement dénommées pour mes dissections; il fut pour moi d'un dévouement filial, et je n'oublierai jamais les services qu'il m'a rendus, ainsi qu'à la science.

Ce jeune homme, âgé de vingt-neuf ans, libre de sa personne par suite de la perte de ses parents et dans une position de fortune aisée, jouit d'une robuste santé; son caractère est aussi bon que son cœur. Il m'accompagnait avec d'autant plus de plaisir qu'il ne connaissait pas encore Paris.

Le 13 juin, par un beau temps, je partis pour la gare de Mont-de-Marsan avec Albert, qui me colloqua dans un confortable wagon du train express; à Morcenx, Lafaury fut fidèle au rendez-vous, et nous filâmes sur Paris.

Laboulbène nous attendait avec une voiture à la gare d'Orléans; il nous conduisit rue de l'Université, 22, hôtel de l'Université, où il avait arrêté pour un mois un appartement des plus confortables au premier étage; il fallut en accepter le loyer très élevé.

Durant ces trente jours de ma vie parisienne, l'emploi de mon temps fut à peu près uniformément réglé de la manière suivante: de six heures du matin à midi, je travaillais, soit à châtier mon texte, soit à compléter les figures avec le secours de mon jeune ami, qui traçait et régularisait à la plume mes croquis avec plus de sûreté et de justesse que je n'aurais pu le faire, soit enfin à ma correspondance; vers huit heures, je déjeunais tout simplement avec une demi-bille de chocolat cru (de la fabrique Fagalde, de Bayonne); à midi nous prenions le dîner au restaurant de notre hôtel, le café au Palais-Royal (café de Foy); dans la soirée, je ne faisais aucun repas; je me contentais d'une glace ou d'un carafon de limonade au citron; coucher à neuf heures, lorsque nous n'allions pas au théâtre. Mon hygiène individuelle m'obligeant à refuser tous les dîners parisiens du soir, quelques amis et collègues que j'avais eu le plaisir de convier à ma table de Saint-Sever voulurent m'offrir le déjeuner-dîner à mon heure de midi. Je citerai MM. Aubé, Signoret, de Bonvouloir, Grenier et mon vieux compatriote et excellent ami Lafaurie, ancien conseiller-maître à la Cour des comptes. Sous l'égide de ce régime invariable et grâce à ma bonne constitution, je n'ai éprouvé ni indisposition ni fatigue, malgré les courses longues et répétées que je n'ai pas cessé de faire pendant mon séjour de quatre semaines à Paris.

Je suis allé six fois au théâtre, j'ai vu jouer *Guillaume Tell* et *Robert le Diable* au Grand-Opéra, l'*Éclair* à l'Opéra-Comique, la *Cagnotte* au Palais-Royal, la *Jeunesse d'Henri IV* au Châtelet, les *Voltiges aériennes* du fameux Léotard au cirque de l'Impératrice.

Nous avons visité en détail le Jardin d'acclimatation du Bois de Boulogne; l'*aquarium* tant vanté est loin d'avoir répondu à mon attente; quant aux animaux tant quadrupèdes que volatiles, il y a sans doute beaucoup de variétés, surtout dans ces derniers. La différence du climat parisien et du climat originel, la perte de la liberté, l'étroite domestication ne tardent pas à altérer insensiblement les traits de bon nombre de ces animaux; tant que le sang natal coule dans leurs veines, ils conservent encore l'allure normale, mais le renouvellement organique avec les éléments de la trempe domestique détermine fatalement la langueur, l'état malingre, la nostalgie; je crois avoir constaté chez plusieurs de ces animaux, notamment sur les tapirs, cet état de dégénérescence. Lorsque les animaux périssent dans la mauvaise saison, l'administration a soin de s'en procurer d'autres pour le printemps ou l'été, et, sans se douter de la manœuvre, le bon Parisien croit fermement à l'acclimatation; je crois qu'il serait d'une sage prévoyance d'interdire formellement au public de distribuer à son gré de la nourriture aux animaux; on rend ceux-ci gourmands et voraces, ce qui finit par altérer leur santé.

Nous allions souvent au Jardin des Tuileries, de cinq à six heures, pour entendre la bonne musique des divers régiments, surtout celle de la Garde municipale, qui est excellente.

Le surlendemain de mon arrivée, après le dîner de l'hôtel, nous allons en voiture découverte parcourir les nouvelles voies qui ont pour but à la fois d'assainir, d'embellir et d'agrandir la capitale, et qui l'ont entièrement métamorphosée, les boulevards Malesherbes, du Prince-Eugène, Richard-Lenoir, etc.; les nouvelles constructions sont d'une remarquable symétrie, comme jetées au moule. Paris est entre le marteau qui démolit et la truelle qui rebâtit; Paris historique s'en va et Paris du luxe arrive à grands pas.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 849.

Je passe la soirée à la Société entomologique où j'inaugure ma présidence honoraire; j'y fais une lecture à continuer sur la *Direction à donner aux études entomologiques*.

A la Société botanique de France, le président, M. Ramond, me fit asseoir à sa droite.

A l'Académie de médecine, dont je suis membre associé national depuis plusieurs années, je vis MM. Michel Lévy, Claude Bernard, Malgaigne, Barth, Bouvier, Grisolle, Velpeau, Rayer, Ch. Robin, etc.

Le 3 juillet, journée extra muros : à Saint-Germain-en-Laye, nous déjeunons chez le bon docteur Clerc et son aimable femme et nous partons ensuite pour Versailles. Je voulais revoir le spectacle populaire des grandes eaux; les eaux du ciel jouèrent aussi et une forte averse éloigna les curieux du bassin de Neptune; nous parcourûmes quelques galeries de l'immense musée, la salle de spectacle; à la nuit tombante, nous nous rendîmes à la gare de la rive droite; en me promenant dans les galeries du Palais-Royal, j'eus l'agréable surprise de rencontrer mon ami le professeur Joly (de Toulouse) avec son fils; le savant professeur avait été autorisé par le ministre de l'Instruction publique à exposer dans une leçon publique, à l'École de médecine, ses idées sur la grande question toujours débattue de la génération spontanée, de l'hétérogénie. Cette leçon avait attiré la plus grande affluence dans le vaste amphithéâtre de la Faculté.

Le lundi 4 juillet, à la séance de l'Académie des sciences, je demande mon tour de lecture pour le lundi suivant; j'y retrouve Flourens, Milne-Edwards, Valencienne, Ad. Brongniart, Decaisne, Becquerel, l'ami Montagne, bien décrépit, le docteur Guyon, inspecteur du service de santé en retraite.

Le 11, lundi, je présente mon travail, texte et atlas, sur l'*Anatomie des lépidoptères* et je lis un résumé des prolégomènes; après de bienveillantes paroles de M. Flourens, le mémoire est classé pour le concours de la fondation Montyon.

Le mercredi 13, je fis ma seconde et dernière lecture à la Société entomologique; l'accueil sympathique de mes collègues fut exprimé par une pièce de vers élogieuse de l'archiviste de la Société, M. Doué. Je chargeai Laboulbène de continuer la lecture de mes *Études sur les mœurs des insectes dans les neuf ordres*.

A propos de mœurs, je consigne ici quelques lignes rapidement tracées à l'hôtel entre deux courses, sur les *palombes* et les *moineaux* du Jardin des Tuileries. Quel observateur tant soit peu naturaliste, quel oiseleur de profession, quel sectateur de Nemrod, n'a pas été témoin, dans la belle saison, du saisissant spectacle donné par les palombes qui font leur séjour habituel sur les arbres du jardin des Tuileries? La palombe au plumage serré et lustré, si sauvage dans nos forêts, si fière, si craintive, si impressionnable au moindre bruit, si prompte à s'envoler à la vue de l'homme, est devenue aux Tuileries un oiseau du monde, un volatile civilisé jusqu'à la familiarité la plus intime; vous allez en juger par le fait suivant. Malgré la population remuante des promeneurs de tous les âges, de tous les sexes, de toutes les couleurs, des palombes ont l'habitude, au déclin du jour, de descendre à tire d'ailes de leurs sommités pour venir se poser paisiblement sur certains tapis de gazon afin d'y saisir une manne qui leur tombe, non pas du ciel, mais de la main d'un ornithophile habitué qui leur fait quotidiennement la distribution de miettes de pain; il s'est donné la spécialité de ce passe-temps; je l'en remercie in petto; j'ai vu, de mes propres yeux vu, la fière palombe, non seulement se percher sans la moindre hésitation sur la main de l'attentif pourvoyeur, mais aller jusqu'à prendre la becquée entre ses lèvres; quand elle est suffisamment restaurée, la palombe prend son vol rapide vers les arbres de la promenade, où elle s'accoutume et se délecte sans doute à entendre chaque soir les symphonies militaires.

Pourquoi ne dirais-je pas quelques mots sur d'autres cohabitants ailés du même jardin, je veux parler de ces moineaux si hardis, si familiers et si voraces. Dès que la question des subsistances se pose sur le verdoyant tapis, vous ne tardez pas à voir un essaim de moineaux formant autour du bénévole distributeur une véritable constellation toujours sautillante; il voudrait les chasser en gesticulant, mais ces intrépides piqueurs de rations continuent leurs obsessions; en fait d'audace, d'adresse et d'intrigue, les pierrots, c'est leur nom parisien, sont passés maîtres; les uns saisissent la manne au départ de la libérale main, les autres l'escamotent en l'air, à la barbe pour ainsi dire des palombes, qui en étaient les placides destinataires; j'ai pu calculer que ces maraudeurs de moineaux ingurgitaient huit rations sur dix projetées par le bienfaiteur des ramiers du jardin; cette gymnastique aérienne est des plus amusantes pour l'observateur. Ces quelques lignes, inspirées par les intéressantes manœuvres de ces deux oiseaux devenus si manifestement domestiques, pourraient constituer l'ébauche d'une étude comparative, chez certains animaux, de l'industrie, de l'intelligence, d'une sorte de civilisation. On ferait peut-être un volume sur cet inépuisable sujet.

Le 14 juillet, par un temps magnifique, nous quittâmes avec plaisir le brouhaha de la capitale pour regagner nos paisibles pénates.

A Morcenx, M. Lafaury, mon parfait compagnon, fit à mon fils Albert la remise de ma personne saine et sauve; le 15, vers onze heures du matin, à jeun depuis la veille à midi, je me présentai en blouse de toile et très poudreux à M. et Mme A.-M..., qui m'offrirent gracieusement un dîner délicieux auquel je fis largement honneur; en arrivant à Saint-Sever, sous le toit domestique, je dus me constituer l'infirmier de ma femme, qui était aux prises avec l'inexorable migraine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit :

Physique. — MM. Guebhard, chef des travaux; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux; Stef, préparateur adjoint (zoologie); Berger et Blondel, préparateurs adjoints (botanique).

Physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux; Gley et Rondeau, préparateurs; Martin et Pignol, aides-préparateurs.

Anatomie pathologique. — MM. Gombault, chef des travaux; Brault, Chantemesse et Durand-Fardel, préparateurs; Clado, Toupet et Vidal, moniteurs.

Chimie. — MM. Hanriot, chef des travaux; Monangé, préparateur; Bouveault, De Thierry et Grolous, préparateurs adjoints.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1879 et 1880, par le docteur Péan, suivies : 1° des observations recueillies dans le service de l'auteur, du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885; 3° de la troisième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, avec 46 figures dans le texte et 7 planches coloriées hors texte. Un fort vol. in-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Le Reboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Première série, tome XXXIII (deuxième partie). Troisième série, tome XVI (deuxième partie). — Prix de chaque fascicule : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel pratique de bactériologie, basé sur les méthodes de Koch, par Edgar M. Crookshank, member of the Royal College of Surgeons of England, Demonstrator of Physiology, King's College, etc., etc. Traduit de l'Anglais par M. Bergeaud, médecin-vétérinaire, inspecteur de la boucherie de Paris. Un beau vol. in-8° de 300 pages, orné de 32 planches en chromolithographie et de 44 gravures sur bois. — Prix : 24 francs. — Paris, G. Carré.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome Ier, premier fascicule : *Affections chirurgicales de la tête*. 1 vol. in-8° de 400 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules qui se vendront toujours séparément. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des arthrites infectieuses non tuberculeuses, par le docteur de Sadersonne. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20018

97

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

9

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph[ies].

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLÉBERT
au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).
GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Ph[le] LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et t[tes] ph.

10

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et C[ie], 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Ph[ie] Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et C[ie]*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et t[tes] pharmacies de France et de l'étranger. Adh. Dethan

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU D[r] CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profes[r] BOUCHARDAT.

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du D[r] FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

12

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

AU CANTHARIDATE DE SOUDE

Ce **vésicatoire** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *cystite* à redouter).

40, rue des Blancs-Manteaux, Paris

Envoi d'éch[ons] par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande. Prix : roul. de 1[m], 3[f]; boîte de 1/2[m], 1[f]50.

6

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle.*

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur.* Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine.*

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

11

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. f[g] S[t]-Denis, Paris et ph[ies].

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et C[ie], 11, rue Milton, Paris.

21

SOURCE YVONNE

DE CHATEL-GUYON

Approuvée par l'Académie de médecine.

La plus gazeuse et la plus minéralisée.

Foie. — Estomac. — Intestins. — Rate. Pancréas.

Dépôt dans les bonnes Ph[ies]. — *Exiger le nom.*

N° 108. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 16 SEPTEMBRE 1886. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons signalé dans le temps la très intéressante communication de M. Lagneau sur les effets pernicieux du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans nos écoles de garçons. M. Dujardin-Beaumetz, à qui sa position de médecin de l'École normale des institutrices de Paris donne à cet égard une compétence toute spéciale, est venu aujourd'hui, répondant à l'appel de son collègue M. Lagneau, dire ce que son expérience et ses observations lui ont appris sur ce sujet à l'égard des jeunes filles.

De l'exposé extrêmement intéressant qu'il a fait des conditions de la préparation des jeunes filles à la profession d'institutrice, des épreuves qu'elles ont à subir avant leur admission à l'École normale et des exercices auxquels elles ont à se livrer pendant les trois annuités scolaires, il résulte que les effets du surmenage intellectuel et de la sédentarité sont encore plus accusés chez elles que chez les garçons.

Il y a, toutefois, une distinction importante à faire, d'après les renseignements donnés par M. Dujardin-Beaumetz, entre les différentes périodes de la scolarité, au point de vue des effets funestes du surmenage. Ce n'est ni dans la deuxième ni dans la troisième année qu'ils se font sentir, mais dans la première, c'est-à-dire à la suite des efforts qu'ont nécessités les préparations aux examens d'admission, alors que les élèves cumulaient souvent l'excès de travail avec les mauvaises conditions trop fréquentes d'habitat et d'alimentation au sein de familles d'une situation précaire.

Il y a à faire, beaucoup à faire, pour obvier aux graves inconvénients de ce surmenage des enfants et des jeunes gens des deux sexes. L'Académie peut sans doute donner de bons avis à cet égard, et ces avis n'ont pas manqué dans cette séance même. Mais elle ne peut que cela. Les pouvoirs compétents en tiendront-ils compte ? Espérons-le.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Tumeur de la région pectorale. — II. Contusion violente du mollet, déchirure du triceps sural. — III. Arthrite post-puerpérale avec épanchement.

J'ai à vous parler aujourd'hui de trois malades, toutes trois également intéressantes quoique à des points de vue différents.

I. La première est une femme de vingt-quatre ans, entrée dans nos salles pour une tumeur récidivante dans la région pectorale. Ses antécédents héréditaires sont : mère morte à la suite d'une tumeur blanche du genou ; père mort phthisique. Quant à elle, sa santé générale est débile, le nez est tuméfié, la lèvre supérieure saillante, les paupières rouges, tous signes qui lui donnent un cachet scrofuleux. Du reste, nous trouvons sur les lèvres plusieurs fissures profondes cicatrisées, et des ulcérations saignant de temps en temps à l'orifice externe des fosses nasales. Cette femme a eu trois enfants : l'un est venu mort-né, les deux autres sont morts assez rapidement, peu de temps après leur naissance ; mais nous ignorons ce à quoi ils ont succombé.

Enfin, il y a trois ans que, pour la première fois, elle s'est aperçue de la présence sous l'aisselle droite de petites tumeurs roulant sous le doigt. Peu à peu ces tumeurs ont grossi, s'étendant vers le bord supérieur du sein droit, si bien qu'au mois d'octobre dernier elle est entrée dans mon service. A cette époque M. Peyrot me remplaçait. Il pratiqua une longue incision par laquelle il enleva une masse de ganglions sinon tuberculeux, tout au moins caséeux. Quelques semaines plus tard, la malade quittait l'hôpital en très bon état de santé, et nous n'en entendions plus parler lorsqu'il y a cinq ou six jours, elle nous est revenue pour une nouvelle tumeur située en dehors de la cicatrice et sur son bord postérieur, tumeur grosse comme une amande verte, dont elle affecte d'ailleurs un peu la forme, douloureuse, très mobile et absolument indépendante du sein proprement dit. Cette tumeur de la région pectorale nous paraît être très probablement de même nature que celle que M. Peyrot a opérée au mois d'octobre de l'année dernière, c'est-à-dire de nature lymphatique. S'agit-il d'une récidive pure et simple? Sommes-nous en présence d'une diathèse avec continuation de la maladie.

Si nous examinons la poitrine, nous entendons un peu d'expiration prolongée aux sommets, mais rares ; aucun râle

ni matité ; pas d'expectoration ni de toux, en ce moment du moins, car la malade se dit sujette à s'enrhumer. Cette femme peut-elle donc être considérée comme tuberculeuse? Je ne le pense pas encore, mais je crois qu'elle est sur les limites de la tuberculose. C'est pourquoi je me décide à pratiquer l'extirpation de sa nouvelle tumeur.

C'est ainsi que l'on rencontre, dans la pratique, un certain nombre d'individus issus de parents tuberculeux, présentant, longtemps avant la tuberculose pulmonaire, des ulcérations des lèvres, des gencives, du nez. Puis, à la suite de ces irritations réitérées, on voit survenir des engorgements ganglionnaires. Avec le temps les ganglions restent tuméfiés, et les malades viennent nous consulter et nous prier de les débarrasser de ces tumeurs qui vont sans cesse en augmentant de volume. J'ai vu ainsi, par une intervention chirurgicale dans les conditions de temps voulu, un certain nombre de malades guéris complètement sans aucune tuberculisation consécutive, des malades, par conséquent, chez lesquels la maladie est restée de nature scrofuleuse sans franchir les limites de la tuberculose.

Ces faits sont assez nombreux pour me décider à opérer aussi notre malade.

II. Notre seconde malade est une femme qui, il y a trois mois, fut renversée dans la rue par un cheval attelé à un camion, dont les roues la blessèrent très grièvement au mollet droit, déterminant une contusion extrêmement violente de la région postérieure de la jambe droite, et aussi un peu de la jambe gauche.

Transportée immédiatement à l'Hôtel-Dieu, nous constations l'existence d'une énorme contusion ; la peau froissée présenta bientôt deux plaques escharotiques très inquiétantes, le mollet était doublé de volume, fluctuant. Je redoutais tout d'abord qu'il n'y eût quelque anévrysme faux consécutif ; heureusement il n'en était rien, et la fluctuation était uniquement due à un énorme épanchement sanguin. D'ailleurs, il n'y avait aucune plaie.

La jambe fut placée dans une attitude élevée et, sous l'influence d'une compression douce et progressive, l'épanchement diminua peu à peu, puis disparut, et le mollet se rétracta même au point que la jambe devint absolument plate en arrière. Les eschares se détachèrent, sans laisser aucune plaie au-dessous d'elles, sans que les parties profondes fussent exposées au contact de l'air, et le tout se termina par résolution sans suppuration. Après deux mois de séjour, la malade est partie pour le Vésinet, ne marchant pas encore, puis elle est rentrée dans nos salles avec un mollet encore diminué, plus aplati qu'avant, difforme et divisé en deux par une encoche transversale, résultant de la déchirure traumatique et cicatrisée du triceps sural, encoche douloureuse à la pression. Le triceps se contracte encore, mais il se durcit un peu dans les efforts musculaires ; son action est faible. En somme, il existe une atrophie générale des muscles de la jambe et, ce qui arrête la flexion du pied sur la jambe, c'est la rétraction du tendon d'Achille, la cicatrice du triceps ; enfin, le pied est en équin avec un peu de varus. La malade ne peut pas marcher sans béquilles, parce qu'elle ne peut pas ramener sous elle sa jambe étendue. Il y a donc là une infirmité contre laquelle la chirurgie peut et doit intervenir. L'opération que je vais lui faire subir est la section du tendon d'Achille à 2 centimètres au-dessus du calcanéum, et nous devons même nous hâter d'opérer, car les muscles diminuent de plus en plus faute d'action, tandis qu'après notre intervention le massage, l'électricité et l'exercice auront toutes chances d'amener la guérison de cette infirmité.

III. Quant à la troisième malade, c'est une femme qui, accouchée il y a dix mois, n'est restée au lit que ses huit jours seulement, comme toutes ses pareilles, ce qui présente toujours de sérieux inconvénients. Chez elle, ceux-ci furent plus graves, car elle avait l'un des genoux tuméfié et douloureux. Alors peu à peu ce genou augmenta ; vésicatoires, teinture d'iode, pommades, rien n'y fit. Bref, comme au bout de dix mois il continuait encore à grossir, que la marche devenait de plus en plus difficile, elle est venue dans nos salles avec une arthrite post-puerpérale compliquée d'épanchement (synovie avec flocons) et frisant l'arthrite purulente. Le genou malade présente 5 centimètres de circonférence de plus que celui du côté opposé ; la synoviale est épaissie, l'épanchement articulaire contient peut-être même un peu de pus ; les ligaments ont souffert, les ligaments croisés sont un peu allongés par le fait de l'écartement des os. Ce dernier accident est très grave, car il constitue une infirmité qui ne peut qu'augmenter et faire de la jambe un membre de polichinelle.

Dans ces conditions que faire? Dérivatifs, révulsifs et repos ont donné tout ce qu'ils pouvaient, de sorte qu'une intervention chirurgicale seule reste possible, c'est-à-dire la ponction du genou suivie d'une ou de plusieurs injections modificatrices avec le sublimé comme pour les cas d'hydrocèle, cas où ces injections nous ont toujours très bien réussi, sans déterminer d'accidents inflammatoires.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Pajot.

Opération césarienne et céphalotripsie.

Je voudrais vous entretenir aujourd'hui de la conduite que le médecin doit tenir chez les femmes enceintes, dans le cas de rétrécissement extrême du bassin.

Il y a, en pareils cas, à opter entre l'un ou l'autre des deux partis suivants : 1° celui des partisans des Universités catholiques ; 2° le nôtre.

Le premier est tout ce qu'il y a de plus facile au monde : on place sur une table la femme sur laquelle on a décidé d'intervenir ; on lui ouvre le ventre, on extrait l'enfant, on ferme le tout et la femme meurt. Quant à l'enfant, il vit... quelquefois. Mais, comme nous avons pour principe et pour but tout d'abord de sauver la femme, puis l'enfant, si cela nous est possible, nous avons proposé de pratiquer la céphalotripsie en plusieurs séances, c'est-à-dire la céphalotripsie répétée.

La céphalotripsie est une opération, dit-on, horriblement dangereuse, du moins telle qu'on la pratique pour les rétrécissements moyens du bassin. On a même dit qu'elle était aussi dangereuse que l'opération césarienne, opération où, comme vous le savez, la femme succombe dans la plupart des cas.

Mais dans la céphalotripsie, un seul broiement ne suffit pas pour extraire complètement l'enfant, et l'on recommence l'opération au bout de deux ou trois heures. Telle est la conduite que l'on tient habituellement et contre laquelle je ne cesse de protester, car elle est déplorable, ayant pour résultat de déchirer les parties maternelles. Peut-être après trois, quatre, cinq ou six broiements même,

arriverez-vous à extraire l'enfant; mais que de violences n'aurez-vous pas exercées pour en arriver là et en arriver aussi à voir succomber la femme. C'est cette manière de faire qui a grossi d'une façon exagérée les dangers de la céphalotripsie.

Mais tout d'abord une première question se présente : il faut savoir distinguer les rétrécissements du bassin entre eux et savoir les diviser, classant d'une part les rétrécissements légers et les rétrécissements moyens, et d'autre part les rétrécissements extrêmes sous peine, si l'on n'agit pas ainsi, d'avoir des statistiques de mortalité de 50 et de 60 p. 100. Ce que voyant, je me suis demandé s'il n'était pas possible d'agir autrement.

Mais nous avons d'abord ce fait de plus en plus fréquent, heureusement, que beaucoup de femmes se présentent à notre clinique au cinquième ou au sixième mois de leur grossesse. Dans ce cas pas d'accidents à redouter.

Dans la céphalotripsie, un seul point étant dangereux, il faut le supprimer. Mais quel est ce point? Est-ce l'introduction des branches de l'instrument et de la cuiller? Sont-ce l'écrasement, le broiement? Non, et les douleurs qu'ils peuvent occasionner seront facilement évitées grâce au chloroforme. Le danger commence avec l'extraction des parties insuffisamment broyées de l'enfant, par cela même que les parties incomplètement broyées contondent, déchirent les organes génitaux de la mère; c'est donc cette partie du manuel opératoire qu'il faut supprimer.

On applique donc le céphalotribe, on exécute un premier broiement, puis on essaie doucement de tourner un peu l'instrument afin de saisir d'une autre façon la tête dans un second broiement en essayant de tourner encore. Tout cela, bien entendu, selon l'état de la femme, après examen du pouls, etc. Puis on laisse celle-ci se reposer et l'on revient auprès d'elle au bout de deux, trois ou quatre heures, pour exécuter trois nouveaux broiements. Nouveau repos et nouvelle séance si cela est nécessaire, jusqu'à ce que la tête, devenue absolument molle, s'accommode parfaitement aux parties qu'elle doit traverser sans risquer de les blesser en quoi que ce soit. J'ai ainsi accouché nombre de femmes, après cinq ou six broiements, c'est-à-dire après deux séances, sans aucune violence. Dans quelques cas, une troisième et une quatrième séance ont été nécessaires; mais cela m'est rarement arrivé. Quelquefois j'ai dû aller jusqu'à onze broiements; il s'agissait du bassin le plus étroit que j'aie rencontré — il avait seulement 5 centimètres; — je parvins très bien à extraire complètement l'enfant, et la femme se rétablit parfaitement.

Cependant je ne dois pas vous dissimuler qu'il y a encore un point noir : dans les cas de rétrécissement très considérable, la tête ne s'engage pas du tout et ne peut s'engager. Elle reste très mobile dans le détroit supérieur. Or on a reproché au céphalotribe de laisser la tête s'échapper par le haut, en raison même de la forme des cuillers. Paul Dubois arrivait assez bien à parer à cet inconvénient quand la tête était déjà un peu engagée; mais dans les bassins très étroits, il fallait que deux aides, par une pression sur l'abdomen, appuyassent sur la tête pour l'empêcher de s'échapper. La manœuvre n'était pas toujours bien facile; et c'est pour y remédier que Paul Dubois et moi nous avons imaginé certaines modifications instrumentales permettant de faire marcher les vis, de façon que les pattes de l'instrument maintiennent la tête de l'enfant dans ledit instrument et s'y fixent solidement. La tête doit être ainsi pressée par le haut et non par le bas, et broyée, au contraire, par le bas.

En résumé, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, le meilleur procédé, procédé préférable à la fois à l'opération césarienne et à l'opération de Porro, c'est la céphalotripsie *sans tractions répétées*, mais par séances répétées de broiement, en commençant dès que la dilatation est faite.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Parallèle des fièvres éruptives.

I

La question des fièvres éruptives est un sujet très délicat, bien que l'on se figure, en général, que rien n'est plus facile à saisir que le diagnostic de ces affections. Je puis vous donner comme exemple ce qui m'est arrivé il y a une vingtaine d'années.

C'était en avril 1863; je concourais pour le Bureau central; je me trouvais appelé à subir l'épreuve clinique et j'avais, comme malade à examiner, un individu de vingt-huit à vingt-neuf ans, qui venait d'entrer dans un service de médecine, ayant déjà, à l'hôpital des Enfants, deux petits enfants malades; mais il ignorait de quelle affection ils étaient atteints. Quant à lui, il était malade depuis six jours sans qu'aucune éruption fût encore apparue. Donc je l'examinai avec le plus grand soin et je constatai un état de prostration générale, une amygdalite et une pharyngite intenses, ressemblant à un véritable érysipèle de toute la région pharyngée; d'ailleurs aucun engorgement ganglionnaire, pas de subdelirium, mais une température assez élevée. Bref, j'émis le diagnostic de : angine, peut-être de nature scarlatineuse, et accompagnée d'un état général assez prononcé.

Le jury, par contre, conclut, non pas à la scarlatine, mais à une simple angine catarrhale. Or, le lendemain, une éruption scarlatineuse énorme était apparue!

C'est là, dira-t-on, un fait exceptionnel; cependant nous avons observé plusieurs fois dans nos salles des cas analogues. Je vous citerai entre autres l'observation suivante : Il y a deux ans, un de mes confrères — médecin de la famille — était appelé rue Grange-Batelière pour un enfant présentant un certain mouvement fébrile avec un peu de rougeur de toute la région dorsale et, après examen, concluait à la scarlatine. La famille effrayée n'ajouta qu'une médiocre confiance à ce diagnostic et s'empressa de consulter un autre médecin, lequel émit un avis contraire. Les parents, fort embarrassés, m'appelèrent en consultation avec les deux confrères et je leur déclarai, après examen et discussion, que, pour moi, je considérais le malade comme étant sous l'imminence de la scarlatine, d'autant plus que la peau commençait à revêtir une teinte framboisée avec un certain rash, et j'engageai à attendre, pour se prononcer définitivement, un certain nombre de jours. En effet, à la fin du second septénaire, la desquamation commençait à se faire; puis survinrent des accidents albuminuriques qui ne durèrent pas moins de deux mois. Je pourrais vous citer encore la malade du n° 37 de notre salle des filles, chez laquelle je dus attendre aussi le quinzième jour pour émettre un diagnostic; celles du n° 36, du n° 4, etc.

Toutes les fièvres éruptives peuvent être régulières ou irrégulières. Des trois maladies éruptives contagieuses (la variole, la rougeole et la scarlatine), deux seulement sont inoculables : la variole et la rougeole; la troisième, la scar-

latine, ne l'est pas ou du moins n'a pas pu être inoculée jusqu'à présent; mais elle est contagieuse par l'air et par les productions de sécrétion de la peau. Toutes trois ont les mêmes allures dans la période prodromique. Le début est violent, brusque, subit. Ce sont des frissons, de la fièvre, souvent des nausées et des vomissements, quelquefois aussi des convulsions.

Mais, à partir de ce moment, les phénomènes sont différents selon l'affection éruptive à laquelle on a affaire; de là la nécessité d'étudier, dans notre parallèle, chacune d'entre elles à part.

Voyons d'abord ce qui se passe dans la rougeole. Aussitôt après les accidents du début, que nous venons d'indiquer, on constate une inflammation de la muqueuse des voies aériennes supérieures (du coryza, de la pharyngite, de la laryngite), ainsi que de la conjonctivite.

La température monte de 37 degrés à 39 ou même 40 degrés, de sorte qu'il est impossible de dire les premiers jours si l'on aura affaire à une rougeole. En un mot, le début est insidieux; le deuxième jour même, aucun phénomène particulier ne vient éclairer la scène. Le troisième jour, la fièvre diminue le soir et l'état général s'améliore. Le quatrième jour enfin, l'éruption rubéolique apparaît et quelquefois, en même temps, la température s'élève à 40 degrés.

Si maintenant nous passons à la varioloïde et à la variole, nous constatons tout d'abord que la maladie est plus insidieuse. Le début est le même : brusque, subit; frisson intense, réaction fébrile très grande, 40 degrés de température, céphalalgie violente, vertiges, rachialgie, faiblesse générale, nausées, vomissements et agitation alternant avec une certaine prostration, de sorte que le diagnostic reste réservé jusqu'au troisième jour, où l'apparition de l'éruption vient trancher toutes difficultés.

Quant à la scarlatine, le début est également brusque; il est très violent, avec une élévation rapide de la température à 39°,5 au moins. La fièvre est excessive; il y a des nausées et des vomissements; quelquefois aussi, chez l'enfant, des convulsions. Puis la gorge se prend; il s'agit d'une angine spéciale, d'une inflammation s'étendant des piliers antérieurs au pharynx, caractérisée par une teinte rouge-vif, écarlate, avec un petit granité, un certain piqueté plus coloré encore. Quelquefois déjà les ganglions sont pris; quelquefois aussi on aperçoit sur la muqueuse des produits pultacés. Et si l'on était parfois hésitant entre la scarlatine et la diphthérie, la brutalité du début, la diffusion des phénomènes et la haute température permettraient, dans la majorité des cas, de trancher le diagnostic. Enfin, vingt-quatre ou trente-six heures après, au plus tard, l'éruption apparaît.

Voilà pour la première période. Si maintenant nous passons à la seconde, voici ce que nous observons :

Scarlatine : Nous trouvons à la base du cou, dans les aisselles, dans les plis de l'aine, sur le dos, les fesses et les mains, une coloration uniforme, framboisée, avec piqueté d'un rouge plus vif — je ne parle ici, bien entendu, que des petits enfants. — Puis, plus tard, le piqueté s'accuse, l'éruption se répand; quelquefois elle devient très confluente et s'accompagne de sudamina. Elle dure huit jours avec température élevée jusqu'au cinquième, sixième ou septième jour, selon les cas; après quoi, la fièvre diminue. C'est ainsi que les quatre premières journées sont très mauvaises, présentant parfois du délire, des phénomènes nerveux inquiétants. Puis les nuits deviennent meilleures; le neuvième jour, l'éruption s'amende. elle s'éteint et, le quinzième jour, la desquamation a lieu.

Rougeole : L'éruption se fait au quatrième jour; ce sont des marbrures irrégulières de la peau, laissant entre elles des espaces parfaitement sains. La rougeur n'est pas diffuse; mais elle est caractérisée par de petites taches formant par leur réunion des groupes irréguliers, un peu saillants. On a dit que l'éruption commençait par la face, gagnant ensuite successivement le tronc, le dos et les membres. C'est une erreur; car si l'on observe avec soin le processus morbide, dès la première heure, on voit l'éruption apparaître tout d'abord sur les parties latérales du cou et derrière les oreilles (petites taches rosées disséminées puis agglomérées entre elles). Sur la figure, ces marbrures sont quelquefois plus difficiles à reconnaître.

Il y a quelques années, étant en villégiature dans une station thermale de France, un de mes confrères vint me consulter pour un de ses enfants, enrhumé depuis trois jours, et chez lequel il songeait au début de la rougeole. Je me rendis auprès du malade et je constatai une éruption commençant par le cou. Je prononce aussi le mot rougeole, et l'avenir confirme notre diagnostic. Il en fut de même chez l'enfant d'un autre de mes confrères, où les faits se passèrent à peu près de la même façon.

L'éruption se développe donc, comme je viens de le dire, on constate une inflammation de la muqueuse aérienne, et, le cinquième ou le sixième jour, la fièvre cesse brusquement. Puis, lorsque les rougeurs ont pâli, que la fièvre a disparu, la peau est comme couverte de taches café au lait pâle, dues à un épaississement de l'épiderme, et qui persistent pendant un certain temps.

L'éruption de la variole régulière est caractérisée, après la période prodromique, par les phénomènes suivants : élévation considérable de la température, puis apparition, le troisième jour, d'une éruption sur la face, sur les mains, sur les jambes, ensuite sur le tronc. L'éruption est d'abord papuleuse, puis vésiculeuse, à vésicules d'aspect louche en trois jours, qui s'ombiliquent dans les six jours. En même temps, vers le cinquième ou le sixième jour, la température tombe brusquement de 40 à 38 degrés; une amélioration considérable se produit. Mais du septième au neuvième jour, il se manifeste une fièvre secondaire, fièvre de suppuration; la face se tuméfie, les mains sont gonflées; les vésicules passent nécessairement à l'état de vésico-pustules et de pustules. Pendant ce temps on constate tout un appareil symptomatique considérable, lequel dure jusqu'au quatorzième jour. L'état est des plus alarmants et peut se terminer par la mort.

Dans le cas contraire, vers le quinzième jour, la fièvre s'éteint et la dessiccation commence. J'ajoute qu'il n'est pas très rare d'observer chez certains malades une éruption sur les muqueuses buccale, pharyngée et même laryngée.

Voici pour la période éruptive dans les trois maladies : rougeole, scarlatine et variole. Étudions maintenant la période de dessiccation ou de desquamation.

C'est du huitième au dixième jour que cette période commence dans la rougeole. A cette époque, on constate une desquamation furfuracée sur la face, sur le cou, sur le tronc, et, en même temps, au-dessous des squames tombées, on voit apparaître sur la peau des taches grises, de couleur café au lait pâle remplaçant les rubéoles de la rougeole. C'est en ce moment aussi que les malades présentent tous

les phénomènes de la bronchite qu'on a appelée la bronchite morbilleuse ainsi que les accidents de l'adénopathie bronchique; de là, certains bruits de souffle au niveau de l'angle de l'omoplate. Cette bronchite, sorte d'éruption interne dure normalement de huit à dix jours.

Dans la scarlatine régulière, la desquamation commence ordinairement du neuvième au quinzième jour. Elle se fait par de larges lambeaux, qui se détachent des mains, des pieds, du cou, du pli de l'aine. Chez un certain nombre d'enfants, dans les cas de scarlatine régulière, moyenne, peu intense, la desquamation est souvent furfuracée, ressemblant un peu à celle de la rougeole, se faisant par petits lambeaux; mais ce qui distingue bien la scarlatine de la rougeole, c'est que dans la première les squames sont surtout prononcées aux mains, aux avant-bras, aux jambes, aux membres en un mot, et que cette desquamation est circonscrite comme une zone départementale.

En même temps, la fièvre tombe, non plus d'un trait le huitième jour, comme dans la rougeole, mais vers le douzième ou le quinzième jour, et peu à peu, progressivement, si bien qu'à cette époque l'économie n'est pas encore débarrassée de tous les principes malins de la scarlatine. En effet les fonctions sont encore troublées, la gorge est encore rouge, les urines sont albumineuses. L'état frissonnant et l'inappétence persistent, les nuits ne sont pas encore très bonnes, les malades ont de l'insomnie. Ce n'est guère que du quinzième au vingtième jour que l'appétit tend à revenir, que les malades commencent par suite à s'alimenter, de sorte que pendant une huitaine de jours, sinon même une quinzaine encore, les enfants restent souffreteux.

Quant à la variole, c'est vers le quinzième jour, comme je le disais tout à l'heure au commencement de cette seconde leçon sur le parallèle des fièvres éruptives, que la dessiccation commence à se faire, et ce n'est pas avant le vingt-cinquième jour que l'on voit tomber les croûtes des pustules varioliques, croûtes sous lesquelles on aperçoit une petite cicatrice. Puis peu à peu l'enfant revient à la santé.

Quelques mots maintenant sur la varioloïde. Cette affection a le même début et les mêmes prodromes que la variole, et quelquefois avec la même intensité que celle-ci. Comme elle aussi, l'éruption se produit; mais, dans les vingt-quatre ou les trente-six heures qui vont suivre, on voit la vésicule s'ombiliquer mal, la fièvre tomber mais se relever comme dans la variole proprement dite, et l'on observe quelquefois des poussées successives d'une éruption irrégulière sur le même point. Cependant, du quatrième au cinquième jour, tout est fini, et vers le huitième la dessiccation est accomplie, les croûtes tombent sans qu'il y ait eu aucune fièvre secondaire ou de suppuration, comme lorsqu'il s'agit de la variole. Dès le quatrième jour, on ne constate aucun trouble dans la santé générale, et, à partir du huitième ou du neuvième jour, les enfants peuvent s'alimenter. Enfin le plus généralement l'éruption de la varioloïde ne laisse aucune cicatrice.

J'ajouterai encore que la variole et la varioloïde chez les enfants présentent certaines particularités. C'est ainsi que, au-dessous de l'ombilic, on ne trouve aucune trace d'éruption, tandis que dans la varicelle l'éruption a son maximum d'intensité sur le tronc, aussi bien au-dessous de l'ombilic qu'au-dessus. De plus, si, chez l'enfant, les pustules de varioloïde s'ombiliquent mal ou ne s'ombiliquent pas du tout, comme je le disais tout à l'heure, il n'en est pas de même dans la varicelle, dont l'éruption, au contraire, a toutes les apparences de l'ombilication. Enfin, chez l'enfant, la dessiccation de la varioloïde a la même marche que celle de la variole proprement dite : sur les cuisses, sur les avant-bras, etc., les pustules se résorbent, disparaissent complètement, en tant que pus, soit que le liquide purulent, louche, redevienne opalin et se résorbe réellement, soit, au contraire, que la pustule se durcisse en bloc et prenne l'aspect corné ou éburné. Quelquefois enfin, elle se recouvre d'une croûte d'un gris sale, comme chez les adultes.

COQUELUCHE

TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION SUBLINGUALE.

Par M. le docteur L. Gay (de Dionu).

Le 18 août 1886, les nourrices m'apportèrent trois enfants appartenant à l'Assistance publique de la Seine : M... (Louis), né le 16 avril 1886; — H... (Jeanne-Mathilde), née le 16 février 1886; — P... (Victor), né le 15 janvier 1886.

Ces trois enfants étaient atteints de la coqueluche, qui règne à l'état épidémique dans la commune de Dionu.

Le premier des enfants, ainsi que le deuxième, présentaient *de la turgescence* vers l'ouverture des canaux des glandes sublinguales.

Le troisième était atteint d'une *ulcération très nette du frein de la langue.*

La nourrice de ce dernier me présenta également, pour être traité, le frère de lait de cet enfant, âgé de dix-huit mois, chez lequel je reconnus aussi l'ulcération spéciale, dernier terme des phénomènes inflammatoires qui se rencontrent vers le frein de la langue dans la coqueluche.

C'étaient donc, en tout, quatre enfants auxquels j'avais à donner mes soins.

Je pratiquai chez tous la cautérisation sublinguale, le même jour, 18.

Je fis également à tous la même opération le 19, puis le 22.

Le 24, la nourrice de Victor P... m'annonçait que les accès de toux avaient cessé chez son nourrisson ainsi que chez son fils.

Le 24, je pratiquai de nouveau la cautérisation chez M... (Louis) et chez H... (Jeanne).

Le 27, la nourrice de M... (Louis) me dit que les accès de toux avaient cessé chez son nourrisson.

L'état de la petite H... s'était également amélioré; elle toussait très peu, mais on entendait des râles ronflants du côté droit de la poitrine, sans même appliquer l'oreille contre les parois.

Je laissai les choses dans l'état, sans faire de nouvelles cautérisations et sans donner aucun médicament.

Le 28, à cinq heures du soir, les râles ronflants avaient cessé de se faire entendre, et je regardai la guérison de l'enfant H... comme assurée, tout en priant la nourrice de me l'apporter chaque jour jusqu'à nouvel ordre, afin de pouvoir surveiller cette enfant excessivement faible, maigre et mal alimentée.

Donc, quatre guérisons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 septembre 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend une lettre du préfet de la Somme, qui transmet à l'Académie le compte rendu des travaux des conseils d'hygiène et de salubrité du département pour l'année 1885.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Frantz Glénard (de Lyon), qui adresse un pli cacheté sur le *Traité de l'insomnie indolente sans narcotiques ou antispasmodiques;*

2° Une lettre de M. le docteur Hubert Boëns (de Charleroi), accompagnant l'envoi d'une conférence faite le 25 juillet dernier sur la vie universelle et la rage.

RAPPORTS

Remèdes secrets. — M. CAVENTON lit une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE

M. CHAUVEL lit une note sur un cas de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.

Depuis la communication faite à l'Académie par M. Polaillon, le 20 septembre 1881, sur une modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne, consistant dans la conservation de la malléole externe, qui donne au cou de pied une grande solidité et prévient la mobilité latérale de cet article, divers cas heureux de l'application de ce procédé ont été publiés. M. le docteur Chauvel vient en ajouter un nouveau (le sixième). Il s'agit d'un officier qui, dans une chute de cheval, s'était fait une fracture qui a nécessité la résection tibio-tarsienne. Il l'a pratiquée en se conformant au précepte de M. Polaillon, c'est-à-dire en conservant la malléole externe, et le résultat a été tel, que l'opéré, revu par lui en juillet dernier, vingt mois après la résection, a pu reprendre complètement son service militaire, et les fonctions s'exécutent de mieux en mieux. Ce fait démontre une fois de plus la grande valeur de la conservation de la malléole externe dans la résection du cou de pied. (Comm. : MM. Verneuil, Tillaux et Maurice Perrin.)

COMMUNICATIONS

Surmenage intellectuel dans les écoles. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, sur l'invitation de son collègue, M. Lagneau, vient compléter son intéressante communication sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles de garçons, par quelques renseignements que sa position de médecin de l'École normale supérieure des instituteurs de la Ville de Paris et du lycée Fénelon, lui a permis de recueillir sur les dangers non moins grands de ce surmenage et de cette sédentarité dans l'éducation des jeunes filles.

M. Dujardin-Beaumetz laisse de côté tout ce qui a trait à l'enseignement secondaire, cet enseignement n'ayant donné jusqu'à présent que les résultats les plus satisfaisants au point de vue de l'hygiène. D'ailleurs cet enseignement, des plus limités, puisque, jusqu'ici, il ne comprend qu'un seul lycée d'externes, est de beaucoup préférable aux cours de jeunes filles. Dans le lycée, en effet, les élèves se livrent, pendant les récréations, à des jeux actifs.

Mais, où le surmenage intellectuel a atteint son summum et a les plus graves conséquences, c'est dans l'enseignement primaire supérieur.

Le développement considérable qu'a pris l'enseignement primaire dans nos grandes villes, a porté un très grand nombre de jeunes filles à entreprendre cette carrière.

Le département de la Seine possède une École normale d'institutrices. Un concours des plus difficiles a lieu chaque année, et, sur 400 ou 500 candidates, 25 sont admises.

Une fois admises, ces élèves subissent successivement, à la fin de chaque année, les concours suivants : à la fin de la première année, pour le brevet élémentaire ; à la fin de la deuxième année, pour le brevet des Écoles maternelles ; à la fin de la troisième année, le brevet supérieur.

Pour obtenir un pareil résultat, on a dû multiplier les cours de telle sorte que les récréations se résument en tout à une heure et demie par jour.

Pour apprécier les conséquences de ce travail et de cette sédentarité, M. Dujardin-Beaumetz établit une distinction entre les élèves à leur entrée à l'école, pendant leur séjour et à leur sortie.

C'est surtout au moment de l'entrée et après les émotions et les fatigues du concours, que l'on observe les conséquences fâcheuses du surmenage.

Le plus grand nombre des jeunes filles qui se présentent à cette école appartiennent à des classes peu fortunées et placées le plus souvent dans de mauvaises conditions hygiéniques. Au défaut d'air et d'alimentation vient se joindre le surcroît de travail intellectuel qui prive la jeune fille d'une partie de ses nuits. On ne sera pas étonné de trouver chez un grand nombre d'entre elles de l'anémie, de la chlorose et une certaine excitabilité nerveuse. A ces troubles nerveux et anémiques, il faut joindre les déformations scolaires (déformation spéciale de la clavicule droite, plus saillante que l'autre, myopie scolaire, etc.)

C'est toujours dans la première année qu'il y a à l'école le plus grand nombre de malades. L'acclimatement s'y fait lentement et l'un de ses effets est la suppression des époques, des troubles nerveux multiples et de la chloroanémie.

A mesure que les élèves avancent dans leurs études, les conditions hygiéniques étant meilleures qu'elles n'étaient pour la plupart au domicile, les fonctions se régularisent et dans la troisième année, celle cependant où la somme de travail est la plus considérable, l'état de santé est en général très bon.

La conclusion qui paraît à M. Dujardin-Beaumetz résulter de ce qu'on observe dans cet établissement, c'est que, pour les jeunes filles des écoles primaires, les inconvénients du surmenage intellectuel sont d'autant plus accusés qu'il y a moins de régularité dans le travail, et c'est surtout lorsque les élèves sont chez elles et abandonnées à elles-mêmes qu'on voit survenir ces troubles nerveux multiples, conséquences des fatigues intellectuelles.

Au contraire, lorsqu'on peut régulariser en quelque sorte d'une façon mathématique la production de ces fatigues intellectuelles, on voit les inconvénients s'abaisser à leur minimum, et cela malgré la très faible quantité de temps consacré aux récréations.

Quoi qu'il en soit, M. Dujardin-Beaumetz pense qu'il serait sage de réduire un peu le programme de cet enseignement qui devient de plus en plus touffu et difficile. Je sais, ajoute-t-il, que la concurrence exige des examens de plus en plus difficiles, mais je crains que pour un grand nombre de jeunes filles les excès de travaux n'aient pour la suite les plus sérieux inconvénients, et nous plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, nous devons appeler l'attention des pouvoirs compétents sur les dangers qu'il y a à fatiguer ainsi outre mesure le cerveau de ces jeunes filles.

M. LAGNEAU remercie M. Dujardin-Beaumetz des renseignements intéressants qu'il vient de donner sur le surmenage des jeunes filles des écoles. Il en a parfaitement décrit les principaux symptômes, les déviations, l'aménorrhée, l'excitation nerveuse. Le surmenage, comme l'indique très justement notre collègue, est plus grand encore chez les jeunes filles que chez les garçons. M. de Candolle, le comte de Schafterburg et tout récemment le docteur Withers Moore ont insisté sur cette plus grande nocuité de la surcharge intellectuelle chez les jeunes filles. C'est ainsi, par exemple, qu'il a été constaté que les jeunes institutrices fournissaient une plus grande proportion aux asiles d'aliénés.

Plusieurs objections ont été faites aux faits que j'ai exposés dans ma première communication sur ce sujet. On a dit que ce que j'avais attribué au surmenage était attribuable à l'habitation. Tout en reconnaissant la nocuité de l'habitat, on ne peut contester qu'elle s'est admirablement accrue par l'immobilité à laquelle sont astreints les élèves pendant de longues heures. D'autres ont mis les inconvénients signalés sur le compte des pratiques vicieuses des enfants. On en a beaucoup exagéré les effets ; dans tous les cas, ils seraient considérablement favorisés par l'immobilité.

La résistance des universitaires aux réformes proposées a plusieurs causes. La plupart des professeurs attribuent une importance prépondérante à l'objet spécial de leur enseignement, et ils tendent à en étendre de plus en plus les programmes. Au lieu de ces examens encyclopédiques, placés à la fin des études et qui exigent un travail si excessif, pourquoi ne substituerait-on pas des examens partiels plus fréquents ?

Une autre difficulté résulte de ce que la plupart des grandes Écoles spéciales, telles que l'École polytechnique, l'École de Saint-

Cyr, les Écoles navales, l'École centrale sont placées en dehors de l'Université et obéissent à des règlements édictés par différents ministres et dans lesquels les nécessités hygiéniques sont complètement négligées.

M. Lagneau termine en faisant appel à ceux de ses collègues qui, par leur clientèle ou par leurs positions officielles, sont à même d'éclairer à cet égard les pouvoirs publics.

M. ROCHARD. Il y a des modifications importantes à introduire dans l'éducation, cela n'est pas douteux. Les classes sont trop longues, les récréations trop courtes, les programmes des études d'une exigence insensée. Tout notre système d'éducation repose sur une routine qu'il sera bien difficile de voir disparaître. Il serait à désirer qu'on pût appliquer aux enfants de nos écoles le système d'éducation de nos pupilles de la marine, auxquels on impose les exercices du corps au moins aussi longs que les exercices intellectuels, et qui ont tous une santé florissante. Un jour que j'en faisais l'observation au ministre de l'instruction publique, il me répondit que la réforme était des plus difficiles à faire, que ce n'était pas les institutions qu'il faudrait modifier, mais la routine des instituteurs.

M. Rochard insiste surtout sur ce point qu'il y aurait avantage à tous les points de vue à laisser plus de liberté aux enfants dans les exercices du corps comme dans les exercices intellectuels, et à retarder la limite d'âge d'admission dans les Écoles de l'État, où les jeunes gens entreraient moins surmenés et mieux disposés à des études sérieuses.

M. LARREY ne croit pas que cette discussion, si intéressante qu'elle soit, ait grande chance de provoquer les réformes que l'on désire. Il pense qu'on n'arriverait à une solution sûre qu'en portant la question à un de ces Congrès nationaux où se trouvent réunies toutes les compétences nécessaires (administrateurs, pédagogues, hygiénistes).

La séance est levée à trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 septembre 1886, M. le docteur Vidal a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret en date du 13 septembre 1886, M. le docteur Jouenne a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le mercredi 3 novembre prochain pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, est définitivement constitué. Il se compose de MM. les docteurs Balzer, Landrieux, Mercklen, Brun, Terrier, Tarnier et Le Dentu.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20023

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sarcomatose cutanée.

Étant acquis par les recherches histologiques les plus récentes que le nom de sarcome doit être réservé aux tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir du tissu adulte, ayant son point de départ dans le tissu conjonctif et susceptible de se développer même primitivement dans tous les organes, il y avait un intérêt particulier à étudier les tumeurs sarcomateuses de la peau ; d'autant qu'il n'en a été publié jusqu'à présent que de rares exemples, qui ne laissent pas que de présenter encore dans leur histoire plus d'un point obscur et plus d'une difficulté.

M. le docteur Léon Perrin a été à même d'en observer deux cas dans le service de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, et a pris l'occasion, en rapprochant ces deux faits de ceux qui ont été décrits récemment par Kaposi, à Vienne, et par MM. Vidal et Brocq, à Paris, d'esquisser une monographie de cette affection, avec les conseils et sous la direction de son maître, M. Besnier.

Nous allons exposer sous les yeux de nos lecteurs un résumé analytique de cet intéressant travail.

M. L. Perrin établit une première division entre les sarcomes mélaniques et les sarcomes non mélaniques : les premiers constituent un groupe parfaitement distinct ; les seconds primitifs, idiopathiques ou secondaires métastatiques.

Voici la division des sarcomes de la peau que propose M. le docteur L. Perrin pour les observations connues jusqu'ici.

a. Sarcomes non mélaniques, généralisés primitifs, comprenant quatre types : le type dit Kaposi ; le type hypodermique globo-cellulaire simple ; les cas intermédiaires ou hybrides et le type à forme pseudo-mycosique.

Sarcomes généralisés, secondaires soit à une tumeur localisée cutanée, soit à une tumeur viscérale.

b. Sarcomes mélaniques : primitifs et secondaires.

Il ne sera question ici, afin de simplifier la question, que du sarcome non mélanique généralisé primitif. Voici son histoire clinique.

Le début de la sarcomatose cutanée généralisée idiopathique a lieu, par ordre de fréquence : 1° par les extrémités (type Kaposi, Vidal, etc.) ; 2° par une tumeur isolée suivie, au bout d'un temps variable, de l'éruption sur les membres ; 3° par des productions morbides plus ou moins nombreuses, mais apparaissant surtout sur le tronc, sur la face ou la partie supérieure des membres sans localisation systématique.

Quand l'affection débute par les extrémités, c'est plutôt du côté de la flexion que de l'extension qu'elle se manifeste d'abord ; il survient du gonflement, une sorte d'œdème dur, accompagné de sensation de picotement, de prurit et de tension parfois très pénible des téguments. Au niveau des parties tuméfiées apparaissent des taches brunâtres et des nodosités. L'affection se présente alors sous la forme de petits noyaux infiltrés dans le derme, isolés, de dimensions variables, depuis celle d'un grain de mil jusqu'à celle d'un pois ou tout au plus d'une noisette, rarement jusqu'à celle d'une noix, de coloration bleue ou brun rougeâtre, de consistance assez dure. Dans d'autres cas ce sont tout d'abord des taches diffuses, pigmentées, cyanotiques, hyperémiées, se transformant aussitôt en des infiltrations de consistance dure, lisses d'abord, puis constituant plus tard des plaques saillantes mamelonnées.

Ce début n'est habituellement marqué par aucun symptôme général.

A la période d'état (période néoplasique de De Amicis) voici les principaux caractères que présentent ces tumeurs. Leur nombre est très variable (de 30 à 40 minimum jusqu'à 1 millier et plus). Elles peuvent siéger sur toutes les parties du corps, aussi bien à la face et sur le tronc que sur les membres et sur les organes génitaux, même sur les muqueuses (muqueuse du gland, dans la cavité buccale, sur les piliers, la luette, le voile du palais, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx).

Leur forme est arrondie ou ovoïde, allongée ou aplatie, nummulaire ou discoïde ; elles sont habituellement sessiles, quelquefois elles se pédiculisent.

Lorsque les tumeurs commencent à paraître, elles ont une teinte rouge sombre, puis une teinte violacée, quelques-unes deviennent brunâtres ; leur coloration varie suivant leur volume et suivant leurs rapports avec la peau. Sont-elles intra-dermiques, elles sont assez fortement colorées ; celles qui siègent sous le derme, au contraire, ne

produisent pas de changements à la coloration de la peau. La pression du doigt sur celles qui sont colorées ne fait point disparaître la coloration.

Les tumeurs sarcomateuses peuvent être isolées ou réunies en groupe. Agglomérées, elles forment des plaques plus ou moins volumineuses, bosselées, mamelonnées.

La couche épidermique qui les recouvre varie d'aspect, suivant qu'elles sont hypodermiques ou intra-dermiques. Dans ce dernier cas, on voit se former souvent sur les tubercules des lames épidermiques qui s'exfolient facilement, et sur certaines de ces élevures se produisent des éléments cornés, stratifiés qui les font ressembler à une grosse verrue.

Une fois développée, la néoplasie ne cause aucune douleur spontanée, sauf quelques démangeaisons et un peu de sensibilité à la pression.

Les tumeurs considérées en elles-mêmes présentent, dans leur évolution, les principales modifications suivantes : Elles peuvent rester stationnaires, ce qui est rare; elles peuvent s'affaisser, se décoller et disparaître, laissant à leur place une peau profondément modifiée, couleur de poix, ou une simple tache d'un jaune gris sale; elles peuvent se multiplier par apparition de tumeurs nouvelles, récidiver sur place quand on les a enlevées; elles peuvent, enfin, se pédiculiser et s'ulcérer.

Le meilleur traitement de cette affection paraît, jusqu'à présent, être l'injection hypodermique de liqueur de Fowler. On fait tous les jours une injection de quatre gouttes de liqueur de Fowler étendues dans une égale quantité d'eau. La dose est graduellement élevée à six, puis à neuf gouttes. C'est la méthode à laquelle a eu recours Köbner (de Berlin), à qui M. Léon Perrin a emprunté les détails suivants : Köbner a fait, pendant trois mois, 51 injections (de quatre gouttes) représentant 8 grammes de liqueur de Fowler. Après cette première période, la dose fut progressivement augmentée; elle fut portée à six, puis à sept et demie et, enfin, à neuf gouttes. Sous l'influence de cette médication, il est survenu une diminution notable de tous les noyaux cutanés; les ganglions lymphatiques, qui au début étaient hypertrophiés, avaient également diminué de volume. Arrivé à ce résultat, les injections furent suspendues pendant quelques semaines, puis reprises et continuées pendant deux mois encore, mais avec de fréquentes interruptions. Pendant ces deux mois il fut injecté 9 grammes de la solution, de sorte qu'en totalité il en avait été employé plus de 20 grammes 75, c'est-à-dire 28 centigrammes d'acide arsénieux pur.

Sous cette influence, les dernières traces de dureté disparurent autour des cicatrices qui prirent une couleur bleuâtre.

Dans les deux observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis, cette médication n'a pu être suivie. Ordonnée dans un cas par M. Besnier, elle a été absolument repoussée par le malade. Dans le deuxième cas, on ne put administrer que 5 ou 6 injections, le malade étant sorti de l'hôpital sans attendre le résultat du traitement. M. L. Perrin a essayé depuis, avec M. Merklen, ce même mode de traitement chez une jeune femme atteinte de lympho-sarcome des ganglions sus et sous-claviculaires et axillaires. Les injections faites tous les jours dans la masse néoplasique, amenèrent une notable diminution de la tumeur au bout d'un mois. Mais la malade ayant quitté l'hôpital, présentait encore, quand elle y rentra plus tard, des ganglions hypertrophiés au cou et aux aisselles, et des phénomènes d'adénopathie trachéo-bronchique, révélant une extension de la maladie.

« S'il nous fallait tirer une conclusion de cette étude sur le traitement, dit M. L. Perrin, nous dirions qu'on ne peut affirmer que l'arsenic a une action spécifique sur la sarcomatose cutanée généralisée primitive, mais qu'il semble agir surtout comme tonique reconstituant. »

Traitement de la névralgie du trijumeau par les pulvérisations de méthyle.

Dans la névralgie du trijumeau, il est une indication urgente, le soulagement immédiat de la douleur. — Nul agent ne paraît mieux approprié à ce but que le chlorure de méthyle en pulvérisations réfrigérantes.

Telles sont les deux propositions dont le développement a fait le sujet de la thèse inaugurale de M. le docteur Peyrounet de Lafonvielle, médecin de la marine.

La première proposition s'impose d'elle-même; elle n'a pas besoin de démonstration. Les cruelles douleurs auxquelles sont en proie les prosopalgiques parlent assez haut d'elles-mêmes, pour que l'on doive s'intéresser à toute tentative nouvelle qui a pour objet et qui peut avoir pour résultat de les faire cesser ou tout au moins de les atténuer.

Tous les moyens que la thérapeutique a eu à opposer jusqu'à présent au tic douloureux, à part ceux qui s'adressent à la cause organique ou spécifique, quand on peut parvenir à la découvrir, se résument dans la médication révulsive. Parmi les nombreux agents de cette médication, combien en peut-on citer qui aient donné des résultats surs et constants? Le chlorure de méthyle en pulvérisations donnerait-il des résultats plus satisfaisants? ceux qu'il a donnés déjà sont-ils de nature à justifier les espérances qu'on en a conçues? — C'est ce que nous allons demander à l'analyse du travail de M. le docteur Peyrounet de Lafonvielle.

Il n'y a pas assez longtemps que le chlorure de méthyle est passé du domaine du laboratoire dans celui de la thérapeutique, pour que l'on puisse invoquer en sa faveur un très grand nombre d'observations. On connaît cependant déjà les premières applications thérapeutiques qui en ont été faites par M. Debove comme procédé de révulsion par réfrigération étendue à tout un membre atteint de sciatique. Aujourd'hui, le nombre de cas de guérisons de sciatiques par les pulvérisations de chlorure de méthyle s'élève à un chiffre assez respectable. Enfin, en juillet et août 1885, M. Abadie faisait connaître, dans les *Annales d'oculistique*, les avantages qu'il avait obtenus des pulvérisations de cet agent dans le traitement des phénomènes nerveux périphériques qui accompagnent fréquemment l'asthénopie nerveuse, et notamment dans les névralgies du trijumeau.

Des observations que rapporte M. Peyrounet de Lafonvielle et dont quelques-unes ont été recueillies à la Clinique de son maître, M. Abadie, il ressort que, dans tous les cas, même les plus invétérés, les pulvérisations de chlorure de méthyle ont amené un soulagement immédiat de la douleur. Celle-ci a cédé souvent à une première application, et toujours après un certain nombre. Il a vu la névralgie du trijumeau guérir toujours et rapidement quand elle était aiguë et *à frigore*, et aussi lorsqu'elle était de date ancienne. Même lorsqu'elle est subordonnée à une cause générale ou centrale, dit-il, la disparition de la douleur est amenée par la méthode, avec plus ou moins de rapidité et pour un temps de longue durée.

Nous rapporterons, comme specimen, l'une des observations que M. de Lafonvielle a recueillies lui-même.

Une demoiselle X..., cuisinière, ayant toujours joui d'une bonne santé, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires, s'étant refroidie, dit-elle, à la sortie d'un théâtre, ressentit le lendemain matin des douleurs le long de la branche droite de la mâchoire inférieure et dans la région articulaire du même côté. Sourdes d'abord, mais s'exaspérant ensuite à intervalles réguliers, ces douleurs augmentaient le soir par la chaleur du lit, et empêchaient tout repos. Leur intensité s'accrut encore les jours suivants, et, tout en conservant les mêmes caractères de continuité avec paroxysme, elles se firent, en outre, sentir dans la région du maxillaire supérieur du même côté. On rencontrait des points douloureux sous-orbitaire, préauriculaire et mentonnier, indiquant que les deux branches inférieures du trijumeau se trouvaient atteintes.

Pendant les crises, les douleurs s'irradiaient parfois le long du cou et jusque dans l'épaule droite, ainsi qu'à la partie postérieure et supérieure de la tête. Il y avait aussi des douleurs le long des gencives de la mâchoire supérieure. La mastication était très pénible, sinon impossible. En même temps, il se produisait une injection de la peau de la face et il y avait hypersécrétion salivaire. La branche ophthalmique paraît être restée indemne.

Ni le laudanum ni la morphine essayés en applications locales, ni la quinine à l'intérieur, n'apportèrent aucun soulagement.

La malade, adressée à M. Abadie, fut soumise immédiatement à une pulvérisation légère et rapide de chlorure de méthyle sur toute la région douloureuse. Elle éprouva la sensation ordinaire du froid, due à la vaporisation du chlorure, et qui coïncida avec la disparition de la douleur, à laquelle succéda un simple engourdissement.

Deux jours après, revenue à la consultation, la malade déclara avoir pu se livrer à son travail ordinaire et avoir reposé la nuit. Elle n'éprouvait plus qu'un léger endolorissement à la région maxillaire droite supérieure. Une nouvelle pulvérisation fut pratiquée à ce niveau, et d'une durée de quelques secondes seulement.

Trois jours après, la malade revient, enchantée du soulagement que lui a procuré le chlorure de méthyle. Le sommeil est tout à fait revenu. Elle accuse cependant de nouveau quelques douleurs à la région maxillaire supérieure, dont la réapparition a été déterminée par un nouveau refroidissement.

On pratique une nouvelle pulvérisation.

La malade, revue une vingtaine de jours après, par M. de Lafonvielle, lui déclare que, lors de la dernière pulvérisation, ses douleurs ont disparu pour ne plus revenir. Il lui restait de cette dernière application un certain degré de gonflement et de tension des parties pulvérisées, qui fut remplacé plus tard par une forte pigmentation, laquelle disparut à son tour au bout de quelques jours. Depuis lors elle est restée complètement guérie et il ne lui reste plus aucune trace des pulvérisations pratiquées.

Les procédés d'application de cette méthode ne laissent pas que de présenter quelques difficultés et quelques embarras. La basse température à laquelle le chlorure de méthyle passe à l'état gazeux et la forte pression nécessaire pour le maintenir liquide à la température ordinaire, constitue la principale difficulté. Dans les premières applications, on s'est servi de siphons en verre, analogues aux siphons d'eau de Seltz, munis d'un ajustage permettant d'obtenir un jet fin. Mais quelques explosions s'étant produites, les siphons furent abandonnés et remplacés par des récipients en métal, d'une capacité d'un litre environ, fermés à la partie supérieure de leur goulot par un pas de vis muni d'un écrou, etc. Ces appareils sont aujourd'hui chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie ainsi que dans les maisons de produits chimiques et pharmaceutiques.

La nécessité de cet appareil, le prix élevé du chlorure de méthyle, ainsi que la délicatesse de mouvement et la surveillance active que nécessite la projection du liquide réfrigérant sur les régions douloureuses, sont autant de circonstances qui rendent l'emploi de ce moyen assez délicat, et qui s'opposeront peut-être pendant quelque temps à une prompte vulgarisation. Mais, en présence d'une affection aussi impérieuse et d'un but aussi désirable à atteindre, vu surtout les trop rares succès des autres méthodes, les praticiens ne devront pas reculer devant ces quelques difficultés.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Calculs du rein, abcès urineux, trajet fistuleux, néphrectomie.

La malade, dont je vais faire passer sous vos yeux la pièce anatomo-pathologique provenant de l'opération que nous avons pratiquée hier, est une jeune fille de vingt-deux ans.

Le début de l'affection dont elle était atteinte remonte à l'été de l'année dernière. Il s'agissait d'une collection purulente profonde située dans le flanc gauche, disait-on, et qui fut traitée, en ville, par les moyens ordinaires.

Entrée à l'hôpital, on crut à l'existence d'un foyer périnéphrétique, et on donna, par une incision, issue au pus. Une amélioration notable suivit l'opération, mais la plaie ne parvint pas à se cicatriser, et, phénomène assez bizarre, on vit se faire alors, tous les six, huit, dix ou douze jours, un écoulement plus abondant d'un liquide présentant les caractères de l'urine.

Consulté à mon tour, il y a trois mois environ, je constatai dans le flanc gauche la persistance d'un trajet fistuleux suppurant, trajet dans lequel on avait laissé en permanence un drain, pour faciliter l'écoulement du liquide semi-purulent (je ne trouvai aucune tumeur dans le ventre), et qui, tous les huit ou dix jours, donnait issue tout à coup à l'écoulement beaucoup plus considérable d'un liquide urineux assez pauvre en urée. Après avoir mis notre malade en observation pendant un certain temps, nous émîmes le diagnostic de : « Abcès urineux en communication étroite avec le bassinet ou l'uretère, et compliqué d'atrophie du rein gauche. » D'où la seule thérapeutique possible : une opération, la néphrectomie.

Malheureusement, nous n'avons pas, dans l'hôpital de la Charité, un seul endroit convenable pour soigner de semblables malades, de sorte que nous nous adressâmes à M. le docteur Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, qui voulut bien la prendre dans son service. Cette femme y resta un certain temps, pendant lequel mon collègue des hôpitaux constata les mêmes accidents dont nous avons parlé tout à l'heure, c'est-à-dire un écoulement intermittent. Il put s'assurer aussi que le trajet fistuleux s'étendait beaucoup plus loin que le point où le drain s'arrêtait, et introduisit aussi-

tôt un tube beaucoup plus long, de façon à pénétrer jusque dans le foyer. Il parvint ainsi à faire cesser toute intermittence et à obtenir par son drain un écoulement régulier.

A partir de ce moment, notre jeune malade, qui était fortement amaigrie, émaciée, et se trouvait dans un assez mauvais état de santé, reprit peu à peu forces et vie, et nous la trouvions hier redevenue rose et grassouillette. Néanmoins, vu la persistance du trajet fistuleux, trajet ne mesurant pas moins de 16 centimètres ($0^m,16$) de longueur, irrégulier, incurable spontanément, s'ouvrant à l'extérieur par un orifice situé sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen, à 4 ou 5 centimètres de la crête iliaque, une opération chirurgicale se trouvait indiquée. La malade étant dans de bonnes conditions de santé générale, nous avons pratiqué hier même la néphrectomie.

L'opération fut assez difficile; après avoir incisé les tissus parallèlement au trajet fistuleux et à l'ancienne incision de la collection purulente primitive, nous allâmes à la recherche de l'organe rénal atrophié, pour l'énucléer dans sa partie supérieure et profonde. Au bout d'un certain nombre de minutes, nous tenions le rein tout entier. Malheureusement il était si friable que la ligature que nous avions placée coupa complètement le bassinet et la masse des vaisseaux du rein. Nous n'eûmes cependant aucune hémorrhagie, le rein étant exsangue. Il n'y eut qu'un simple suintement de sang sans importance, que nous sommes parvenu facilement à arrêter à l'aide de trois ou quatre pinces à forcipressure, de sorte que j'ai tout lieu d'espérer que cet accident fortuit n'aura aucun effet fâcheux pour la malade.

Après une toilette complète faite avec le plus grand soin, nous avons placé un très gros drain dans la plaie, et nous avons terminé notre pansement antiseptique.

Ce matin, il y a quelques instants, j'ai reçu de M. Terrier un télégramme me disant qu'aucune hémorrhagie ne s'était produite depuis l'opération ni dans la journée d'hier, ni cette nuit, ni ce matin, que la température n'avait pas dépassé 38°,6 et que tout allait bien; que la malade enfin se trouvait dans de bonnes conditions.

J'espère donc bien en une guérison, si toutefois, je le répète, aucune hémorrhagie, aucun écoulement de sang ne se produit d'ici à deux ou trois jours.

Deux mots, maintenant, sur la pièce anatomo-pathologique résultant de l'opération d'hier : Le rein gauche est très anémié dans sa partie corticale, tandis que les calices et le bassinet sont rouges et enflammés. L'organe rénal est atrophié, et, de plus, nous trouvons dans les calices du rein une série de calculs urinaires, — au nombre de quinze à vingt, plus ou moins gros, depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'un pois.

Aussi je répète que, dans ces conditions, l'opération que nous avons pratiquée était d'autant plus commandée, et que l'indication formelle nous en est encore donnée par la lithiase urinaire, en outre des phénomènes que nous avons décrits en commençant cette leçon.

En résumé, les accidents primitifs remontant à l'été dernier ont été ceux d'un abcès urineux, et la friabilité du bassinet, que nous avons sous les yeux, est telle que celui-ci a bien pu se laisser perforer par quelque petit calcul; de là, selon toute probabilité, les phénomènes morbides observés jusqu'au jour de l'opération.

DE L'EMBRYOTOMIE

DANS LES PRÉSENTATIONS DU TRONC

Par M. Courbon

Professeur à l'École de médecine de Tours, chirurgien en chef de l'hôpital.

I

Les occasions de pratiquer l'embryotomie proprement dite, c'est-à-dire la section du tronc avec ou sans éviscération, sont loin d'être communes. D'abord, cette opération obstétricale n'est guère applicable qu'aux présentations du tronc. Or, dans ces présentations qui, comme on le sait, sont rares, il est facile habituellement, par la version, de terminer l'accouchement en sauvant l'enfant.

Mais, si à la ville, on peut presque toujours intervenir en temps utile, il n'en est pas de même à la campagne. Ici, en effet, il faut compter avec l'ignorance des sages-femmes, qui méconnaissent la présentation, le retard qu'elles mettent à mander le médecin, et surtout les rétractions tétaniques de l'utérus, qu'elles déterminent par l'administration intempestive de doses répétées de seigle ergoté et qui rendent impossible toute tentative même de version.

D'ailleurs, à la ville même, n'est-il pas des cas où la rupture prématurée de la poche des eaux et la lenteur de la dilatation du col, par exemple, empêchent l'accoucheur, même le plus habile, d'intervenir en temps opportun?

Dans ces circonstances où la version n'est pas praticable, quoique le bassin soit normalement conformé, force est bien d'avoir recours à l'embryotomie.

Ce mot éveille généralement dans l'esprit l'idée d'une opération très grave pour la mère, et que l'on tente comme ressource extrême. Mais il y a là évidemment beaucoup d'exagération. L'embryotomie pratiquée sans hésitation ni retard et avec ménagements, aussitôt que l'indication en est formelle, est une opération facile, sans gravité pour la mère, comme le prouvent les trois observations que nous allons relater.

Ces trois observations démontrent que la section circulaire de la moitié ou un peu plus du tronc, faite de manière à comprendre la colonne vertébrale et les parties molles qui en sont voisines, le reste formant une sorte de pont qu'on utilise comme moyen de traction, a permis de terminer l'accouchement par l'évolution du fœtus avec une grande facilité, et, dans un cas surtout, avec une merveilleuse rapidité.

Observation I. — Présentation de l'épaule droite en céphalo-iliaque droite. Évolution forcée du fœtus après section du rachis et des parties molles seulement les plus voisines. Prompt rétablissement de la mère.

Mme R..., âgée de vingt-sept ans, bien conformée, habite un village situé à 22 kilomètres de Tours.

Quatre ans auparavant, elle a eu une première couche tout à fait régulière et qui s'est faite rapidement.

Cette fois-ci, le travail marche avec lenteur. La sage-femme ne reconnaît la présentation du tronc qu'un certain temps après la rupture de la poche des eaux, un jour plein après le début du travail, vers onze heures du matin, alors qu'une main apparaît à la vulve.

Effrayée, elle envoie aussitôt chercher le docteur A..., demeurant à 8 kilomètres de la localité. Cet habile praticien, après avoir fait avec précaution plusieurs tentatives infructueuses de version, engage la famille à me faire venir.

A mon arrivée, qui ne peut avoir lieu que vers neuf heures du soir, je vois une femme en grande agitation, et qui me supplie de la délivrer au plus vite.

Les contractions utérines sont très fortes et se succèdent rapidement, mais sans aucun résultat.

L'enfant a cessé de vivre.

La femme est mise en travers du lit, le siège tout à fait sur le bord et relevé, les jambes maintenues par le confrère et la sage-femme. Un lacs est appliqué sur le bras pendant. La main que l'on voit à la vulve, a le pouce dirigé du côté du pubis et son dos tourné à droite. C'est donc l'épaule droite qui se présente en C I D.

Ma main gauche, introduite dans le vagin, ayant constaté, en essayant en vain de pénétrer dans l'utérus, l'inutilité de toute tentative nouvelle de version, est ramenée un peu en bas pour se porter au-dessous et en arrière du fœtus. Cette main sert à guider un long et fort bistouri dont la pointe, coiffée d'une boulette de cire, attaque à petits coups la région du tronc qui se présente. Les parties molles sont divisées assez facilement; mais, au niveau de la colonne vertébrale, éprouvant de la difficulté à manœuvrer le bistouri, je le remplace par des ciseaux, que je suis obligé d'abandonner bientôt, à cause de leur peu de longueur, pour revenir au bistouri, à l'aide duquel s'achève avec peine la division de la colonne vertébrale.

La section du rachis produit aussitôt un engagement plus prononcé du tronc, ce qui me permet d'accrocher avec l'index et le médius de ma main gauche la gouttière qu'il forme par le rapprochement des deux extrémités fœtales, et je tente des tractions. Comme elles ne sont suivies d'aucun résultat, je conduis dans la duplicature du tronc un mouchoir fin plié en cravate, et, tirant avec force sur ses deux chefs dans le sens des pieds du fœtus, je détermine l'expulsion de son extrémité pelvienne, que suit immédiatement le corps tout entier, dont le volume est celui d'un gros enfant à terme.

Un mois après, Mme R... venait à Tours me remercier. Elle m'apprit que les suites de sa couche avaient été bonnes. Toutefois elle avait ressenti, pendant près de trois semaines, une certaine douleur dans toute la jambe gauche.

Obs. II. — Présentation de l'épaule droite en céphalo-iliaque gauche. Évolution du fœtus très facile après section circulaire de la moitié du tronc, comprenant le rachis et les parties molles voisines. Prompt rétablissement de la mère.

Je ne m'étendrai pas sur cette observation, qui a la plus grande analogie avec la précédente. Je n'en indiquerai brièvement que les principaux traits.

Femme de vingt-trois ans, primipare, bien conformée, à terme, habitant à 16 kilomètres de Tours.

Du seigle ergoté fut administré avant mon arrivée, qui n'eut lieu que onze heures après la constatation de la présentation; plusieurs tentatives infructueuses de version avaient été faites.

Cette fois, muni de longs et forts ciseaux, à lames courtes et mousses à leurs extrémités, j'ai divisé avec aisance et rapidité la colonne vertébrale du fœtus et les parties molles situées au-dessus et au-dessous. Cette section, qui comprenait un peu plus de la moitié du tronc, amena de meilleurs résultats que dans le cas précédent; le dégorgement, par suite de l'écoulement de sang, de la région engagée, fut plus considérable et son abaissement beaucoup plus prononcé. Aussi ai-je pu facilement passer l'indicateur et le médius de ma main gauche, courbés en crochet, sur la portion laissée intacte, et, en tirant à peine sur elle, déterminer rapidement par évolution l'expulsion de l'enfant.

Malgré la longueur du travail et mon intervention tardive, la femme se rétablit promptement.

— La troisième observation, à cause de l'intérêt qu'elle présente, mérite d'être relatée en entier.

Obs. III. — Présentation de l'épaule gauche en céphalo-iliaque droite. Rupture prématurée de la poche des eaux. Procidence du cordon. Section du rachis et d'un peu plus de la moitié du tronc. Très prompt rétablissement de la mère.

Le cas qui fait le sujet de cette observation remonte au mois de juin 1883. Le 14, au soir, de ce mois, une de mes clientes, Mme G... (de Tours), me mandait, inquiète d'un peu d'urine qu'elle perdait, disait-elle, depuis le 12 au matin. N'éprouvant que des douleurs insignifiantes, elle était loin de rapporter cet accident à son accouchement, qui ne devait se faire, d'après les calculs habituels, que dans une quinzaine de jours.

L'ayant questionnée avec soin, je finis par apprendre que, le 12 au matin, époque du début de la prétendue incontinence d'urine, elle avait fait un effort en prenant des draps sur la tablette la plus élevée d'une armoire, et qu'à la suite de cet effort, il se produisit dans le bas-ventre une sensation qu'elle ne peut définir et à laquelle elle n'avait attaché aucune importance.

Pratiquant le toucher, je rencontrai dans le canal vaginal un corps mou que je ne tardai pas à reconnaître pour une anse du cordon, dans l'intérieur de laquelle il était facile de promener le doigt, et qui était tellement serrée, au niveau de son pédicule, par le col à peine entr'ouvert, que l'on se demandait comment elle avait pu passer par une si étroite ouverture. Évidemment, au moment de l'effort dont nous avons parlé, la poche des eaux s'était brusquement rompue, en même temps que se produisait la procidence du cordon, et celui-ci, dans lequel la circulation du sang se trouvait gênée, s'était gonflé et en quelque sorte étranglé sur l'orifice utérin à peine ouvert, dur et rigide. Aussi, œdématié et froid, il n'était le siège d'aucun battement.

Le doigt, enfoncé dans le vagin aussi profondément que possible, n'ayant pu atteindre aucune partie fœtale, je soupçonnai une présentation du tronc. Ce soupçon ne put être corroboré ni par la palpation du ventre, dont je trouvai les données ici incertaines, ni par l'auscultation, les bruits du cœur de l'enfant ayant cessé.

N'ayant rien à faire pour le moment, je me retirai, et, en quittant la mère de la jeune femme, que j'avais prise à part, je lui appris qu'une complication avait amené la mort de l'enfant, et que, bien que ce dernier se présentât mal, il ne fallait pas avoir d'inquiétude pour la mère. Cependant, pour mettre complètement ma responsabilité à l'abri, je lui proposai une consultation avec un confrère, qu'elle refusa, plaçant en moi toute sa confiance.

Le lendemain matin, je n'avais entendu parler de rien. Je ne m'en rendis pas moins, vers neuf heures, chez Mme G...; elle n'avait eu la nuit que des douleurs faibles et éloignées. Le toucher me permit de constater que le col était dilaté dans l'étendue environ d'une pièce de 2 francs et que la longueur de l'anse prolabée du cordon était plus considérable. En outre, mon doigt, introduit dans le col, put atteindre une petite saillie dans laquelle je reconnus un coude.

Le travail paraissant marcher très lentement, je pus encore m'éloigner. Mais, à onze heures, on me faisait dire que les douleurs, qui avaient pris de l'accroissement aussitôt après mon départ, étaient devenues fortes et rapprochées.

Quelques instants après, je constatais que le col était aux trois quarts dilaté et que c'était l'épaule gauche qui se présentait en C I D.

La sage-femme, que j'avais fait prévenir, étant arrivée, je m'absentai, en promettant de ne pas tarder à revenir. Il n'y avait, en effet, qu'à attendre encore, puisque la dilatation du col n'était pas complète, et, d'ailleurs, l'accouchement ne pouvait-il pas se terminer tout naturellement par l'évolution spontanée du fœtus?

Vers une heure j'étais de retour, avec les instruments nécessaires en cas de besoin.

Je vois que les douleurs, très vives, reviennent à de très courts intervalles, que la main gauche du fœtus pend à la vulve, le dos tourné à droite, le pouce en arrière, et j'apprends de la sage-femme que, malgré l'intensité et le rapprochement des douleurs, la situation actuelle existe depuis une heure environ sans aucun changement.

Je m'empresse donc d'intervenir.

La patiente est mise en travers, sur le bord du lit, les jambes convenablement maintenues. Un lacs est placé sur le bras pendant. J'applique alors ma main droite sur le ventre de la mère, et, avec la gauche, introduite dans le vagin, j'essaie très douce-

ment de pénétrer dans la matrice, en passant au-dessous et en arrière de l'enfant; mais je m'arrête aussitôt, ayant reconnu que l'organe utérin est fortement contracté sur le fœtus. Sans donc m'obstiner à tenter la version, que la rétraction de la matrice rend dangereuse et la mort de l'enfant inutile, je pratique, avec les longs ciseaux à pointes mousses, conduits sur ma main gauche restée en place, la section de la région du tronc qui se présente, en recommandant à la sage-femme, pour le fixer, de tirer légèrement sur le lacs.

Le rachis et plus de la moitié du tronc sont coupés avec la plus grande facilité en quelques instants. La partie fœtale sur laquelle j'opère fournit beaucoup de sang et s'abaisse dans l'excavation pelvienne, au fur et à mesure des progrès de la section. Quand elle est terminée, à peine ai-je passé mon indicateur gauche en crochet sur l'espèce de pont formé par la portion non divisée du tronc, que le fœtus, sans que je fasse pour ainsi dire de tractions, est expulsé, son évolution se faisant en quelque sorte spontanément.

Le petit cadavre, placé sur une serviette, le dos en arrière, ne paraissait avoir subi aucune mutilation.

Les suites de cet accouchement furent on ne peut meilleures, la jeune femme n'ayant éprouvé, grâce à mon intervention rapide et en temps opportun, aucune fatigue, et n'ayant pas plus souffert que si la présentation du fœtus avait été la plus naturelle.

Plus tard, devenue de nouveau enceinte et ayant accouché d'une fille qui s'était présentée par le sommet en O I G A, elle me faisait remarquer elle-même que ce dernier accouchement avait été beaucoup plus pénible que le précédent.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le règlement du 15 novembre 1879,

Vu l'arrêté du 2 juillet 1884,

Arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1886.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir sans concours une bourse de deuxième année.

Fait à Paris, le 16 septembre 1886.

René Goblet.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.

Vu le règlement du 20 novembre 1879;

Vu l'arrêté du 2 juillet 1884,

Arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1886.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir :

1° Les candidats, pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions, qui auront subi avec la note « bien » les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel;

2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

CANDIDATS AU GRADE DE PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE

Élèves ayant 4 inscriptions. — Composition écrite : Physique, — Chimie minérale, — Organographie et anatomie végétale.

Épreuve orale : Pharmacie gélanique.

Élèves ayant 8 inscriptions. — (Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année.) — Composition écrite : Chimie organique, — Famille des plantes phanérogames. — Matière médicale.

Épreuve orale : Pharmacie chimique.

Élèves ayant 12 inscriptions. — (Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année.) — Composition écrite : Analyse chimique, — Toxicologie, — Hydrologie.

Épreuve orale : Zoologie et cryptogamie.

CANDIDATS AU DIPLÔME SUPÉRIEUR

(Appréciations communes aux deux sections. — Appréciation des études antérieures. — Notes des travaux pratiques de troisième année et des examens probatoires.)

Section des sciences physico-chimiques. — Composition écrite : Physique, — Chimie analytique, — Histoire naturelle générale.

Épreuve orale : Toxicologie.

Section des sciences naturelles. — Composition écrite : Botanique, — Zoologie, — Chimie générale.

Épreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

Art. 4. — Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet qui ont été admis à l'un de ces grades avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Fait à Paris, le 16 septembre 1886.

René Goblet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 1er septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Citerne, Revol, Curtil, M. Sarrazin, Legalcher-Baron, Grassin, A. Sarazin, Bert, Carron de la Carrière et Filloux.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Queuille, Bouriez, Abelhauser, Benoist, Lesage, Baboin, Deglos, Splette, Reeb et Giraud.

— Par décision ministérielle en date du 14 septembre 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bourdon et Bienvenue, pour les hôpitaux et ambulances de la division d'occupa-

tion du Tonkin et de l'Annam; — Coste, pour le 129e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Cros et Pascaud, pour les hôpitaux et ambulances de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

— Le lundi 6 décembre 1886, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures du matin à trois heures du soir, depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au samedi 20 novembre 1886 inclusivement.

— M. Floquet, en traitement à Royat, vient de donner audience à une députation des médecins consultants des onze stations thermales de l'Auvergne et du Centre, venue pour intéresser le président de la Chambre des députés à la question de la suppression de l'inspectorat des eaux minérales que poursuit énergiquement tout le corps médical des villes d'eaux. Cette députation était conduite par M. Gaillard, député du Puy-de-Dôme, auquel n'avaient pu se joindre, malgré leur extrême désir, MM. Bardoux, sénateur, et Blatin, député du même département.

Après avoir écouté avec la plus grande attention la lecture d'une adresse très fortement motivée sur la question, et avoir provoqué des explications sur plusieurs points importants, M. Floquet a fait savoir aux délégués des villes d'eaux du Centre qu'il avait reçu dans la journée, d'un grand nombre de leurs collègues des Pyrénées, des Vosges, du Jura, de la Savoie, des télégrammes dans le même sens. Il a promis d'user de toute son influence auprès de M. le ministre du commerce qui peut, par un simple décret, supprimer ce privilège d'un autre temps, — ce qu'il aurait fait depuis longtemps, ont affirmé les délégués, sans l'opposition aussi dissimulée que tenace des bureaux du ministère, et notamment de la direction du commerce intérieur.

Les délégués se sont retirés enchantés de l'accueil de M. Floquet et convaincus, avec raison, qu'ils auront bientôt gain de cause. Le président de la Chambre des députés a mis le comble à leur satisfaction et à leur gratitude en acceptant, sans se faire prier, de prendre place au banquet que leur ont offert le soir, au Grand-Hôtel Servant, leurs confrères de Royat.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Julien Récipon, médecin en chef des hôpitaux du Puy, décédé le 4 septembre, à l'âge de cinquante-quatre ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement chirurgical de la péritonite (thèse d'agrégation), par le docteur H. Truc. 1 vol. in-8° — Prix : 4 francs. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20032

N° 110. — MARDI 21 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 21 SEPTEMBRE 1886. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Mammite chronique et squirrhe du sein.

Je vous ai souvent parlé de ce que l'on entend par signes pathognomoniques. Ces signes, comme vous le savez, sont très précieux, bien que l'on dise et que l'on répète souvent que l'on doit s'en méfier, parce que peu d'entre eux sont réellement pathognomoniques. Ceux qui ne le sont pas d'une façon certaine, c'est-à-dire ceux qui ne traduisent pas fidèlement les lésions morbides vraies, n'en sont pas moins cependant intéressants à étudier.

En effet, il y a quelque temps, une femme entrait dans notre service à la suite de couches, pour un énorme abcès de la mamelle droite; un premier drainage avait été fait en ville, mais il était insuffisant. Il y avait une mammite telle que nous dûmes drainer à notre tour la mamelle, de part en part pour ainsi dire. Sous l'influence de ce traitement, la malade allait mieux, lorsqu'un jour elle se plaignit de douleurs, d'élancements dans l'autre sein, surtout au niveau du mamelon. Traitée à temps par des onctions avec l'onguent napolitain et par des cataplasmes, cette nouvelle mammite fut enrayée, douleur et rougeur disparurent sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune incision, et la malade put quitter l'hôpital à peu près rétablie. Cependant aujourd'hui elle est rentrée dans nos salles, se plaignant à nouveau de ce même sein gauche qui avait été atteint secondairement, ou mieux qui avait été menacé de phlegmon comme le sein du côté opposé.

En l'examinant, nous n'avons pas été peu surpris de constater l'existence, dans le point menacé de phlegmon, d'une plaque dure recouverte d'un tégument analogue à ce que l'on désigne sous le nom de peau d'orange, c'est-à-dire de ce signe considéré comme absolument pathognomonique du squirrhe ou cancer du sein. C'est au point que je disais aux personnes qui se trouvaient auprès de son lit, que si cette femme nous était arrivée d'emblée à l'hôpital, sans que nous ayons eu à lui donner antérieurement des soins pour un commencement de phlegmon de la mamelle, je diagnostiquerais immédiatement, sans hésitation, un squirrhe du sein, tandis que nous nous trouvions très probablement en face d'un foyer circonscrit de mammite chronique, représentée par une plaque d'induration et que la malade nous paraissait appelée à guérir par les antiphlogistiques, les résolutifs, etc. J'ajoutai néanmoins cette réserve : à moins cependant que cette plaque ne soit réellement le signe pathognomonique d'une induration de mauvaise nature.

On a, vous le savez, accusé les traumatismes, en général, de déterminer, dans certains cas, la production de tumeurs néoplasiques. Le fait est hors de doute. Or nous avons en ce moment, dans nos salles, une autre femme qui est venue nous consulter pour une induration de la mamelle droite, induration circonscrite survenue à la suite d'une contusion remontant seulement à six semaines. Il s'agit chez elle d'un squirrhe à marche rapide, développé à la suite d'un traumatisme, et j'ai soin d'ajouter que, dejà antérieurement, cette même femme présentait dans l'autre sein une tumeur squirrheuse dont le début remontait à six mois. Si donc l'origine traumatique des sarcomes est fréquente, pourquoi n'en serait-il pas de même des abcès, c'est-à-dire pourquoi ceux-ci ne seraient-ils pas le point de départ d'une tumeur cancéreuse? Le fait existe, il est connu, et s'il n'est pas très commun, il n'est pas non plus extrêmement rare. Vous connaissez aussi d'ailleurs la dégénérescence épithéliale survenant à la suite d'un cautère.

En résumé, et pour en revenir à notre première malade, notre diagnostic fut donc : ou mammite chronique avec aspect squirrheux de la mamelle, ou bien squirrhe à marche rapide, développé dans un foyer inflammatoire de date récente.

— Lorsque je me trouve en présence d'un adénome de la mamelle, j'interviens chirurgicalement lorsque je puis enlever le néoplasme dans sa totalité, parce que l'adénome du sein est une affection qui ne se généralise pas. J'ai ainsi un certain nombre d'exemples de guérison parfaite. J'agis de la même façon pour les épithéliomas du sein, que j'opère très largement lorsque l'étendue du mal me permet de franchir la zone suspecte, et j'obtiens ainsi des survies de très longue durée, équivalant presque à des guérisons.

Il n'en est pas de même, vous le savez, des tumeurs fibrokystiques, dont la tendance est la récidive, ceci soit dit en passant.

Chez une de nos malades, atteinte d'une tumeur adéno-épithéliale de la mamelle, c'est-à-dire d'une de ces affections qui restent longtemps circonscrites avant de se généraliser, nous interviendrons également; car, si, par une opération,

nous pouvons dépasser la zone suspecte, nous avons toutes chances d'obtenir la guérison. Dans tous les cas, nous tenterons une première opération exploratrice qui nous permette de voir jusqu'où s'étend la tumeur, de nous rendre compte si elle a des racines trop profondes; et si nous pouvons enlever toute la partie néoplasiée et la dépasser même, nous le ferons immédiatement et d'autant plus volontiers que nous avons affaire à une femme jeune, robuste, jouissant encore d'un état général bon, nous donnant, par suite, toute espérance d'un succès, sinon définitif, au moins de longue durée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Des nombreuses variétés de syphilides papulo-squameuses.

Après vous avoir décrit, dans la dernière leçon, les syphilides papuleuses et papulo-squameuses, il me reste à compléter aujourd'hui ces données par l'étude succincte d'un certain nombre de variétés.

1° *Variétés de développement.* — Il en est de tout ordre depuis la syphilide la plus atténuée jusqu'à la plus exagérée.

Dans le premier cas, la papule est très aplatie, mince, souple au doigt; dans le second, elle est devenue très grosse, globuleuse, ferme, dure; elle a l'aspect d'une tumeur pisiforme du derme, d'où le nom de syphilide papulo-tuberculeuse qu'on lui a donné.

2° *Variétés de forme.* — Celles-ci sont très nombreuses. Je citerai surtout la papuleuse circinée, laquelle présente les cinq sous-variétés suivantes : 1° la syphilide annulaire constituée par un ruban papuleux en forme d'anneau; 2° la syphilide en cocarde semblable à la précédente, si ce n'est qu'elle comporte en plus un cercle papuleux central; 3° la forme hémicerclée ou en demi-cercle, en croissant, en demilune; 4° la forme en arceau ou en arcade constituée par plusieurs demi-cercles groupés de façon à former des arcades véritables; 5° la syphilide en spirale, très rare et très curieuse, formée par un ruban papuleux qui s'enroule sur lui-même en hélice ou en ammonite.

La forme en arceaux composés mérite de nous arrêter quelques instants en raison de certaines particularités. Ainsi, son siège de prédilection est le pourtour de la bouche, les lèvres supérieures et inférieures, où elle offre l'aspect de petits rubans très fins, d'un petit liseré d'un demi-millimètre à un millimètre de largeur, d'une teinte rose-gris, éteinte, spéciale, due surtout au peu de turgescence des vaisseaux de la région. Enfin, quelquefois les cerceaux sont disjoints; d'autres fois ils sont composés, se tenant par leurs extrémités.

3° *Variétés de dispositions réciproques.* — J'ai dit, dans une précédente leçon, que les syphilides précoces étaient profuses, généralisées et disposées sans méthode, et que les syphilides âgées, au contraire, étaient moins abondantes, régionales et méthodiques, c'est-à-dire tendant à se grouper. Or, il y a trois modes de groupement : 1° le groupement en bouquet, où les papules sont disposées les unes à côté des autres pour former un foyer, un bouquet; 2° le groupement circiné dans lequel les éléments papuleux réunis représentent soit un anneau complet, soit un demi-anneau; 3° le groupement en corymbe qui rappelle certain mode d'inflorescence connue sous ce nom en botanique. Ici le centre est formé par une papule prédominante autour de laquelle on trouve une série de papules mineures; on dirait un soleil entouré de ses planètes. C'est là une forme exclusivement propre à la syphilis.

4° *Variétés tenant au siège.* — Très nombreuses également et des plus importantes. Voici les principales :

a. Quand une papule se développe en un des plis de la peau, sur une commissure, par exemple, il arrive, à un moment donné, par suite des plissements et des déplissements répétés des téguments, qu'elle se fend au niveau même du pli et donne lieu à la formation d'une gerçure, d'une crevasse, d'une rhagade, laquelle, entretenue par les mouvements répétés de la peau, dégénère en une véritable ulcération.

b. La syphilide granuleuse des ailes du nez est caractérisée par une papule végétale du sillon naso-jugal; c'est-à-dire qu'à la surface de la papule il se développe une série de petites végétations, de telle sorte que cette lésion est absolument caractéristique, et ne ressemble à aucune autre.

c. La syphilide psoriasique palmaire ou plantaire n'est aussi qu'une variété du siège, mais des plus intéressantes. Elle est caractérisée au début par de petites taches rosées qui grandissent peu à peu, s'élargissent, revêtent une teinte plus foncée, deviennent dures et se recouvrent de squames qui, lorsqu'elles sont tombées, montrent le derme à nu entouré d'une petite collerette écailleuse. Telle est la syphilide psoriasique palmaire ou plantaire type, avec ses trois phases : la tache rosée, la papule sombre et la tache papuleuse avec collerette squameuse. Mais, à côté de cette forme psoriasique type, nous trouvons encore un certain nombre de variétés : 1° le psoriasis en nappe dont les papules, au lieu de se produire isolément, se développent sur de larges surfaces, s'étalent sur tout ou sur partie des surfaces palmaire ou plantaire; 2° le psoriasis circiné dans lequel les papules ne sont plus disséminées au hasard, mais groupées méthodiquement en demi-cercles, en arcades et plus rarement en cercle complet. Cette forme circinée présente aussi deux sous-variétés : l'une où les papules se groupent suivant le mode circiné proprement dit, et l'autre en ruban ondulé; 3° le psoriasis corné, c'est-à-dire où les papules n'offrent plus la résistance ordinaire sous le doigt, mais une dureté exagérée, cornée, due à l'incrustation de l'épiderme, et au néoplasme intradermique; 4° le psoriasis fissuraire, à crevasses, ou craquelé, spécial aux manouvriers, aux individus qui ont la peau de la main épaisse. Chez eux, en effet, au niveau des grands plis palmaires la surface des papules se fissure, se crevasse, et, le travail manuel continuant, il se forme de véritables rhagades souvent si douloureuses qu'elles empêchent les malades de se servir de leurs mains.

Tout ce que je viens de dire des psoriasis syphilitiques palmaires s'applique également au psoriasis plantaire. Mais ce dernier est plus rare, ou du moins il s'aperçoit plus difficilement au début, en raison même de l'épaisseur de l'épiderme qui masque la teinte rosée de la papule. De plus le psoriasis de la plante du pied se desquame à plus grands lambeaux, les crevasses y sont moins fréquentes en raison même de l'absence à peu près complète de plis de la peau, si ce n'est à la face inférieure des orteils où les crevasses, au contraire, peuvent très facilement se développer et sont fort douloureuses.

La durée du psoriasis syphilitique plantaire ou palmaire est toujours longue; cette affection, même traitée, ne guérit qu'au bout de plusieurs semaines, tandis que, non traitée, elle peut durer plusieurs mois, une année et même

davantage. D'ailleurs la durée est en rapport avec la forme elle-même; moindre pour les formes à papule isolée, elle est plus longue pour la forme circinée et surtout pour les formes en placards, en nappe et en crevasses. Enfin, pour les formes tardives elle est encore plus grande et de plus le mal est sujet à récidive.

En somme, le psoriasis syphilitique palmaire ou plantaire n'est qu'une syphilide papuleuse transportée dans la paume de la main ou à la plante du pied. Ce qu'il a cependant de particulier c'est sa localisation bizarre, exclusive à la paume de la main et à la plante du pied, jamais ailleurs. Pourquoi? Nous l'ignorons complètement. Un autre caractère curieux également c'est sa symétrie habituelle, c'est-à-dire que les deux mains ou les deux pieds sont pris à la fois dans la grande majorité des cas, c'est aussi que, bien souvent, le psoriasis des mains implique celui des pieds.

Enfin, ainsi que l'a dit M. Ricord, le psoriasis palmaire ou plantaire est un certificat de syphilis, car celle-ci est la seule affection qui le réalise.

5° *Variétés tenant à l'exagération du processus squameux.* — J'ai dit, dans une de mes précédentes leçons, que les syphilides papuleuses étaient d'habitude pauvrement squameuses. Mais cette loi souffre des exceptions, et c'est ainsi que l'on peut observer, eu égard à l'intensité des squames, des syphilides psoriasiformes, psoriasiques et exfoliatrices. Dans la syphilide psoriasiforme, la desquamation est un peu plus abondante que de coutume et l'on voit des lamelles tomber et se renouveler incessamment. Dans un second degré ou psoriasique, la desquamation augmente, les squames constituent une véritable incrustation, les papules se recouvrent d'une carapace squameuse. Enfin, la forme exfoliatrice est très rare, exceptionnelle même; elle est caractérisée par l'abondance et la modalité d'exagération des squames, à larges placards, à placards géants; la desquamation se fait par lamelles larges, minces, foliacées, persistantes et rappelle ce qu'on observe dans le pemphigus foliacé, dans les herpétides malignes. De plus, cette forme exfoliatrice est d'un pronostic sérieux, en ce sens qu'elle présage des accidents ultérieurs graves et à très courte échéance.

Diagnostic des syphilides papulo-squameuses. — Dans la grande majorité des cas le diagnostic de ces syphilides est facile, parce qu'il repose sur des caractères précis et des conditions décisives, qui sont : 1° les conditions dans lesquelles se produit l'éruption, c'est-à-dire précédées des chancres, des bubons, etc., et accompagnées d'autres accidents secondaires tels que plaques muqueuses, céphalées, etc.; 2° des caractères d'objectivité, c'est-à-dire un exanthème profus, généralisé, à papules incoordonnées au début, à papules présentant les quatre attributs de : forme arrondie, coloration spéciale jambon ou cuivre, plus rarement desquamation pauvre et partielle, enfin rénitence. De là, je le répète, un diagnostic facile en général, dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt.

Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples. D'abord il est des cas où le diagnostic ne s'impose pas du premier coup, mais réclame un examen complet, un interrogatoire du malade; il en est d'autres aussi parfois plus ambigus où, malgré toutes les investigations, on ne découvre aucun antécédent morbide; ou bien encore où l'on a affaire à des malades à la fois psoriasiques et syphilitiques. Enfin, il se présente parfois des cas où le diagnostic est à peu près impossible, même pour le praticien le plus expérimenté, et dans lesquels le traitement a pu seul résoudre la question.

Quelle est donc la difficulté majeure? Quelle est de toutes les dermatoses celle avec laquelle on peut le plus facilement confondre les syphilides? C'est, ainsi que nous le verrons dans la prochaine séance, le psoriasis non syphilitique dans lequel les caractères éruptifs sont effacés.

DE L'EMBRYOTOMIE

DANS LES PRÉSENTATIONS DU TRONC (1)

Par M. Courbon

Professeur à l'École de médecine de Tours, chirurgien en chef de l'hôpital.

II

Nous voyons, d'après ces trois observations, que l'embryotomie, bornée à la section de la moitié du tronc, en y comprenant toujours la colonne vertébrale, suffit pour déterminer l'évolution du fœtus et son expulsion.

La section du tronc, bien qu'incomplète, conduit à ce résultat, en amoindrissant la partie fœtale qui se présente par l'écoulement de sang auquel elle donne lieu et en permettant au fœtus de se plier en double par le rapprochement de ses deux extrémités. Les longs et forts ciseaux de P. Dubois sont de beaucoup l'instrument le plus commode pour pratiquer cette opération.

Aussitôt que la division est achevée il suffit, le plus ordinairement, d'une traction légère exercée à l'aide de la portion non divisée du tronc et dans le sens de l'extrémité pelvienne pour déterminer rapidement l'expulsion de cette dernière qui est suivie immédiatement de l'extrémité céphalique.

Pour être complètement efficace, la section du tronc doit intéresser au moins la moitié de sa circonférence. Si elle se borne à la colonne vertébrale (spondylotomie) ou à cette dernière et à quelques parties molles voisines, comme cela est arrivé, par suite de l'insuffisance de nos instruments, dans le cas qui fait le sujet de notre première observation, il est nécessaire d'exercer des tractions énergiques pour obtenir la sortie du fœtus. Or, nous savons que ces tractions, par les pressions sur les parois pelviennes qu'elles déterminent, ne sont pas exemptes d'inconvénients, témoin le cas dont nous parlions tout à l'heure et dans lequel la femme a ressenti, pendant près de trois semaines, une assez vive douleur dans la jambe gauche.

Mais, il doit en être bien autrement, quand les tractions sont faites sans aucune section préalable, à l'aide de crochets plus ou moins pointus, le plus souvent celui d'une des branches du forceps, fixés sur le tronc.

Quand on a recours à ce dernier procédé, attribué à Pamard (d'Avignon), l'on n'a pas seulement à redouter pour la mère les dangers des tractions violentes, mais encore ceux des instruments que l'on emploie et avec lesquels on est exposé à labourer et blesser les organes maternels.

Aussi, la simple spondylotomie est préférable à la méthode Pamard. Avec elle, on est obligé à beaucoup moins d'efforts pour extraire l'enfant et l'on peut facilement conduire dans la duplicature du tronc, dont elle favorise l'engagement, des liens destinés à faciliter l'évolution du fœtus et qui sont plus avantageux que tous les crochets proposés à cet effet.

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 872.

Mais l'embryotomie, telle que nous la pratiquons, est bien supérieure à la simple section du rachis ainsi qu'à tous les procédés qui reposent sur le même principe de l'évolution forcée : à celui de Michaelis dans lequel on fait précéder la spondylotomie de l'éviscération ; à celui de Veit qui, après avoir vidé, par l'éviscération du fœtus, les cavités thoracique et abdominale, exerçait des tractions à la fois sur le bras et sur le siège pour faire sortir l'enfant plié en double; enfin, à tous ceux dans lesquels la spondylotomie ou la section complète du tronc est précédée de la brachiotomie avec ou sans éviscération.

Nous lui donnons également la préférence sur la méthode qui a pour objet la version forcée, quel que soit d'ailleurs le procédé auquel on ait recours, soit qu'à l'exemple de Robert Lee, après avoir désarticulé l'épaule et perforé le thorax, on détermine la culbute du fœtus à l'aide d'un crochet qu'on a été fixer sur le bassin, soit qu'avec Œlher on se fraie un chemin jusqu'aux pieds au moyen de la brachiotomie seule ou suivie de l'exentération, ou bien avec Porta qu'on y parvienne en enlevant les viscères de la poitrine et de l'abdomen, ou enfin qu'à l'exemple de Macdonald on aille à la recherche des pieds après avoir fait la spondylotomie sans éviscération. Il est évident que, dans tous ces procédés, la recherche des pieds allonge l'opération et exige des manœuvres et des efforts qui ne sont pas sans danger pour la mère.

Reste la section du cou, décollation, détroncation ou méthode de Celse. Est-elle supérieure au procédé d'embryotomie que nous préférons?

De nos jours, cette méthode semble avoir conquis la faveur de la majorité des accoucheurs et, suivant beaucoup d'entre eux, ce serait le procédé d'embryotomie de choix, celui auquel on aurait l'occasion de recourir le plus habituellement. C'est surtout pour lui que l'on a imaginé une foule d'instruments très ingénieux dont les uns agissent par section comme ceux de Jacquemier, Pierre Thomas, Pajot et Tarnier, et les autres par pression et dilacération, comme le crochet de Braun. Mais il y a un temps difficile dans cette méthode; c'est la mise en place de l'instrument et, dans certains cas, le cou se trouve tellement élevé que l'on ne peut l'atteindre.

Sans doute, dans certaines positions cervicales du tronc, alors que la tête se trouve très rapprochée du détroit supérieur, la décollation est facile et d'une exécution rapide et, la section du cou faite, il suffit de tirer légèrement sur le bras pour voir sortir immédiatement le tronc.

Mais en est-il toujours de même pour la tête? Si le plus souvent elle peut être extraite très facilement avec la main, à l'aide d'un doigt introduit en crochet dans la bouche, n'a-t-on pas vu quelquefois cette extraction présenter les plus grandes difficultés et même ne pouvoir être opérée par suite de la rétraction tétanique de l'orifice interne du col? Chailly, dans son *Traité d'accouchements,* en rapporte un cas dont il a été témoin et, pendant un séjour que nous fîmes en 1861 à Paris, nous en avons observé nous-même un autre qui nous impressionna d'autant plus profondément qu'il arriva entre les mains d'un savant maître. La décollation fut exécutée avec une grande habileté; mais quand on voulut extraire la tête, on s'aperçut qu'elle était passée dans la cavité abdominale. Alors la parotomie, extraction de la tête par l'incision ventrale et mort de la mère quelques heures après l'opération.

Ces faits, tout exceptionnels qu'ils soient, pouvant se reproduire, nous n'aurions recours à la décollation que dans le cas de nécessité absolue, loin d'en faire une méthode de choix.

Nous préférons à cette méthode le procédé mixte de P. Dubois, qui consiste à sectionner avec ses longs ciseaux la partie supérieure du tronc en écharpe, en commençant, soit à la base du cou pour aboutir à l'aisselle du côté opposé, soit dans l'aisselle qui se présente pour terminer à la base du cou au-dessus de l'épaule opposée. De cette manière, chaque tronçon du fœtus portera un bras et l'on se sera ainsi ménagé pour la tête un utile moyen d'extraction.

Mais nous ferons remarquer que le procédé que nous conseillons, dans lequel on attaque tout simplement la partie du tronc qui est le plus à la portée de la main sera d'une exécution beaucoup plus facile que le précédent.

En outre, il aura l'avantage sur tous les autres procédés de moins lacérer le fœtus, de manière que celui-ci, placé sur le dos après son expulsion, ne paraîtra avoir subi aucune mutilation. C'est là une raison morale qui a bien son importance. Car, entre deux opérations qui sacrifient l'enfant, n'est-il pas naturel de choisir celle qui est la moins répugnante pour les assistants?

Si le procédé d'embryotomie que nous avons adopté nous a si bien réussi, c'est que les trois femmes, il est vrai, chez lesquelles nous l'avons employé, avaient le bassin régulièrement conformé. Dans les cas d'étroitesse de la ceinture pelvienne ce procédé serait-il applicable? Donnerait-il les mêmes résultats?

Dans les cas que nous supposons, il est difficile de préciser ce que l'on fera et de tracer à l'avance une règle de conduite invariable. On s'inspirera, au moment même de l'intervention, des circonstances qui se présenteront et souvent l'on sera réduit à faire ce que l'on peut et non pas ce que l'on veut.

Toutefois, l'on devrait, suivant nous, adopter une méthode se rapprochant de celle que nous préconisons pour les cas ordinaires.

On commencerait donc par sectionner circulairement tout ce que l'on pourrait du tronc en ayant soin de comprendre dans la section la colonne vertébrale ; puis, l'on pratiquerait l'éviscération d'une manière aussi complète que possible, en y ajoutant, comme le conseille Hubert Boens, l'écrasement avec la main du bassin et du thorax.

Ce temps de l'opération accompli, il n'est pas possible que l'extrémité pelvienne ne sorte pas par évolution forcée, complètement séparée du tronçon supérieur ou lui demeurant encore attachée par quelque reste de parties molles.

Quant à l'extraction du tronçon supérieur, elle ne pourra avoir lieu sans que le volume de la tête soit réduit. La céphalotripsie pourra alors être facilitée par la désarticulation d'un bras. Mais l'on devrait tout faire pour ménager l'autre bras. Car, c'est dans ce cas qu'il sera surtout nécessaire comme moyen de traction et plus encore de fixation de la tête.

Pour fixer la tête après la décollation, on a conseillé, il est vrai, l'emploi du bâtonnet de Danavia, chirurgien-accoucheur à Surinam. « Il se compose, dit Baudelocque (*L'Art* « *des accouchements*, vol. II, page 234), d'un cylindre de bois, « de la grosseur du petit doigt, long de 2 pouces et arrondi « à ses extrémités, au milieu duquel on attache un ruban « de fil de l'étendue d'une aune au moins. On ouvre le crâne « de l'enfant avec la pointe des ciseaux ou d'un couteau « ordinaire, on y introduit en entier le petit cylindre de « bois qui se place en travers sur l'ouverture et l'on tire sur « les deux chefs du ruban. »

L'on voit que Baudelocque se servait de cet instrument comme moyen de traction dans certains cas de présentation du sommet. Mais, M. Castelani propose de l'employer comme agent de fixation de la tête après la détroncation, en l'introduisant dans le canal vertébral et le poussant jusque dans la cavité crânienne par une incision pratiquée à la paroi postérieure du cou. Ces manœuvres sont-elles toujours possibles au détroit supérieur dans les cas difficiles que nous supposons? Et n'est-il pas préférable de ménager, si l'on peut, un des bras pour fixer la tête et l'extraire une fois qu'elle aura été broyée?

En résumé, la présentation du tronc n'étant pas déjà commune, la coïncidence de cette présentation avec un bassin vicié devra être très rare. La considération que les vices de conformation du bassin sont une des causes de la présentation de l'épaule, ne peut que faire modifier très légèrement la précédente proposition. C'est donc à l'embryotomie sans broiement de la tête que l'on aura l'occasion d'avoir le plus souvent recours dans les présentations du tronc. Or, pratiquée d'après le procédé que nous avons indiqué et en temps opportun, c'est-à-dire sans avoir fatigué préalablement la femme par d'inutiles et laborieuses tentatives de version, elle constitue, nous ne craignons pas de l'affirmer, une opération des plus faciles à exécuter et dont les suites pour la mère ne sont pas plus dangereuses que celles d'un accouchement ordinaire.

DE L'ATAXIE PARALYTIQUE DU CŒUR
D'ORIGINE BULBAIRE (1)

Par M. le professeur M. SEMMOLA.

Il y a dix ans, en 1876, je publiais mes premières remarques cliniques (voir *Medicina vecchia e medicina nuova*; Napoli, 1876) sur l'importance qu'il fallait accorder, dans la pathologie du cœur, au rôle du système nerveux, soit comme facteur aggravant les effets d'un vice organique quelconque, soit comme capable, à lui seul, de troubler les fonctions cardiaques, au point de produire des troubles analogues à ceux des maladies organiques du cœur les plus graves (dysystolies, dyspnée, hydropisies, stases veineuses, etc.), mais encore capables de guérison.

En 1881, au congrès international de médecine de Londres, je formulais plus nettement l'existence d'une cardiopathie produite lentement par des troubles de l'innervation bulbaire et des ganglions cardiaques, laquelle me semblait devoir mériter une étude spéciale constituant un type clinique pouvant être appelé : « ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire » (2).

Les résultats de mes observations ultérieures sur ce sujet constituent le but de cette communication, dans laquelle je me bornerai à résumer les points essentiels. Je noterai avant tout que, pour rendre mes observations cliniques mieux démonstratives, j'ai fixé l'attention principalement sur les sujets chez lesquels il n'y avait pas eu de symptômes de vice rhumatismal, goutteux ou syphilitique, etc., pour me mettre à l'abri de l'existence des processus artériels, quelquefois bien latents, capables de modifier l'appréciation des troubles fonctionnels.

1° Lorsque des causes épuisantes, et principalement les frayeurs et les excès vénériens, frappent l'organisme masculin d'une façon habituelle, entre quarante-cinq et soixante ans, à part l'ébranlement général du système nerveux, on voit se développer une double série de troubles fonctionnels, les uns appartenant à l'estomac et les autres au cœur. Ce sont les premiers qui ouvrent la scène, avec des formes dyspeptiques rebelles, tantôt isolées, tantôt suivies de catarrhe gastrique. Les troubles du cœur suivent plus lentement, et se bornent, au début, à un affaiblissement de la systole cardiaque, avec simple accélération des battements. Cette période, que j'appellerai *période prodromique*, peut durer très longtemps (même jusqu'à deux ou trois ans), avec des alternatives d'amélioration et de retour en rapport avec les causes : elle démontre seulement l'insuffisance de réparation des centres nerveux, c'est-à-dire l'épuisement du vague et des ganglions nerveux qui président à la fonction du cœur.

Cette période prodromique est parfaitement susceptible de complète guérison, si l'individu écoute les conseils du médecin et consent à l'éloignement absolu des causes et au repos relatif le plus complet du cœur.

2° Si, au contraire, les causes persistent, la maladie entre dans sa période confirmée, mais encore guérissable dans plusieurs des cas, et les individus commencent à voir apparaître des troubles bien autrement graves, dans l'ordre suivant :

A. Accès de palpitations, de dysystolie et de troubles respiratoires succédant immédiatement à chaque nouvelle cause, et de durée variable.

B. Développement d'une coloration marbrée sur les mains, sur l'avant-bras, sur les jambes, et surtout en correspondance avec les articulations des doigts et des genoux. Ce sont des stases névro-paralytiques, qui n'ont aucun rapport avec les désordres mécaniques de la circulation centrale, c'est-à-dire avec les stases veineuses qui accompagnent certaines maladies organiques du cœur dans leur période non compensée. En effet, avec ces colorations marbrées cyanotiques, il n'existe pas le moindre œdème. Je considère ce symptôme comme caractéristique et différentiel. Il démontre que l'épuisement bulbaire ne se borne pas, dans ces cas, au noyau du pneumo-gastrique, mais s'exerce aussi sur le centre principal de l'innervation vaso-motrice.

C. Une anxiété respiratoire qui se développe avec la plus grande facilité lorsque l'individu se fatigue, et même simplement lorsqu'il monte un escalier.

L'auscultation de la poitrine montre l'existence de râles crépitants à la base des poumons, en rapport avec une stase qui paraît avoir la même origine névro-paralytique que les colorations cyanotiques marbrées.

D. Accès de suffocation qui réveillent le malade à peine endormi et le forcent à s'asseoir en se plaignant d'une sorte de râle sifflant au gosier. Cette gêne se dissipe bientôt par la station assise, et la respiration redevient presque normale.

Ce trouble se distingue facilement des accès d'étouffements qui surviennent pendant la nuit aux cardiaques pour vice organique, soit par l'absence d'une vraie dyspnée, soit par la durée très passagère, soit enfin principalement parce que la percussion et l'auscultation la plus rigoureuse ne permettent de reconnaître aucun changement appréciable du cœur. Cette espèce de trouble respiratoire serait causée, selon moi, par l'anémie qui suit le sommeil, sous l'influence de laquelle les centres bulbaires de la respiration, qui sont déjà épuisés, le deviennent davantage, de sorte que des effets paralytiques surviennent, en rapport avec le *récurrent*.

E. Un œdème commence à se montrer aux pieds : il constitue l'ouverture de la période terrible de la maladie. La dysystolie devient permanente, et bientôt se développent tous les symptômes les plus graves des maladies organiques du cœur non compensées (hydropisies, stases veineuses, dyspnée, etc.).

A cette époque, et lorsque les faits de l'hydropisie ne sont pas encore très envahissants, l'auscultation du cœur révèle un petit changement dans ses tons; dans plusieurs cas, l'on peut constater un souffle au premier temps, sur le foyer de la mitrale ou de la tricuspide, que j'ai cru pouvoir rapporter à un défaut de contraction des muscles tenseurs des valvules. Ce ne sont certainement pas des bruits organiques; car, si l'on parvient à faire disparaître l'hydropisie par un traitement énergique, le souffle disparaît complètement.

---

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans sa séance du 6 septembre 1886.

(2) Cf. Transactions of the intern. medic. Congress, 7th session, London, aug. 1881. — *Annali clin. ital.*, diretti del prof. Concato, 1883. — *Annal. de névropath.* de Charcot, Paris, 1885.

RÉORGANISATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

DE LA VILLE DE PARIS.

Le *Bulletin municipal officiel* publie dans son numéro du 17 septembre un décret, en date du 12 août 1886, réorganisant les Bureaux de bienfaisance de la Ville de Paris.

Nous détachons de ce document les chapitres III et VI relatifs au personnel médical et à l'assistance médicale.

CHAPITRE III

PERSONNEL MÉDICAL.

ART. 21. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés au concours.

ART. 22. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour quatre années, qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution.

A l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être réinstitués par le ministre pour une nouvelle période de quatre ans et ainsi de suite.

Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

ART. 23. — Les médecins actuellement en exercice peuvent, à l'expiration de la période pour laquelle ils ont été précédemment nommés, être réinstitués par le ministre de l'intérieur dans les conditions fixées à l'article précédent, sans qu'ils aient à se soumettre au concours.

ART. 24. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à un emploi de médecin des bureaux de bienfaisance, le concours est annoncé trois mois à l'avance.

Les candidats doivent se faire inscrire à la mairie de l'arrondissement et justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État, et qu'ils résident dans l'arrondissement où la vacance s'est produite ou dans un quartier limitrophe.

Toutefois cette dernière condition peut être remplacée par l'engagement de remplir les conditions nécessaires de résidence aussitôt après leur institution.

Le registre des inscriptions est clos un mois avant la date du concours.

Il sera statué, par arrêté du ministre de l'intérieur, sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques.

ART. 25. — Au cas où, par suite de l'absence de concurrents ou de l'insuffisance des épreuves constatée par un rapport motivé du jury d'examen, le concours ne donnerait pas de résultats, il serait pourvu aux emplois vacants par le ministre de l'intérieur, sur la proposition des commissions administratives.

Les dispositions de l'article 22 sont applicables aux médecins désignés par le ministre.

ART. 26. — Les médecins institués par le ministre sont à la disposition du service jusqu'à leur remplacement.

En cas d'empêchement d'un médecin, le service peut être assuré par le directeur de l'administration de l'Assistance publique de concert avec la commission administrative.

L'allocation des médecins en titre est attribuée à leurs remplaçants.

ART. 27. — A la fin de chaque année, le maire adresse au directeur de l'administration de l'Assistance publique un rapport sur la manière dont chaque médecin a rempli ses fonctions.

Le maire est tenu de transmettre d'urgence au directeur de l'Assistance les plaintes écrites portées contre les médecins.

Si ces plaintes paraissent justifiées au directeur, il les communique à la Commission administrative et, s'il y a lieu, au Conseil de surveillance, par lequel le médecin doit être entendu en ses explications.

ART. 28. — Les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être blâmés ou réprimandés par le préfet de la Seine, après avis du Conseil de surveillance.

Ils peuvent être destitués par le ministre de l'intérieur, après avis du Conseil de surveillance. En cas d'urgence, le préfet peut prescrire la suspension provisoire d'un médecin.

Le médecin destitué ne peut plus faire partie du personnel médical des bureaux de bienfaisance.

ART. 29. — Les fonctions de médecin d'un bureau de bienfaisance sont incompatibles avec celles d'administrateur.

ART. 30. — Les sages-femmes sont nommées par le préfet de la Seine, sur la proposition des commissions administratives. Elles ne peuvent être révoquées que par le préfet de la Seine, après avis des commissions administratives.

Elles sont tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

. . . .

CHAPITRE VI

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE.

ART. 56. — Le service de santé dans les maisons de secours comporte des consultations et des soins médicaux qui sont donnés par les médecins, aux indigents, à des jours et heures déterminés.

ART. 57. — Les médecins sont chargés du traitement des malades soit à domicile, soit dans les salles de consultation.

Ils sont tenus de fournir les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'administration.

ART. 58. — Les sages-femmes chargées des accouchements à domicile sont sous la surveillance du médecin de la circonscription, elles doivent l'appeler quand les accouchements présentent des difficultés.

Elles sont tenues de consigner sur un registre spécial les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'administration.

ART. 59. — Le personnel secondaire des maisons de secours est l'auxiliaire du personnel médical pour les pansements et autres détails du traitement. Il visite à domicile les indigents malades.

ART. 60. — L'assistance médicale à domicile est accordée à titre provisoire, en suite d'une simple demande adressée au secrétariat du bureau de bienfaisance.

Les médecins et les administrateurs divisionnaires sont immédiatement informés des demandes qui les concernent par les soins des secrétaires-trésoriers.

ART. 61. — Une commission dite du *service médical* est formée du président ou du vice-président de la commission administrative, d'un administrateur et d'un médecin désignés par la Commission administrative et du secrétaire-trésorier. Elle se réunit chaque semaine pour prendre connaissance de tout ce qui concerne le service des malades ; elle décide si l'assistance médicale doit être continuée ou suspendue, et statue sur les secours pécuniaires ou autres à accorder aux malades.

Le président de la commission du service médical est ordonnateur secondaire des secours pécuniaires. Il délivre des mandats dans les conditions prévues à l'article 41.

En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, des secours peuvent être délivrés sur bons en nature ou sur mandats en argent du président de la commission, qui lui en rend compte à sa première réunion.

ART. 62. — Les médicaments prescrits par les médecins aux indigents assistés leur sont délivrés gratuitement.

Les médicaments provenant de la pharmacie centrale des hôpitaux sont délivrés dans les dépôts créés près les établissements de secours qui dépendent des bureaux de bienfaisance.

Les autres médicaments sont délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement, fournisseurs des bureaux de bienfaisance.

Les ordonnances des médecins mentionnent expressément si les médicaments doivent être délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement ou par le dépôt administratif, selon les distinctions prévues à l'article 80.

Les médecins sont autorisés, dans le cas d'urgence, à mention-

ner sur les ordonnances qu'elles seront servies, sans distinction, par le premier pharmacien auquel s'adressera l'indigent.

ART. 63. — La Commission du service médical rend compte à la Commission administrative, à la fin de chaque trimestre, de la situation du service.

Elle propose le vote des crédits nécessaires; ces crédits comprennent l'ensemble de toutes les dépenses occasionnées par le service des malades.

ART. 64. — Le président de la Commission du service médical est chargé de la désignation, pour être envoyés aux asiles de Vincennes et du Vésinet, des ouvriers et ouvrières en état de convalescence, ayant leur domicile de secours à Paris qui, pendant le temps de leur maladie, auraient été traités à domicile.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20036

N° 111. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 23 SEPTEMBRE 1886. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance nulle, par absence des inscrits ou par défaut d'inscriptions à l'ordre du jour.

Puisque la séance d'hier nous fait des loisirs, utilisons-les en reproduisant quelques parties de l'allocution faite dans la précédente séance par M. Lagneau, à la suite de la communication de M. Dujardin-Beaumetz sur le surmenage intellectuel, et que nous n'avions pu qu'indiquer très sommairement dans notre compte rendu.

Entre autres réponses aux objections faites à sa première lecture sur ce sujet, M. Lagneau s'est exprimé ainsi :

« Quelques professeurs m'ont dit : Vous vous élevez contre les trop longues études, contre les trop longs devoirs à la maison, qui, trop souvent peu fructueux, condamnent à l'immobilité durant de longues heures. Mais, que voulez-vous qu'on fasse des enfants en dehors des classes? On ne peut les laisser sans rien faire. Il faut bien les occuper. — C'est justement contre cette manière d'agir que je m'inscris surtout. Notre système universitaire, comme le dit M. Peter, est unilatéral. De l'organisme humain, on ne considère que le côté intellectuel, et l'on néglige le côté physique. Dans l'état social actuel, il importe que ce système suranné soit grandement modifié. Forcément un jour l'écolier sera soldat. Pour qu'il devienne apte à défendre le pays, comme il sera apte aux diverses fonctions civiles, dans l'éducation de l'enfant, sachons donner aux exercices physiques une large part du temps donné actuellement aux travaux intellectuels. Alors, pour l'occuper, on n'aura plus besoin de maintenir l'enfant immobile durant de longues études. Son corps et son intelligence se développeront simultanément, au grand avantage de tous deux.

En montrant les conséquences morbides du surmenage intellectuel, et surtout de la sédentarité, j'ai demandé qu'on diminuât les programmes de classes et d'examens, et surtout qu'on substituât aux examens dont l'étendue encyclopédique astreint à une sédentarité presque absolue, à un travail excessif et peu profitable, des examens partiels, mensuels, hebdomadaires, motivant un travail modéré, régulier, réellement fructueux.

Quoique de hauts universitaires, avec Laprade, avec MM. Duruy, Jules Simon, Bréal, Gréard, s'accordent à trouver qu'on surcharge les élèves, la diminution des programmes de classes et d'examens trouve de grandes difficultés, de grandes oppositions. Actuellement, au grand détriment de la santé des élèves surmenés, entre les classiques, défenseurs du grec et du latin, et les utilitaires, défenseurs des sciences, dont l'importance sociale s'accroît chaque jour, existe une sorte d'antagonisme qui rappelle la lutte ayant anciennement existé entre les médecins et les chirurgiens, les premiers prétendant s'arroger une supériorité très contestable.

A la diminution des programmes, le plus grand obstacle, la plus grande résistance vient des professeurs, qui, consacrant leur vie à une étude spéciale : lettres, histoire ou sciences, forcément trouvent qu'on ne lui accorde jamais assez d'importance dans l'instruction générale donnée aux élèves, et, par suite, tendent de plus en plus à en augmenter l'étendue. Aussi, me disait un membre de l'Institut, professeur au Collège de France, « toute commission de professeurs nommée pour reviser les programmes, loin de les diminuer, les accroît ». Peut-être, ainsi que je l'entendais dire à un académicien, serait-il possible de reporter aux programmes de l'instruction supérieure bien des matières comprises aux programmes de l'instruction secondaire. Ce déplacement des matières des programmes aurait l'avantage d'éviter en partie le surmenage intellectuel de beaucoup de jeunes gens qui, se destinant à certaines carrières, sont trop souvent obligés d'apprendre bien des matières peu utiles, au détriment d'autres qui leur seraient beaucoup plus nécessaires. Ce déplacement des matières des programmes permettrait aux moins nombreux jeunes gens abordant les hautes études, de les apprendre plus complètement, en y consacrant plus de temps. Espérons qu'un jour les commissions universitaires supérieures seront, en majorité, composées de savants qui, comme MM. Jules Simon, Michel Bréal, Gréard, seront convaincus de la nécessité de réformer profondément nos modes d'éducation. Espérons qu'aux professeurs trop habitués aux traditionnels errements, succéderont des professeurs plus pénétrés des besoins sociaux actuels. Espérons que le ministre de l'Instruction publique pourra exiger l'application exacte des programmes réformés et restreints. »

Si nous avions un avis personnel à ajouter aux excellen-

tes choses qui ont été dites sur ce sujet à l'Académie par MM. Dujardin-Beaumetz et Lagneau, nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit, il y aura bientôt quatorze ans, dans le n° du 15 octobre 1872, sur la nécessité de concilier les procédés de l'éducation physique avec ceux de l'éducation intellectuelle dans les établissements universitaires, à propos d'une circulaire du ministre de l'Instruction publique d'alors, M. Jules Simon, aux recteurs, sur la nécessité d'instituer la gymnastique d'une manière sérieuse et efficace dans ces établissements. Quel compte a-t-il été tenu de cette circulaire? Quels effets a-t-on obtenus de son application, là où elle a pu être faite? Tout cela nécessiterait l'enquête sérieuse à laquelle nos confrères de l'Académie font justement appel.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Énorme tumeur de l'épaule gauche.

Nous allons avoir, dans quelques instants, à opérer une tumeur de l'épaule, d'un volume réellement énorme, et des plus intéressantes par les différentes opinions émises hier même sur sa nature. Hier, en effet, avait lieu dans nos salles la séance de l'épreuve clinique du concours des chirurgiens du Bureau central, et les juges dudit concours n'ont pu s'accorder touchant le diagnostic de cette tumeur.

En somme, le malade est un homme de quarante-six ans, n'appartenant pas à la classe ouvrière, mais exerçant la profession d'entrepositaire, intelligent, et qui s'est très bien rendu compte du début et de la marche de la maladie. Ce début remonte à six ans, c'est à cette époque qu'il s'est aperçu de l'existence, au niveau de l'épine de l'omoplate gauche, d'une petite tumeur grosse à peine comme une noisette, et absolument indolore.

A partir de ce moment, cet homme a suivi sa tumeur dans son développement, la voyant grossir peu à peu, et continuellement, sans arrêt non plus que sans secousses et sans poussées. Or, comme il n'en souffrait nullement, il ne s'en inquiétait pas et, s'il s'est enfin décidé dans ces derniers temps à venir nous consulter, c'est à cause de la gêne que son énorme volume lui causait et de la difficulté de s'habiller. C'est ainsi qu'il est entré à l'Hôtel-Dieu nous demandant de l'en débarrasser.

Quelques mots maintenant sur l'état dans lequel se trouve cette tumeur. Tout d'abord on est frappé par son volume, qui dépasse celui d'une grosse tête d'adulte, par sa forme oblongue, allongée, assez analogue à celle d'une calebasse ou mieux d'une de ces noix de coco qui proviennent des îles Samoa. Sa direction est oblique. Elle s'étend depuis l'omoplate gauche jusqu'au dessous du bras du même côté, tout en respectant à la fois et l'articulation scapulo-humérale et l'humérus lui-même, ainsi que les mouvements que nous leur imprimons le démontrent très nettement. Par contre, l'omoplate est constamment entraînée dans tout mouvement imprimé à la tumeur, ce qui semble indiquer bien positivement qu'elle a contracté des adhérences avec le scapulum.

L'épine de l'omoplate paraît être sa limite supérieure; la fosse sus-épineuse n'est pas envahie; le bord spinal est libre, tandis que le bord axillaire est noyé dans la tumeur qui a passé sous la fosse sous-scapulaire comme dans la fosse sous-épineuse. En résumé, elle englobe les deux fosses sous-scapulaire et sous-épineuse ainsi que le bord axillaire, laissant libres le bord spinal, l'angle de l'omoplate et la fosse sus-épineuse.

Ses attaches au squelette sont-elles intimes ou ne sont-elles que de simples adhérences? Il n'est pas possible de se prononcer à cet égard. Ce que je crois, tout au moins, c'est que la tumeur adhère à l'os ainsi qu'à certains muscles si même les uns et les autres ne sont pas envahis. De sorte que je m'attends parfaitement à être forcé de comprendre, dans l'opération, une portion du scapulum.

Je passe maintenant à la question de nature de la tumeur, et j'appelle tout de suite votre attention sur la particularité suivante qu'elle présente, particularité vraiment capitale, à savoir que la peau, quoique distendue, est le siège d'une veinosité considérable; ce ne sont pas des veines rampant à la surface de la peau et libres dans le tissu cellulaire, mais de véritables canaux veineux superficiels creusés dans la tumeur elle-même. Et leur existence nous indique que la tumeur est bien parvenue actuellement, dans son développement, contre la peau elle-même, dont les veines ont dû par suite creuser leur sillon dans la tumeur. Pourquoi cette particularité a-t-elle une grande importance? Parce qu'on ne la rencontre que dans les tumeurs malignes. J'ajoute que chez notre malade ces veinosités, ces canaux veineux sont nombreux.

Je ne cite que pour mémoire, — n'ayant aucun rapport avec sa maladie, — certaine tache mélanique assez large, (son diamètre est celui d'une pièce d'un franc) que l'on aperçoit sur la peau qui recouvre la tumeur, tache qui existait depuis son enfance.

Quant à la tumeur, elle est uniforme, non lobée, d'une consistance partout égale, très molle, presque fluctuante, d'une fluctuation que l'on peut appeler gélatineuse. C'est là un caractère qui, joint à celui des canaux veineux, doit conduire immédiatement au diagnostic de : tumeur cancéreuse.

Passons rapidement en revue, d'ailleurs, les diverses tumeurs avec lesquelles on pourrait—quoique difficilement—la confondre. — Serait-ce un lipome? Non, car un lipome est une tumeur lobée, bien que très finement dans certains cas. — Serait-ce un chondrome? J'ai pensé un instant au chondrome ramolli, qui donne quelquefois sous les doigts cette même sensation gélatineuse; mais alors la tumeur de notre malade ne se serait pas aussi uniformément développée. Je ne cite que pour mémoire le fibrôme, car on ne saurait s'y tromper. Mais ce avec quoi elle pourrait davantage être confondue, c'est une tumeur kystique, un kyste hydatique. Quelques-uns des juges du concours, dont je vous parlais tout à l'heure, ont émis cette opinion. Pour moi je ne partage pas leur manière de voir, la percussion ne me donnant pas les vibrations d'une onde *liquide* véritable, mais bien plus celles d'une production gélatineuse. Néanmoins, par prudence et pour éclairer le diagnostic je vais, préalablement à l'opération, faire une ponction exploratrice.

En somme, pour moi, je suis très porté à considérer notre malade comme porteur d'une tumeur colloïde ou cancer colloïde, comme l'a dénommée Cruveilhier. Et, s'il en est ainsi, le pronostic devient très grave, car le cancer colloïde est très souvent suivi d'accidents. Cependant, chez notre malade, nous ne trouvons aucun ganglion engorgé et ce caractère négatif m'encourage vivement à intervenir par une opération chirurgicale, malgré les facilités de récidive à laquelle ce genre de tumeur est sujet. J'ajoute qu'un exa-

men sérieux de tout l'organisme ne nous a révélé aucune affection organique : ce qui est aussi une indication opératoire. Enfin, j'opère parce que nous ne trouvons encore aucune tendance à la généralisation du néoplasme par les lymphatiques.

Du reste, l'opération est très praticable, malgré les grands dégâts qu'elle va nécessiter, car les antiseptiques mettent heureusement les larges plaies à l'abri d'accidents. Je dirai, entre parenthèses, que j'ai toujours soin de faire parfaitement savonner la peau avant de commencer mon opération, et de lui faire subir un lavage antiseptique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Épithélioma de l'utérus, hystérectomie vaginale.

Nous avons aujourd'hui une grave opération à pratiquer sur une femme de quarante-sept ans, sujette depuis un certain temps déjà à des pertes utérines spéciales, peu considérables, mais continues.

Le début de l'affection dont elle est atteinte remonte à trois mois, et cette affection n'est autre qu'un épithélioma limité du col utérin présentant cette particularité favorable que l'utérus est indépendant, mobile. De plus nous n'avons découvert aucune trace de ganglion. D'où l'opération que nous allons pratiquer est l'hystérectomie vaginale.

J'ai dit à plusieurs reprises, et je le répète de nouveau aujourd'hui, que l'hystérectomie vaginale, entreprise pour un cancer de l'utérus, n'était pas une bonne opération dans tous les cas, mais seulement chez les sujets restés valides, dans les cas où l'épithélioma est bien limité et où l'utérus a conservé sa mobilité. Malheureusement en ne suivant pas ces principes on s'est laissé aller à opérer des femmes chez lesquelles le mal était beaucoup trop avancé, chez lesquelles le système ganglionnaire était envahi, des femmes en somme qui n'auraient pas dû être opérées.

Depuis ma première hystérectomie, j'ai été plusieurs fois consulté sur l'utilité de cette opération et trois fois déjà j'ai dû renoncer à la faire : il s'agissait de malades chez lesquelles la lésion n'était pas limitée, l'appareil ganglionnaire était pris et l'utérus avait perdu sa mobilité, c'est-à-dire, en un mot, dans des cas où cette opération présentait une très grande gravité et, par suite, de grandes chances d'insuccès.

Notre malade d'aujourd'hui n'en est heureusement pas là, elle se trouve, au contraire, dans de bonnes conditions, dans les conditions requises.

Ce n'est que depuis un peu plus d'un an que l'hystérectomie vaginale est entrée dans la pratique chirurgicale française. Jusque-là elle n'était guère pratiquée qu'à l'étranger, tant les résultats thérapeutiques obtenus paraissaient encore peu sûrs. C'est surtout aux chirurgiens de Bordeaux que nous devons de l'avoir vue introduite en France. M. le docteur Demons, agrégé de la Faculté de médecine de cette ville, a publié, il y a un an, dans la *Revue de chirurgie,* une note fort intéressante qui fait connaître la situation à cette époque : soit quatre opérations pratiquées, dont les résultats sont une mort rapide et trois succès.

L'année dernière, une jeune femme de trente-quatre ans se présentait dans mon cabinet pour un épithélioma naissant du col de l'utérus. La maladie était même si récente qu'au premier moment le diagnostic me paraissait incertain ; mais, après un examen attentif, je ne pouvais avoir aucun doute sur la nature de son mal. Je pratiquai l'hystérectomie — c'était au mois de juin 1885 — l'opération ne fut suivie d'aucun accident; un jour seulement, par un temps d'orage, la malade éprouva quelques troubles nerveux tout à fait passagers. Une guérison parfaite eut lieu. Cette femme va aujourd'hui très bien et paraît tout à fait indemne. Pendant quatre mois elle eut un rappel des périodes menstruelles, puis la ménopause naturelle s'établit et depuis plus de six mois ses règles n'ont plus reparu. Les parties ont un aspect rose, très bon, le vagin est profond, souple; bref, le tout est dans un excellent état.

Lors de la dernière sesion du Congrès de chirurgie, plusieurs membres nous ont entretenus de succès opératoires très bons aussi et assez nombreux, si bien qu'en réalité, depuis un an, on a fait, rien qu'à Paris, une douzaine d'hystérectomies. Quelques-unes seulement ont été suivies de la récidive de l'épithélioma à bref délai, par cela même que l'opération avait laissé quelques points malades. Bref, l'hystérectomie a donné des succès dans la proportion de plus de 50 pour 100.

En résumé, l'opération repose sur deux points : si, d'une part, les insuccès thérapeutiques ont pour cause une lésion trop étendue et une amputation insuffisante, de l'autre il faut savoir que deux dangers accompagnent l'hystérectomie : 1° un danger immédiat, c'est l'hémorrhagie, pouvant survenir au cours de l'opération ou dans la journée et, par suite, entraîner la mort si on ne parvient pas à lier les vaisseaux; 2° une péritonite rapidement mortelle si l'antiseptie préalable à l'intervention chirurgicale n'a pas été faite avec le plus grand soin pendant deux ou trois jours (lavages antiseptiques, pansements à l'iodoforme). C'est grâce à ces précautions que l'an dernier, chez mon opérée, le péritoine est resté parfaitement indemne.

Voici maintenant comment nous allons procéder à l'opération, la malade étant placée dans le décubitus dorsal et préalablement anesthésiée : incision en avant comprenant la muqueuse vaginale et le col utérin, détacher graduellement la face postérieure de la vessie de la face antérieure de l'utérus avec un instrument mousse, libérer le péritoine de l'utérus; nouvelle incision de la muqueuse vaginale sur le col utérin en arrière et décollement graduel d'avec le rectum jusqu'au cul-de-sac postérieur, décollement du péritoine, libération de l'utérus, abaissement de l'utérus et, avant sa section, ligatures du pédicule vasculaire placées avec le plus grand soin, de peur de les voir se détacher et tomber après l'incision comme ayant été insuffisamment serrées. M. Richelot préfère appliquer de longues pinces à forcipressure directement sur le pédicule et laissées à demeure pendant quarante-huit heures. Pour moi, j'aime mieux la ligature à moins qu'elle présente trop de difficultés. On clôt ensuite la plaie par un point de suture placé au fond du vagin, afin d'empêcher l'intestin de s'y engager; on met deux tubes à drainage dans la cavité péritonéale; puis, on bourre de gaze iodoformée la cavité vaginale, on recouvre le tout en ayant soin de laisser la place nécessaire pour le cathétérisme quotidien de la vessie. Il faut avoir la précaution aussi d'envelopper les jambes de la malade de cardes de ouate pour maintenir une bonne température.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Contracture spasmodique hystérique du membre supérieur consécutive à une fracture des os de l'avant-bras.

Le malade que vous voyez devant vous est un homme petit, vigoureux, garçon d'étal chez un boucher, qui nous offre un nouvel exemple curieux d'accidents hystériques à la suite de traumatisme. Il est atteint de contracture avec déformation du membre supérieur gauche.

Originaire du Périgord, il n'a reçu aucune instruction, il sait à peine lire, et sa profession est loin d'être de celles qui peuvent surexciter le système nerveux. Garçon boucher dans son pays jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, il est venu à Paris où il continue la même profession depuis cinq ans, mais d'une manière plus fatigante, et c'est dans l'exercice même de son métier que l'accident dont il a été victime est arrivé.

Ses antécédents de famille sont absolument nuls, de même que ses antécédents personnels. Il n'a jamais été malade ; il n'est point alcoolique, il ne boit pas plus d'une chopine de vin par jour, nous dit-il, mais il boit de trois à quatre verres de sang tous les jours comme la plupart des garçons bouchers pour acquérir plus de force. Or l'accident qui lui est arrivé est le suivant : Une moitié de bœuf pesant à elle seule près de 1 000 kilogrammes était pendue au crochet de la boutique ; lorsque, sur un ordre de son patron, il essaya de l'enlever, le crochet cassa et la masse de viande tomba sur lui, le renversant à terre et déterminant une fracture des deux os de l'avant-bras gauche.

En général lorsqu'un traumatisme de cette violence frappe un sujet nerveux, — et notre malade, ainsi que cela nous est prouvé, rentre dans la catégorie des nerveux, — il détermine un ébranlement, une sorte de choc nerveux qui produit un certain degré d'amnésie. C'est ainsi que cet homme ne peut nous raconter tout ce qui s'est passé au moment de l'accident. Cependant, quand il s'est relevé, il éprouva, dit-il,—et il l'a éprouvée encore les jours suivants, — une sensation d'absence du bras gauche, lequel lui semblait remplacé par un corps pesant environ une quarantaine de livres. C'est là un de ces faits d'anesthésie psychique qui se traduit par une absence du membre et l'impossibilité de le remuer, c'est-à-dire une parésie et une anesthésie, fait auquel en chirurgie on a donné, dans certains pays, le nom de *choc local*.

D'ailleurs chez chacun de nous, même les moins nerveux, tout choc un peu rude produit passagèrement l'anesthésie et l'impossibilité de mouvoir le membre frappé. *A fortiori* si nous sommes des sujets nerveux, le phénomène est-il plus prononcé. J'ajoute que ce n'est pas la douleur qui nous empêche de remuer le membre, mais la parésie instantanée dont il est le siège. C'est ainsi que nous voyons, dans une observation de Strossmayer, une femme être amputée de la cuisse, à la suite d'une fracture comminutive, sans en éprouver la moindre douleur ; la sensibilité revenait seulement quelques jours plus tard.

En résumé, ce qui n'est qu'une parésie du choc local chez tout le monde, devient chez les hystériques une monoplégie durable. Mais, j'ai hâte de le dire, il ne faudrait pas confondre ce choc local avec la stupeur locale, sur laquelle M. Verneuil a appelé à juste titre l'attention, et dans laquelle le membre peut perdre toute circulation, se paralyser et être menacé de gangrène. Dans ce cas-ci, on est en présence d'une cause mécanique, c'est-à-dire de la compression des vaisseaux produite par une tumeur sanguine, de telle sorte que si l'on vient à débrider à temps de façon à faciliter l'écoulement du sang, par suite, à faire disparaître l'élément comprimant, la paralysie cesse.

Mais pour en revenir à notre malade, je dis donc qu'il a eu le *choc local* et, aussitôt après, la parésie du membre fracturé. Bref, il y avait fracture avec tuméfaction du membre, si bien qu'à son arrivée à l'hôpital Saint-Antoine, M. Périer fit placer ledit membre, recouvert d'un cataplasme, dans une gouttière, à cause du gonflement. A ce moment-là il n'y avait pas encore de contracture, mais parésie des mouvements et de la sensibilité. Au bout de quinze jours, un appareil plâtré fut posé sur la fracture, et le malade quitta l'hôpital. Ce fut au bout de quarante-cinq jours seulement qu'un médecin de la ville le retira et constata alors l'existence d'une contracture qui, depuis cette époque, n'a pas cessé.

En proie à une assez vive émotion, il retourna à l'hôpital Saint-Antoine. M. Périer le chloroformisa et obtint la résolution complète du membre, résolution temporaire qui cessa dès que le malade ne fut plus sous l'influence du médicament. Ce que voyant on appliqua un bandage, la main placée sur une planchette, mais il ne put rester que fort peu de temps en place, la main faisant effort pour reprendre sa position de contracture.

C'est alors que reconnaissant qu'il s'agissait d'autre chose que d'une simple contracture, M. Périer m'adressa son malade.

En présence de quelle affection nous trouvions-nous donc ? D'une contracture spasmodique hystérique, ainsi que je vais maintenant vous le démontrer ; d'une contracture de tout le membre supérieur gauche, depuis l'épaule jusqu'aux doigts, dont les ongles pénétreraient dans les chairs de la paume de la main, si nous ne les en garantissions par une couche de ouate interposée.

Cette contracture est bien spasmodique, musculaire, et non pas le résultat d'une affection articulaire, puisque le chloroforme la fait cesser. Elle n'est pas non plus la conséquence de l'application d'un bandage trop serré, d'une ischémie, suite de compression déterminant une sorte de rigidité cadavérique, une cirrhose musculaire, une désorganisation des muscles, une contracture fibreuse indélébile, comme Wolkmann l'a prétendu dans un travail qu'il publia en 1881, Qu'il ait vu des cas de contracture ainsi survenir à la suite d'une constriction exagérée de l'appareil de fracture, ayant été jusqu'à la rigidité cadavérique, à l'altération des muscles et à la gangrène ; cela est parfaitement possible ; mais, parmi les faits qu'il a cités, n'en est-il pas aussi qui appartiennent à la contracture spasmodique de cause non organique, mais hystérique ; je suis très porté à le croire.

La contracture hystérique se distingue de la contracture de cause organique par plus d'un caractère et notamment par l'absence de désordres cérébraux ; par l'intensité même de la contracture ; par sa persistance pendant le sommeil ; par l'anesthésie de tout le membre ainsi contracturé ; par les stigmates de l'hystérie qui l'accompagnent. C'est ainsi que, chez notre malade, nous trouvons une anesthésie complète de tout le côté gauche du corps, un rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche, la perte des sens du goût, de l'olfaction et de l'audition du côté gauche également. Enfin, j'ajoute que cet homme a de temps en temps de petites attaques hystériques à forme d'épilepsie partielle.

Il est donc bien, de par tous ces stigmates, un hystérique.

Mais pourquoi, par exemple, a-t-il eu plutôt une contracture qu'une monoplégie de son membre, comme un autre malade du service, chez lequel nous observons ce dernier phénomène survenu à la suite d'un tamponnement entre deux wagons? Pourquoi? Parce que la fracture de son avant-bras a nécessité l'application d'un appareil de contention de sa fracture. Je vous le prouve immédiatement en appliquant un bandage sur le membre monoplégié du malade tamponné, bandage sous l'influence duquel nous voyons se transformer immédiatement sa monoplégie en une contracture momentanée ; et cette contracture deviendrait à son tour permanente, comme chez notre premier malade, si ledit bandage était maintenu pendant un certain temps. Nous pouvons encore vous en donner une autre preuve; en effet en appliquant ce même bandage sur le membre inférieur de notre contracturé du bras, nous déterminons aussitôt une contracture de ce membre inférieur.

En résumé donc, il ne saurait y avoir le moindre doute que nous sommes en présence d'une contracture spasmodique hystérique du membre supérieur, consécutive à une fracture des deux os de l'avant-bras.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 septembre 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Un pli cacheté déposé par M. le docteur Riche, de Jeumont (Nord).

M. DUJARDIN-BEAUMETZ met sous les yeux de ses collègues un instrument imaginé par M. G. Gautier pour les injections vaginales.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Régnier, une note relative à l'influence des eaux d'alimentation sur le développement de la fièvre typhoïde.

RAPPORTS

Remèdes secrets. — M. CAVENTOU, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Les personnes inscrites pour des lectures étant absentes et l'ordre du jour épuisé, M. le président lève la séance.

VARIÉTÉS

La falsification du beurre (1)

Par M. E. de Neyremand, conseiller à la cour de Nîmes.

« On estime le beurre bon pour la guérison des ulcères, dit Savary dans son *Dictionnaire du commerce*, et quelques-uns s'en servent comme d'un opiat excellent pour la conservation des dents ; mais chacun sait que l'usage qu'on en fait ordinairement est d'être employé et mangé de différentes manières. » C'est cet usage que les Grecs et les Romains ignoraient ; ils appréciaient dans le beurre le remède et nullement le comestible. Cependant Pline l'Ancien veut bien reconnaître que c'était un mets délicieux... chez les nations barbares.

Plus favorisés, au contraire, les Hébreux et les Indiens connaissaient la préparation du beurre et son emploi culinaire. « Celui qui bat le lait en fait sortir le beurre », dit Salomon (Prov. 30). David et Moïse le font figurer parmi les provisions de bouche. « Il mangera du beurre et du miel jusqu'à ce qu'il sache rejeter le mal et choisir le bien », prophétise Isaïe (ch. 7, vers. 15). Enfin la Genèse nous apprend qu'Abraham servit à ses trois visiteurs « du beurre et du lait avec le veau qu'il avait fait cuire » (ch. 18, vers. 8). Les *Lois de Manou* (traduction de Loiseleur-Deslongchamps, p. 82 et 166) nous révèlent que le beurre liquide était une offrande particulièrement agréable aux divinités, et mentionnent le samyava, mets fait avec du beurre, du lait, du sucre et de la farine de froment.

C'est du Nord surtout que nous est venu le beurre. Un Hollandais du XVIIe siècle, Martin Schoockius, qui a composé en latin l'histoire des harengs et des cigognes, a consacré au beurre une monographie fort curieuse. Il nous le montre naissant dans la Germanie et se répandant en France et dans les autres pays de l'Europe. Cette importation est un bienfait aux yeux des gastronomes; oui, le beurre est un aliment des plus recommandables, quoi qu'en disent les oléomanes du Midi, plus exclusifs que David, qui goûtait également l'huile et le beurre, si l'on en croit le verset 21 de son psaume 55 : « Les paroles de sa bouche sont plus douces que le beurre... Ses paroles sont plus douces que l'huile. »

Malheureusement le beurre, denrée chère, est facile aux unions adultères, *cereus in vitium flecti*. Voici un petit inventaire des substances variées que le consommateur est exposé à y rencontrer : craie, argile, gypse, sulfate de baryte, lait durci au feu, fécule de pommes de terre ou de maïs, pommes de terre cuites ou crues et râpées, farine de blé, moelle, fromage, eau, axonge, suif de veau, graisse de bœuf, alun, carbonate, acétate et chromate de plomb, acide salicylique, borax, huile d'arachide, enfin l'oléo-margarine ou beurre artificiel extrait de la graisse de bœuf; ce produit, qui jouit d'une grande faveur dans le monde des falsificateurs, a un goût et une odeur médiocrement agréables, et ne peut remplacer le beurre naturel, a dit M. Riche dans son rapport à l'Académie de médecine.

A cette liste, qui est loin d'être complète, ajoutons la désignation de quelques matières colorantes employées pour tromper l'acheteur et lui faire passer pour pur ce qui est frelaté : safran, curcuma, suc de carotte, calices d'ackekenge, orcanettes, fleurs de souci, baies d'asperges, suc de chélidoine, rocou, fleurs de renoncule et jaune d'aniline, une de ces brillantes mais déplorables couleurs tirées de la houille, qui fournit aussi la fuchsine, si chère aux fabricants de vins.

Parmi les manipulations dont le beurre est l'objet et le consommateur la victime, mentionnons encore l'addition de beurre de qualité inférieure et le fait de « retravailler le beurre », qui consiste à en fabriquer du frais avec de l'ancien. Ces tours de main font le bonheur de Lucifer, qui, d'après Rabelais, « soupe très bien des apothicaires, faulsaires et adultérateurs de marchandises ».

La multiplicité des préparations déloyales auxquelles se sont livrés les marchands de beurre a de tout temps provoqué des répressions. Dès le 25 novembre 1396, le prévôt de Paris défendait de falsifier le beurre, sous les peines les plus sévères; une ordonnance du lieutenant civil sur la police générale de Paris, en date du 13 mars 1635, contenait les dispositions suivantes : « Sont faites inhibitions et défenses à toutes personnes de regratter, repétrir et patrouiller aucun beurre, soit frais ou salé, le charger, mixtionner, n'y mesler en aucune sorte et manière que ce soit, à peine du fouet; et pour obvier aux plaintes qui se font journellement et pourraient être faites à l'avenir contre les dits patrouilleurs et patrouilleuses de beurre, défenses leur sont faites d'exposer en vente, ni débiter aux halles, marchés ni autres lieux publics, par les rues, aucun beurre patrouillé, à peine de confiscation d'iceluy, de 50 livres parisis d'amende et de punition corporelle. » Cette ordonnance a été renouvelée par un arrêté du 22 février 1691, qui y a ajouté la défense de mixtionner le vieux beurre avec

(1) Extrait de la *Gazette des Tribunaux*.

le nouveau et d'employer la fleur de souci ou autres herbes et drogues pour lui donner de la couleur.

Puis sont venus l'article 423 du Code pénal et la loi du 27 mars 1851, déclarés applicables aux boissons par la loi du 5 mai 1855, qui forment un code complet sur les tromperies dans la vente des denrées et substances alimentaires ou médicamenteuses et des autres marchandises. Conçu dans un intérêt de moralité commerciale et de santé publique, cet ensemble de lois répressives est peut-être trop sobrement appliqué, si l'on considère la variété et la fréquence des tromperies, le cynisme même des artistes en fraudes qui déposent dans les annonces une foule de préparations destinées à la falsification.

L'article 423 du Code pénal punit la tromperie sur la nature de toute marchandise vendue. La loi du 27 mars 1851 réprime la falsification des denrées alimentaires, la vente ou mise en vente, la simple détention des denrées falsifiées : trois mois à un an de prison et deux ans au cas de mixtions nuisibles à la santé, une amende qui ne peut être inférieure à 50 francs, l'affiche et l'insertion du jugement, la confiscation de la marchandise, telles sont les pénalités édictées par l'article 423 et la loi de 1851. Ainsi, par application de ces dispositions, la vente de l'oléo-margarine sous l'étiquette de beurre constitue la tromperie sur la nature, punie par l'article 423; la vente ou mise en vente, sous le nom de beurre, d'un mélange d'oléo-margarine et de beurre naturel, mixtion qui est une falsification, tombe sous le coup de la loi du 27 mars 1851.

De son côté, l'autorité municipale, investie par la loi du 24 août 1790 du droit de surveillance sur les denrées qui se vendent dans les marchés publics, peut prendre des arrêtés ayant pour but d'assurer la fidélité dans le débit et la salubrité du beurre. C'est ainsi que la Cour de cassation a décidé qu'un maire avait pris, dans la limite de ses attributions, un arrêté portant que « les beurres apportés par les marchands en gros à la halle devront être en mottes, tels qu'ils ont été achetés des cultivateurs, et qu'il est formellement interdit de les mélanger entre elles, de manière à en faire des masses pressées dans des sacs ou mannequins ».

Maintenant consacrons quelques lignes à des fraudeurs qui ont échoué en police correctionnelle. Un gros marchand de beurre « suisse ou des Alpes » recevait du Havre des envois considérables de graisse d'Amérique, matière qui se vend à vil prix. Cette circonstance donna l'éveil au parquet, qui fit saisir des échantillons du beurre vendu par ce grand consommateur de graisse d'Amérique, et les soumit à l'analyse de M. Schutzenberger, alors professeur à l'École professionnelle de Mulhouse et aujourd'hui au Collège de France. Cet éminent chimiste aboutit aux conclusions suivantes : le beurre est additionné de graisse dans la proportion de 45 p. 100 pour le premier échantillon et de 65 p. 100 pour tous les autres. La falsification était évidente, et le falsificateur fut traduit en police correctionnelle.

A l'audience, il se décida à faire des aveux et à divulguer sa recette : pour faire du beurre des Alpes, on prend 50 p. 100 de beurre de Bavière, 53 p. 100 de graisse de porc et 15 p. 100 de graisse de bœuf; on colore le tout avec du safran ou du curcuma; on fait le mélange à chaud; on le laisse reposer pendant dix heures et on livre à la consommation un beurre parfaitement sain. Cette préparation rapporte beaucoup d'argent au préparateur, dit le prévenu, et ne fait aucun mal au consommateur; c'est tout simplement une bonne opération commerciale, qu'aucune loi ne peut punir. Une simple condamnation à 100 francs d'amende vint couronner cette belle défense. (Application de la loi du 27 mars 1851.)

Voici une autre fraude : un paysan, un de ces candides hommes des champs que Virgile a chantés dans de si beaux vers, avait imaginé d'enrober d'une couche de beurre une pelote de graisse de bœuf; comme il garantissait son beurre pur et frais, il ne permettait pas aux amateurs de l'entamer pour le goûter. Ce pardessus fallacieux a valu à son auteur un mois de prison et 50 francs d'amende, par application de la loi du 27 mars 1851.

Un autre spéculateur avait vendu comme beurre fondu tout simplement de la graisse colorée avec du safran; ce n'était plus de la falsification, mais une tromperie sur la nature de la chose vendue. On lui infligea la pénalité de l'article 423 du Code pénal.

En résumé, les lois existantes peuvent atteindre la dénaturation, la falsification, la coloration du beurre et toutes les tromperies imaginées dans ce genre de commerce. Lors de la discussion de la loi du 27 mars 1851 à l'Assemblée législative, M. Riche, dans son rapport, signala le beurre parmi les substances alimentaires particulièrement vouées à la falsification. On serait donc mal fondé à prétendre que la loi du 27 mars 1851 ne prévoit pas les adultérations de cette denrée. Il est difficile dès lors de comprendre pourquoi la Chambre des députés a récemment pris en considération un projet de loi dû à l'initiative de plusieurs de ses membres et tendant à la répression des fraudes dans la vente du beurre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous extrayons d'un rapport de Mgr d'Hulst, recteur de l'Institut catholique de Paris, les renseignements suivants :

« L'Institut catholique de Paris n'a pas encore créé d'École de médecine. On oppose à cette abstention le succès de la Faculté de Lille. Les fondateurs de l'établissement parisien n'ont jamais marchandé leur admiration à l'initiative hardie et féconde des catholiques du Nord. Mais ceux qui leur reprochent de n'avoir pas eu la même audace perdent de vue une différence capitale entre Paris et Lille. A Lille, un traité passé avec l'administration de l'hôpital Sainte-Eugénie a permis à l'école libre de médecine *moyennant une somme de* 140,000 *francs une fois donnée*, d'établir ses cliniques dans une moitié de cet hôpital (300 lits). Ainsi, l'on n'a pas eu à créer l'hôpital, et l'on n'a pas à l'entretenir.

A Paris il faut créer l'hôpital (dépense prévue 5 millions), et l'entretenir (dépense annuelle dépassant 400,000 francs).

A Lille donc on a eu pour 140,000 francs de capital ce qui représentera à Paris une dépense de 5 millions d'établissement et de 400,000 francs d'entretien, soit un capital d'environ 15 millions.

Cette œuvre immense est commencée. Un terrain plus vaste que celui de l'hôpital Sainte-Eugénie (46,000 mètres) est acheté et payé. Une partie des constructions est achevée et l'hôpital Saint-Joseph a déjà 52 lits occupés par des malades. L'entreprise se poursuit par l'initiative de la *Société anonyme hospitalière*, qui construit, et de l'*Œuvre de Notre-Dame de consolation*, qui recueille les secours nécessaires à l'entretien. Un médecin directeur et les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul administrent la maison. Déjà 1,800,000 francs ont été dépensés dans cette œuvre.

En attendant que l'enseignement clinique puisse commencer à Saint-Joseph, l'Institut catholique ne se désintéresse pas des étudiants en médecine. Une conférence, qui a son siège dans les bâtiments de l'Institut et qui a pour directeur un Père Jésuite, groupe déjà plus de cent membres et leur offre, avec les ressources de la persévérance chrétienne, les moyens d'étude et d'émulation, une bibliothèque, une salle de conférences, des collections, etc. Les membres de cette réunion occupent chaque année un rang distingué dans les concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux. »

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'arthrotomie, par le docteur A. Jalaguier, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Un beau vol. in-8° de 260 pages et 7 tableaux. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle, par RAISON (A.-G.). Volume in-8° de 42 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20044

52

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins qui voudront bien nous demander une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon gratuit, sont priés d'adresser très exactement leur lettre à *MM. P. Lebeault et Cie*, et non à la *Pharmacie Lebeault.*

21

RHUMES — TOUX — BRONCHITES — AFFECTIONS DE LA POITRINE.

GOUTTES LIVONIENNES

DE TROUETTE-PERRET

Créosote de hêtre, 0,05cgr; Goudron, 0,07cgr 1/2, Baume de tolu, 0,07cgr 1/2.

DOSES : *De 2 à 4 capsules matin et soir.*

3 fr. le flacon de 60 capsules.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

78

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre.* Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris, et dans les pharmacies.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée, et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20 et 30 francs** *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

26

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

97

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

19

CHOLÉRA, DIARRHÉES DU TONKIN, INFANTILES ET AUTRES. TRAITEMENT PAR

L'ÉLIXIR DU Dr LAUBIE

L'Élixir du docteur Laubie, actuellement expérimenté **officiellement** dans les hôpitaux de la **Guerre** et de la **Marine**, est aujourd'hui considéré comme le spécifique du choléra et des diarrhées infectieuses et microbiennes. Il est surtout remarquable par l'instantanéité de son action anexosmotique et antiseptique.

GUY, pharmacien à Bergerac (Dordogne).

Dépôt : Paris, PIOT, 28, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie.

41

Récompense de 16,600 fr. — Médaille d'OR *à l'Exposition internle médicale de Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

39

ALCALOÏDES DU QUINQUINA

Ancnne Mon J. THOMAS et Cie.

A. TAILLANDIER

USINE A ARGENTEUIL.

Médaille d'Argent : Bordeaux 1865, Havre 1868, Paris 1878.

Médaille d'Or : Amsterdam 1883.

Le **Sulfate de Quinine chimiquement pur de Taillandier** est exempt de *Sulfate de cinchonidine*; il a une composition toujours constante, soit :

QUININE	74.31
ACIDE SULFURIQUE MONOHYDRATÉ.	11.24
EAU DE CRISTALLISATION.	14.45

C'est le **Sulfate de Quinine officinal** répondant aux divers essais du Codex de 1884.

Sa cristallisation aiguillée et plus grosse le distingue des autres sulfates de Quinine. En le prescrivant, MM. les Docteurs seront sûrs d'avoir un produit pur et toujours constant.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

2

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses :** *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale :** *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

110

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2° En **Pilules**, à 10 centigr.; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Nº 112. — SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1886. — Nº 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les pneumonies infectieuses épidémiques du premier semestre 1886.

Les grippes et pneumonies saisonnières annuelles de l'hiver et du printemps ont eu, cette année-ci, une durée et une intensité exceptionnelles, qui leur a valu, à juste titre, la qualification d'épidémie. Cette épidémie, qui a commencé, en effet, en janvier, pour ne se terminer qu'à la fin de juin, a présenté un caractère particulier de gravité. Elle a donné lieu, dans divers services et en divers lieux, à quelques observations intéressantes qu'il nous a paru utile de grouper ici, pour en mieux faire ressortir les caractères communs et l'expression générale.

Ce sont d'abord les faits observés à Lyon et rapportés dans le *Lyon médical* par M. le professeur Lépine, auxquels nous ferons ici une place d'honneur.

Épidémie de Lyon.

Durant le cours de l'hiver, dit M. Lépine, la mortalité causée par la pneumonie a dépassé, à Lyon ainsi qu'en beaucoup d'autres localités, le taux des hivers précédents. Pour Lyon seulement, les relevés de décès, faits sur les registres de l'état civil, ont donné, pour les mois de janvier, février, mars et la première quinzaine d'avril, 210 décès par pneumonies aiguës et 240 par broncho-pneumonies (défalcation faite des broncho-pneumonies secondaires). Certains quartiers ont été particulièrement frappés, et l'on a pu constater l'existence de véritables foyers de cas graves. Le plus intense a été celui de la prison Perrache, où le regretté docteur Pernot a contracté la pneumonie à laquelle il a succombé, d'une manière presque foudroyante, dans la force de l'âge et en plein état de santé. Le docteur L. Blanc, qui a succédé à M. Pernot dans les fonctions de médecin de la prison, et qui a communiqué à M. Lépine des renseignements sur les pneumonies qu'il a observées, a été frappé surtout de la fréquence des complications viscérales, notamment de la péricardite.

Pendant que ces complications étaient constatées à Lyon, M. le professeur Cornil signalait à ses élèves, dans ses conférences anatomo-pathologiques de l'Hôtel-Dieu, la fréquence, sur les cadavres de sujets morts de pneumonie dans les différents services, d'altérations viscérales secondaires, de méningites, d'endocardites, de pleurésies fibrineuses, ou, en d'autres termes, des « généralisations » de la pneumonie, expression fondée sur la démonstration de l'existence, dans les lésions secondaires, de micrococcus identiques avec ceux de la lésion du poumon. — D'où M. Lépine tire cette conséquence que les complications viscérales de la pneumonie que l'on considérait, il y a peu d'années, comme accidentelles, sont de véritables métastases.

M. Lépine fait suivre cette relation, dont nous n'extrayons ici que les faits les plus saillants, de considérations pratiques et expérimentales sur le traitement des pneumonies infectieuses, sur lesquelles nous reviendrons.

Épidémie de Paris.

A Paris, des faits analogues ont été constatés pendant les mêmes périodes hivernale et printanière, dans divers services des hôpitaux, et très probablement aussi dans la pratique civile, si l'on en peut juger par les chiffres élevés de la mortalité par pneumonie, consignés dans les Bulletins hebdomadaires de statistique municipale, pour les mois de janvier, février, mars, avril et mai.

Voici la relation sommaire de trois observations de pneumonie infectieuse, recueillies par M. Lauth, dans le service de M. Hanot, à l'hôpital Tenon, et rapportées dans la Revue clinique des *Archives générales de médecine* de juillet dernier. Elles ont été choisies parmi un assez grand nombre d'autres semblables, présentant toutes ces caractères communs, de formes malignes, d'état général grave d'emblée, de début insidieux, de localisations multiples, notamment d'endocardites et de méningites, tous témoignages irrécusables de la nature infectieuse de l'affection.

Le premier de ces trois faits est un cas de pneumonie suppurée du poumon gauche, survenue chez un homme âgé de soixante-deux ans, sans antécédents morbides; la pneumonie compliquée d'hémiplégie droite avec aphasie s'est terminée par la mort le vingt et unième jour de l'invasion. On a trouvé à l'autopsie les lésions d'une endocardite végétante et d'une méningite fibrino-purulente. On a constaté l'existence du diplocoque lancéolé (de Talamon)

dans les végétations de l'endocarde et dans l'exsudat méningé, comme dans l'exsudat pneumonique.

Le deuxième fait est un cas tout semblable de pneumonie suppurée, compliquée de méningite fibrino-purulente latente, de kyste hydatique du foie et de kyste séreux du rein, chez un homme de soixante-huit ans, également sans antécédents morbides, mort après une huitaine de jours environ de maladie. La méningite et les kystes n'ont été révélés qu'à l'autopsie.

La troisième observation a trait à un homme de trente-quatre ans, ayant succombé au bout de douze jours à une pneumonie, avec petit abcès du poumon et arthrite purulente du genou, état adynamique typhoïde. L'examen des crachats, fait à plusieurs reprises, a toujours montré un grand nombre de diplocoques. Aucune trace de tubercules ni de bacilles dans le poumon, le foie et l'intestin. Le liquide purulent du genou ne contenait que des microbes ordinaires de la suppuration. Enfin le poumon, à part le foyer purulent bien circonscrit, bien isolé qu'il contenait, ne présentait en aucun autre point de son parenchyme d'hépatisation grise.

Épidémie de l'hôpital de la Pitié.

Enfin une véritable épidémie, caractérisée particulièrement par plusieurs cas de contagion intérieure, s'est montrée à la même époque en janvier, février et mars dernier dans l'une des salles du service de M. Lancereaux, à la Pitié. La relation qu'il en a faite avec le concours de l'interne de son service, M. Besançon, dans le même recueil (numéro de septembre), est des plus intéressantes. On nous pardonnera d'y insister un peu plus longuement.

Le premier pneumonique de 1886, disent MM. Lancereaux et Besançon, est entré dans le service le 26 janvier. En deux mois, surtout à partir du mois de mars, il y a été traité 23 cas : 2 en janvier, 8 en février, 13 (dont 7 sont venus du dehors et 6 nés au dedans) en mars, c'est-à-dire un nombre plus considérable que dans toute l'année précédente.

Les 6 cas intérieurs ont particulièrement attiré l'attention de MM. Lancereaux et Besançon. Ces 6 cas ont été suivis de mort, alors que 2 seulement des 17 malades venus du dehors ont succombé. Ces 6 pneumonies contractées dans la salle se sont produites simultanément, au mois de mars, dans l'espace d'une semaine. Quatre ont frappé d'anciens malades retenus depuis longtemps dans le service pour des affections diverses ; les 2 autres ont atteint deux personnes du service, l'infirmier de la salle et un des externes du service (Clare Saint-Allais dont nous avons annoncé dans le temps la mort si regrettable).

Tous les cas intérieurs se sont développés dans une seule des trois salles du service (la salle Piorry). Cette salle, étroite et basse, où les lits sont très rapprochés, avait reçu du dehors pendant le mois de février un assez grand nombre de pneumoniques. C'est seulement au bout de quelques jours, quand ces malades s'y sont trouvés accumulés, que la salle est devenue un véritable foyer de contagion, et que les 6 cas intérieurs s'y sont produits presque simultanément.

Ces 6 cas intérieurs du mois de mars forment un groupe saisissant, dont MM. Lancereaux et Besançon relèvent en ces termes les principaux points :

Ce n'est pas seulement par sa contagiosité que la pneumonie de 1886 s'est distinguée de la pneumonie classique des constitutions médicales ordinaires. L'aspect clinique et l'évolution se sont également éloignés du type commun de cette affection.

Plusieurs de ces malades souffraient déjà depuis quelques jours de la grippe ou d'une bronchite, lorsque la pneumonie s'est manifestée. Au lieu du brusque frisson initial, unique, la maladie a débuté dans ces cas par de petits frissons multiples. Le point de côté et l'angoisse thoracique, en revanche, ont été très accentués.

La dyspnée a paru en rapport direct avec cette vivacité insolite de la douleur.

Chez plusieurs malades, la mort a été précédée d'une période relativement longue de cyanose avec refroidissement des extrémités.

L'expectoration a généralement manqué des caractères habituels aux crachats pneumoniques. On a noté, dans presque tous les faits, une expectoration abondante, non rouillée, mais colorée en rose comme celle de la congestion active du poumon. La viscosité des crachats était modérée. Dans un cas terminé par la mort le dix-septième jour, les crachats ont fait défaut pendant toute la durée de la maladie.

La comparaison des courbes thermiques d'une vingtaine de malades a mis en évidence ce fait, à savoir : que l'élévation de la température n'a pas été en rapport avec la gravité de l'affection. Dans les cas terminés favorablement, la courbe s'est montrée classique, avec son ascension rapide, le taux élevé de la température à la période d'état, la défervescence brusque à la fin du cycle morbide. Le plus souvent alors la crise s'est faite par la peau.

Dans les cas mortels, la courbe thermique a été le plus souvent irrégulière, avec de grandes oscillations. Dans plusieurs observations, la défervescence s'est produite par lysis et la mort n'est survenue que quelques jours après, avec une nouvelle ascension de la température.

La durée de l'évolution, enfin, n'a pas été moins variable et moins anomale. Deux malades ont succombé au cinquième jour ; deux autres, l'un au deuxième et l'autre au troisième jour. Dans trois cas, au contraire, la mort n'est arrivée que le dix-septième, le vingt-quatrième et le quarante-septième jours.

Comme particularités dans les lésions anatomiques, MM. Lancereaux et Besançon n'ont indiqué que la fréquence des moules fibrineux bronchiques ou l'abondance des concrétions muco-purulentes dans les conduits aériens. Le raclage de la surface pulmonaire montrait les mêmes organismes lancéolés déjà trouvés dans l'expectoration. Chez les deux sujets, celui qui n'a succombé qu'au quarante-septième jour, les pneumocoques avaient été constatés dans les crachats au début de la maladie. Ils n'existaient plus au niveau du reliquat de sa pneumonie.

Chez l'un des malades, celui qui est l'objet de l'observation VI[e] (le deuxième cas intérieur), le début a eu lieu brusquement par un point de côté et une dyspnée extrême. La mort est survenue le troisième jour. On a constaté à l'autopsie des manifestations non pulmonaires de l'infection, à pneumocoques, une pleurésie fibrino-suppurée à pneumocoques.

Enfin dans deux cas semblables, la pneumonie qui, elle-même avait été précédée de grippe, s'est compliquée d'endocardite et de méningite à pneumocoques, qui n'ont été reconnues qu'à l'autopsie.

En résumé, dans cette épidémie de la Pitié, on peut dis-

tinguer trois phases successives : une première allant de janvier à mars, où les pneumonies en grand nombre ont été précédées de grippes ou de bronchites et ont fait peu de victimes : une deuxième phase, de mars à juin, dans laquelle l'épidémie étant dans son plein, les salles encombrées, se montrent les signes d'infection et les complications et où les premiers cas de contagion ont commencé à se manifester. Dans la troisième phase, qui succède à celle-là, les pneumonies deviennent à la fois plus rares et moins sérieuses. L'épidémie était terminée avant l'automne.

Il y a quelques rapprochements à faire entre les faits que nous venons de résumer succinctement, et quelques déductions pratiques à en déduire.

C'est ce que nous ferons dans notre prochaine Revue.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis.

Le tome IVe des *Leçons de clinique chirurgicale* professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Péan, vient de paraître (1). Il comprend les leçons faites pendant les années 1879 et 1880. Il n'est pas inférieur en étendue aux trois précédents (1250 pages, 46 figures dans le texte et 7 planches coloriées hors texte). Nous pouvons, sans scrupule, affirmer qu'il ne leur est pas inférieur en intérêt et en enseignements utiles.

La première partie comprend les leçons cliniques qui ont paru le plus dignes d'être recueillies. Quelques-unes de ces leçons, notamment celles sur le pincement préventif et définitif des vaisseaux dans les opérations chirurgicales, le morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses; l'ablation des tumeurs rénales par la néphrectomie lombaire, etc., ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux*. Quelques autres, telles que les leçons sur les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, la leçon sur la néphrectomie par la voie abdominale, et celle sur les tumeurs végétantes du péritoine pelvien, ont fait le sujet d'autant de communications à l'Académie de médecine. Parmi les leçons inédites qui constituent la plus grande partie de ce recueil, nous mentionnerons celles qui sont relatives aux tumeurs du calcanéum, aux abcès froids de la langue, à l'angiome de la mamelle, à la grenouillette sus-hyoïdienne, à la maladie kystique de l'épiploon, au lymphangiome, etc.

La deuxième partie contient les observations recueillies dans le service, du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881. Elles sont groupées sous les divers chefs de plaies et contusions; d'accidents syphilitiques; de maladies des os, fractures, ostéites, caries, tumeurs, luxations, arthrites aiguës et chroniques; de maladies chirurgicales des organes des sens, des vaisseaux, du tube digestif et de ses annexes, des organes génito-urinaires des deux sexes, des maladies de la mamelle, enfin des diverses lésions envisagées suivant les régions qu'elles occupent.

La troisième partie, sous forme d'appendice, a trait aux observations de gastrotomies pratiquées du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885.

On comprendra aisément qu'un pareil recueil ne soit pas susceptible d'une analyse par le menu. Nous ne pouvons qu'en indiquer les résultats généraux.

Voici, par exemple, quelques-unes des considérations pratiques qui ressortent de cette masse de faits. Nous relèverons plus particulièrement celles qui sont relatives à l'hémostasie, à l'anesthésie et aux pansements.

Hémostasie.

Pour l'hémostasie, M. Péan n'a eu rien à ajouter à ce qu'il en a dit dans ses précédents volumes, dans lesquels sa méthode a été exposée avec détails, se bornant à faire remarquer qu'elle a eu cette bonne fortune d'être aujourd'hui mise en pratique par ceux-là mêmes qui l'avaient combattue.

Anesthésie.

Il n'en est pas de même de l'anesthésie. Quoique plus ancienne que la méthode hémostatique, elle était restée dans une longue période de tâtonnements, lorsque les belles études de M. Paul Bert sont venues lui ouvrir une voie d'expérimentation et d'application pratique nouvelle.

On sait que, par les procédés en usage, il est difficile d'évaluer, même approximativement, ce que l'organisme a absorbé de chloroforme dans un temps donné. Grâce aux recherches physiologiques de M. Paul Bert, on peut aujourd'hui, au moyen de mélanges titrés, obtenir l'anesthésie vraie avec une suffisante rapidité et pendant une durée de temps assez longue pour faire face à toutes les exigences de la pratique. Après l'essai de plusieurs procédés dont l'application, facile ou du moins possible dans un hôpital, était à peu près inexécutable dans la pratique civile, M. Péan s'est arrêté à l'appareil imaginé par M. le docteur Dubois. Voici les avantages qu'il en a obtenus, et dont témoignent les nombreuses observations recueillies dans son service, et qui feront l'objet de prochaines publications.

Avec les doses qu'il emploie de la manière la plus générale, 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air au début, 6 grammes ensuite, lorsque l'anesthésie est obtenue, il a une anesthésie complète dans un laps de temps variant de 7 à 12 minutes.

L'inhalation de la vapeur anesthésiante, ainsi administrée, ne cause aucun phénomène d'irritation sur les muqueuses nasale, buccale, pharyngienne et laryngienne. La période d'excitation est complètement supprimée, sauf dans les cas d'alcoolisme, où elle est du moins considérablement atténuée. Les vomissements et même les nausées n'ont été observés qu'exceptionnellement. Enfin on n'a jamais noté d'accidents graves, ni même de syncope, par l'emploi de cette méthode.

Pansements.

Les pansements ont été l'objet de modifications nombreuses depuis la publication du précédent volume. L'acide phénique a été en grande partie supplanté par de nouveaux agents microbicides. Cependant M. Péan n'y a pas entièrement renoncé. La plupart des pansements de son service sont faits encore avec l'alcool camphré et les solutions phéniquées au 40e. Lorsqu'il s'agit d'une opération importante, il a soin de laver d'abord la région sur laquelle il doit opérer avec une solution de sublimé au 1000e. Enfin il recouvre les grandes plaies chirurgicales avec la poudre d'iodoforme, qui lui a paru donner des résultats très satisfaisants pour une rapide cicatrisation.

Quant à l'eau oxygénée, d'un prix élevé et d'un maniement assez difficile, il a dû, malgré les excellents effets qu'il en a retirés, en limiter l'emploi aux plaies atones de

(1) Librairie Alcan, Paris, 1886.

mauvaise nature, aux ulcères variqueux où son action à la fois excitante et microbicide est utilisée avec le plus grand succès.

Fidèle à sa pratique de fermer les plaies chirurgicales, toutes les fois que cela est possible, les méthodes antiseptiques lui permettent, dans nombre de cas, de ne renouveler que rarement les pièces de pansement. Il laisse le premier pansement en place pendant une huitaine de jours et même plus, à condition que l'état général du malade soit attentivement surveillé et que sa température soit prise matin et soir avec le plus grand soin.

Statistique générale.

314 malades opérés dans le service pendant les années 1879-1880, ont donné les résultats suivants :

Guérisons	285
Succès partiels.	7
Morts	13
Morts plusieurs mois après l'opération.	3
Malades ayant guéri de l'opération mais chez lesquels la récidive a été rapide, ou dont les suites sont inconnues . .	5
Mort de mauvais traitement.	1

Statistique des gastrotomies et considérations générales.

Un appendice comprend les gastrotomies pratiquées pour l'ablation de tumeurs de l'ovaire, du ligament large, de l'épiploon, du mésentère, du bassin, du péritoine, du rein, du foie, du pancréas, de l'intestin et de l'utérus, depuis le 17 juillet 1881 jusqu'au 31 décembre 1884.

Elles ont été au nombre de 229 et comprennent : 116 kystes de l'ovaire ayant donné 111 guérisons et 5 insuccès ; 1 cancer (succès) ; 7 ovariotomies doubles ; 3 kystes (3 guérisons) ; 1 sarcome kystique (guérison); 3 cancers (2 guérisons, 1 insuccès) ; 7 castrations (7 succès).

12 kystes du ligament large (9 succès, 3 insuccès).

24 tumeurs du mésentère (12 succès, 12 insuccès).

5 tumeurs du bassin dont 3 kystes et 2 sarcomes kystiques (1 succès, 4 insuccès).

Parmi les considérations générales auxquelles a donné lieu l'analyse de ce relevé statistique, nous signalerons plus particulièrement les suivantes :

Dans la presque totalité des kystes, il a été facile de diagnostiquer à l'avance la variété à laquelle ils appartenaient et de les distinguer des tumeurs de voisinage qui auraient pu les simuler. Cependant chez quelques malades il avait été impossible de dire à l'avance si le kyste était uniloculaire ou multiloculaire, unique ou double, et si la récidive aurait ou non lieu *après* l'opération.

A ce sujet M. Péan rappelle l'histoire d'une malade qui a offert à ce point de vue un intérêt particulier. Elle lui avait été adressée pour la première fois en 1866. Il avait été convenu qu'elle subirait l'ovariotomie, lorsqu'elle en fut détournée par un chirurgien qui lui pratiqua une ponction dont le résultat fut la suppuration du kyste, qui la mit presque au point de succomber. Rappelé auprès d'elle, M. Péan incisa largement la paroi abdominale et le kyste. Grâce aux adhérences qui le reliaient à la paroi et à un gros tube à drainage, grâce aux injections substitutives, cette jeune fille guérit et son ventre reprit si bien son volume normal que l'on put croire n'avoir eu affaire qu'à un kyste uniloculaire. Mais quatre ans plus tard elle revint consulter M. Péan, portant dans la cavité pelvi-abdominale une nouvelle tumeur ovarienne, aréolaire, adhérente aux cicatrices abdominales. L'opération fut faite à nouveau avec succès. M. Péan put constater alors que la vaste poche qu'il avait ouverte autrefois était guérie et n'était en réalité qu'une des loges d'un kyste qui s'était reproduit.

L'observation ne finit pas là encore. Après cette seconde opération qui donnait le droit de compter sur une guérison définitive, la malade revint consulter, en 1883, pour une nouvelle tumeur du volume d'une tête d'adulte, demi-fluctuante, enflammée, qui remplissait la cavité pelvienne. M. Péan crut cette fois qu'il s'agissait d'une récidive dans l'ovaire conservé. L'ablation, dans tous les cas, étant indiquée, fut faite avec succès le 26 novembre dernier et montra qu'il s'agissait non pas d'un kyste ovarique, mais bien d'un kyste dermoïde du bassin, adhérent à l'ovaire, à la trompe et aux ligaments larges. Pour faciliter l'opération et pour ne pas s'exposer à une nouvelle récidive, ces organes furent enlevés.

Le traitement de toutes les malades affectées de kystes ovariens, comprises dans ce relevé, a été le même que dans les séries précédentes. Chez toutes, M. Péan a eu recours à l'ovariotomie, qui lui a donné des succès de plus en plus nombreux. Le manuel opératoire a peu différé de celui qui a été longuement décrit dans les volumes précédents. L'auteur a cru devoir, pourtant, entrer dans quelques détails sur certaines indications opératoires auxquelles ont donné lieu les hernies concomitantes, les adhérences du kyste avec les organes voisins, intestin, épiploon, utérus, vessie, la dissection, la ligature et l'excision du pédicule.

Les suites de l'opération sont devenues de plus en plus bénignes, les cas mortels de plus en plus rares. Parmi les accidents consécutifs auxquels il a eu à remédier, M. Péan cite notamment les vomissements, les pseudo-étranglements, les phlébites.

Quelques considérations spéciales sont consacrées aux kystes ovariques de nature maligne, qui constituent une variété fâcheuse. De l'étude de l'influence que la diathèse cancéreuse exerce sur la marche des kystes ovariques, M. Péan a été conduit à montrer l'influence qu'ont sur ces tumeurs les autres maladies diathésiques ou accidentelles, telles que la scrofule, la tuberculose, la syphilis récente ou ancienne, les fièvres intermittentes, les maladies des centres nerveux, les maladies du cœur, l'asthme, le diabète, etc.

Enfin les kystes du ligament large, les tumeurs mésentériques, les tumeurs péritoniques, rénales, hépatiques, spléniques, intestinales, pancréatiques, utérines, utéro-cystiques, fibro-cystiques, etc., ont été passées en revue, chacune avec les particularités par lesquelles elles se sont signalées.

Arrivé au terme de ce volumineux et important travail, M. Péan a pu dire, non sans un sentiment de légitime fierté, qu'en ajoutant cette nouvelle série à celles qui ont été publiées dans les précédents volumes de ses cliniques, on voit qu'il avait pratiqué, au 1er janvier 1885, 670 gastrotomies, et que l'augmentation du nombre des succès a été considérable surtout pour les ovariotomies, qui n'ont presque pas donné de mortalité grâce aux perfectionnements qu'il n'a cessé d'apporter au manuel opératoire.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

I. Kyste multiloculaire; contenu filant jaune et noir foncé; larges adhérences; masse centrale broyée avec la main; ligature perdue. Guérison. — II. Hystérectomie sus-vaginale; mort par choc traumatique.

I. Mme B..., cinquante et un ans, est atteinte de sa tumeur depuis deux années. Elle a fait tous les traitements imaginables. On lui a pratiqué une seule ponction, qui a donné issue à 3 litres de liquide albumineux, filant, comme du blanc d'œuf.

Elle n'a jamais eu ni péritonite, ni inflammation du ventre.

État actuel. — C'est une femme de taille moyenne ; la figure est pâle, tachetée de plaques terreuses, et un peu tirée. Les jambes sont œdématiées depuis quelques semaines.

Le ventre est énorme. Il mesure 1m,35 de circonférence. La partie la plus saillante est au-dessus de l'ombilic, où existe une volumineuse bosselure.

La masse touche les fausses côtes et le sternum, sous lequel elle va s'enfoncer.

L'ombilic n'est pas atteint de hernie. On sent toute la masse très dure, peu fluctuante, immobile.

La sonorité intestinale est réduite à fort peu de chose.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus à sa place, mais un peu porté à droite. Les culs-de-sac ne paraissent pas remplis. Les mouvements imprimés à la masse se transmettent à l'utérus.

La masse présentait des parties très dures et d'autres fluctuantes. On constate un peu d'ascite.

En raison de la forme générale et de la volumineuse bosselure qui surplombait l'ombilic, je porte le diagnostic de kyste multiloculaire; de plus, je pensai que les adhérences devaient être minimes, la malade n'ayant jamais eu de péritonite.

L'opération est pratiquée le 1er avril 1886. Je fais une longue incision, partant de 6 centimètres au-dessus du pubis, contournant l'ombilic à gauche et montant à 10 centimètres plus haut. La paroi abdominale est épaisse et chargée de graisse. Aussitôt le péritoine ouvert, il en sort une sérosité ascitique assez abondante, et un petit kyste séreux, du volume d'un œuf, porté par un long pédicule. Je ponctionne un premier kyste, qui fournit 4 litres de liquide filant blanc jaunâtre; puis un second, qui me donne 3 litres.

La main est introduite en avant et en haut, pour abaisser la masse, mais je constate qu'elle est adhérente à la paroi abdominale. En poussant lentement la main, je sens que les adhérences cèdent peu à peu, et je parviens à décoller les kystes dans une surface de presque trois fois la largeur de la main. La masse est alors abaissée; je ponctionne quelques petites poches, ne communiquant pas entre elles.

Poussant la main plus loin, je constate qu'il existe de gros kystes, fortement proéminents, qui vont jusque sous le foie. La masse est un peu abaissée, et je place sept pinces en T sur des adhérences épiploïques, qui sont ensuite détachées.

La masse centrale est alors attirée dans la plaie. Elle est formée par un gâteau solide constitué par une multitude de petites kystes à contenu variable. Ne pouvant les vider avec le trocart, je me décide à les attaquer avec la main et je détruis avec les doigts les cloisons qui les isolent. Les uns fournissent un liquide filant, clair; les autres des masses épaisses, comme des crachats de phthisiques. Un kyste très volumineux verse un contenu noir foncé.

Malheureusement, malgré tous nos soins, il fut impossible de ne pas laisser un peu de ces liquides tomber dans le ventre.

Deux gros kystes sont encore ponctionnés, et la masse peut enfin être extraite du ventre.

Aussitôt les lèvres de la plaie sont rapprochées, et les intestins n'ont pas la moindre tendance à s'échapper au dehors. La masse solide étant du volume d'une tête d'adulte et versant continuellement des liquides, je place une corde de soie à la base et je l'incise à coups de ciseaux.

Je vois alors que la partie la plus rapprochée du bassin est adhérente au gros intestin, dans une étendue de 10 centimètres. Cette adhérence est disséquée, puis je forme le pédicule, qui n'a que 8 centimètres de largeur sur 2 d'épaisseur, et est constitué par le ligament large gauche. Je place des ligatures en chaîne, faites avec de la soie de Chine très forte.

On lie au catgut les parties de l'épiploon qui étaient adhérentes.

Le péritoine est étanché avec des éponges et le ventre fermé par de nombreux points de suture avec des crins de Florence.

Aussitôt après l'opération, la malade fut très affaiblie et très refroidie.

Le pouls était petit et la température très basse.

Pendant la soirée le pouls était à 130; le thermomètre marquait 38°,8.

La malade n'avait pas de vomissements.

Le lendemain, la malade était beaucoup mieux. Elle avait un peu dormi. Le pouls était à 112. Pas de douleurs dans le ventre.

Les jours suivants, la malade se releva très promptement, surtout grâce à un moral excellent et une gaieté que rien n'altérait.

Les sutures furent enlevées le dixième jour, et la malade se leva le douzième, parfaitement guérie.

II. Mlle C..., trente-huit ans, a vu son ventre augmenter depuis près de deux ans. Elle souffre beaucoup, mais elle n'a jamais eu de poussée de péritonite. Ses règles venaient régulièrement.

État actuel. — Le ventre est volumineux. Il pointe en avant et est très sensible. En palpant, on sent une masse résistante, qui remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde et remplit les flancs.

On sent que la masse est très dure, mais on peut trouver de la fluctuation. On peut distinguer une masse principale et une poche surajoutée placée en haut et à droite.

Les intestins sont sur les parties latérales et en bas.

Le toucher vaginal ne fut pas pratiqué à cause de l'hymen intact.

Par le rectum, on sentait nettement le col porté en haut et à gauche, puis plus haut le col de l'utérus, que l'on cessait bientôt de sentir, à cause de la présence d'une tumeur qui remplissait le cul-de-sac recto-vaginal.

L'utérus était mobile avec la tumeur.

Pas d'ascite. État général satisfaisant. Teint gris, mais pas de facies ovarien.

Opération, 13 mai 1884.

Le ventre ouvert, je découvre une masse blanchâtre couverte de grosses veines gorgées de sang. En un point paraissant dépressible, je tente une ponction, mais je tombe sur une masse solide. Je fais une seconde ponction plus haut, je traverse une paroi très épaisse et je trouve un kyste qui contient 4 litres de liquide purulent.

Je constate alors que des adhérences nombreuses et fortes existent à la partie supérieure et à droite. Je suis forcé de les couper entre deux ligatures pour éviter l'écoulement du sang qui s'échappe des grosses veines du kyste. Je place ainsi 64 ligatures.

Les adhérences fibreuses sont détruites par traction ou avec les ciseaux. Le côlon transverse, adhérent, est disséqué dans une certaine longueur.

Après beaucoup de peine et après avoir été obligé de prolonger mon incision à quatre travers de doigt du pubis, je parviens à faire sortir la tumeur.

Un deuxième kyste de 2 litres de pus avait été vidé.

En faisant soulever la tumeur, je constate que le pédicule formé par le corps de l'utérus était d'une médiocre épaisseur. Mais je remarquai en même temps que des tumeurs fibreuses, petites et sessiles, descendaient très bas.

Je plaçai une corde élastique forte enroulée deux fois autour de l'utérus et au-dessous des tumeurs. Cette corde fut fixée avec un fil de soie forte.

L'ovaire droit kystique, du volume d'un œuf de poule, fut détaché et son pédicule lié à part.

Le ventre fut refermé, et le pédicule, traversé par une broche de fer, fut fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Malheureusement, le pédicule était très court, car la corde de caoutchouc était fixée juste au-dessus du vagin.

Immédiatement après l'opération, la température était de 35 degrés; le pouls très petit à 120-130.

Pendant la journée, la malade se plaignit de violentes coliques qui ne se calmèrent que par trois injections de un demi-centigramme de morphine additionné d'un peu d'éther.

Le soir le pouls était à 140; la température 37°,2; la respiration 36 à 40 par minute.

La malade a eu quelques vomissements vert clair.

14 mai. — La malade a été agitée toute la nuit. Elle était très froide, se plaignant surtout de la soif.

Matin : P. 144; — T. 37°,4; — R. 40.

Même état toute la journée. On a pu donner un peu de champagne. La malade n'est pas abattue. Elle se plaint d'une douleur vive au pédicule.

Soir : P. 150; — T. 37°,6; R. 38-40.

15 mai. — L'état général reste le même bien que un peu plus abattu. Les coliques ont disparu.

Matin : P. 150; — T. 37°2; — R. 40.

Soir : P. 150-160; — T. 37°; — R. 44.

16 mai. — La malade s'affaiblit rapidement et meurt dans la journée, sans accuser de souffrances.

Examen de la tumeur. — La masse est du poids de 8 livres environ. Elle contient un vaste kyste à parois très épaisses, tapissé à l'intérieur par des fausses membranes purulentes et présentant par places de larges taches de sang.

L'utérus a 6 centimètres de profondeur et n'est pas élargi. Les parois très hypertrophiées contiennent de petits fibromes. On peut séparer l'utérus de la grosse tumeur, et l'on constate que ses parois sont traversées par une multitude de veines qui en font un tissu véritablement caverneux.

A la surface du grand kyste il existe un lacis de veines, dont quelques-unes du volume du petit doigt.

L'ovaire droit est transformé en un kyste du volume d'un œuf de poule, qui contient un gros caillot sanguin. L'autre ovaire ne présente rien de particulier.

VARIÉTÉS

Extraits des comptes de dépenses de François I[er].

Aoust 1528. — A deux cent soixante et dix-neuf mallades d'escrouelles, touchez par le Roy, nostre seigneur, le quatorzième jour d'aoust, la somme de 47 livres 18 solz tournois, qui est pour chacun deux solz tournois.

A maistre Claude Bourgeoys, cirurgien du Roy, qui avoit visité lesdits mallades d'escrouelles, la somme de 41 solz tournois.

Pour bailler à ung malade d'escrouelle que le Roy avoit guary sur le champ, 5 solz tournois.

A Gabriel de Laistre, jeune chantre du Roy, estudiant en l'université de Paris, la somme de 6 livres 3 solz tournois, pour son entretenement à l'estude en ladite université, qui est à la raison de trente-six escus par an.

2 décembre. — A Marie Darcille, nayne de la feue Royne, 41 l. tourn.

May 1530. — A maistre Jehan Gontier (1), Allemant, estudiant en médecine à Paris, la somme de 205 livres tournoys, à luy donnée par le dit seigneur, en faveur de certain présent, par luy faict au dit seigneur, d'un livre nommé *Gallian des médecines composées*, lequel il a puis naguerres translaté de grec en latin.

A maistre Jehan Pathié, l'un des chantres du dit seigneur, la somme de 55 livres tournois, à luy ordonnée par le dit seigneur, pour son remboursement de semblable somme qu'il avoit, par commandement du dit seigneur, convertie de ses deniers, tant en la despance et nourriture de Roger Pathié, petit organiste du dit seigneur, durant quatre moys entiers, que, en frais de médecines, qui ont été nécessaires pour la guarison d'une maladie de fiebvre quarte au dit petit organiste, survenue estant au service du dit seigneur.

28 avril 1531. — Aux escolliers de Suysse, estudians en l'université de Paris, pour leur entretenement auxdites escolles durant le quartier d'octobre, 450 livres.

Dernier jour de novembre 1531. — Don à maistre Lois Braillon, docteur en médecine, de la somme de 300 livres parisis, par chacun an, comprins 50 livres qu'il recevoit, lesquelles en considération des grans peines et labeurs qu'il prent journellement à aller visiter les personnes mallades estans en la Conciergerie du Palais, le dit Seigneur lui a augmentées à la dite somme de 100 livres.

Janvier 1532. — A maistre Estienne Gunter, translateur de livres en médecine, du grec en latin, pour luy aider à se faire passer docteur, la somme de six vingts escus soleil.

A Josse de la Plancque, pour l'entretenement et nourriture de sept personnes qui ont eu la charge de penser et nourrir huit chevaulx, quatre cameaulx, six austoures, une once, ung lyon, onze paires d'oiseaulx et huit levriers qui ont esté apportez au Roy du voiage que feu Piton feit en royaume de Feez, 374 livres.

Don, à la petite nayne de feue Mademoiselle, de la somme de 100 escus d'or soleil pour luy aider à se marier.

A Jehan Scaron, marchant de Lyon, pour son paiement de trente onces de musq, à 13 escus d'or l'once, 887 l. tournois.

Juillet 1534. — A Pierre du Molin, ayant la conduite de la haquenée qui porte ordinairement la bouteille de vin pour la bouche du Roy, 90 l. tournois.

16 juin. — A Guillaume Pymot, du païs de Bretaigne, homme ingénieulx pour cognoistre les vaines de la terre et endroicts propres en lieux difficiles, où se peult facillement trouver eaues et carrières, 100 livres tournois, dont le Roy lui a fait don en faveur de ce qu'il est venu du dit païs de Bretaigne devers luy, donner congnoissance des choses susdites.

Juillet 1538. — Don à Monsieur Burgensis (1), premier médecin du Roy, du tiers deniers provenant de la résignation et survivance de l'office de receveur de la creue de cinquante, cinq solz pour chacun muy de sel passant au pont de Sec à Ingrande.

Septembre. — A Jehan Gaffroy, arboriste, en don et pour faire ung voyaige de Provence jusques à Fontainebleau, y portant certaine quantité d'arbres dudit païs, de diverses sortes de fruicts, pour les faire planter au jardin du dit Fontainebleau, 46 liv.

Novembre. — A Jehan Robillart, dit Tondu, la somme de 6 escus soleils, à luy ordonnée en don, pour ses peynes et vaccations d'avoir conduict et amené du lieu de la Meilleraye, en Normandie, jusques en ce dit lieu, ung mouton des Indes, duquel le Seigneur du dit lieu de la Meilleraye a faict présent au Roy; cy 13 livres 10 solz.

1538. — A Claude le Lieur, pour remboursement de soleils par lui baillez à donner par le Roy à une dame espaignolle qui est venue trouver le dit seigneur au Val-Luysant, où elle a amené une sienne fille pour être guarie à toucher des escrouelles, 225 livres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 29 mai 1885, relatif à la durée du temps d'exercice des agrégés des Facultés de médecine nommés à la suite du concours de 1883-1886;

Considérant que, dspuis cette époque, il s'est produit dans les Facultés un certain nombre de vacances auxquelles il est nécessaire de pourvoir dès le commencement de la prochaine année scolaire;

(1) Né à Andernach vers 1487. Il vint à Paris vers 1525, se livra particulièrement à l'étude de l'anatomie et mourut en 1574.

(1) Burgensis, Louis de Bourges, né à Blois, en 1482, fut successivement médecin de Louis XII et de François I[er].

Vu le décret du 30 juillet 1886,

Arrête :

Sont appelés à l'exercice à partir du 1er novembre 1886, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent :

Faculté de médecine de Paris. — Anatomie et physiologie : M. Quenu; — Chimie : M. Villejean;

Faculté de médecine de Bordeaux. — Pathologie interne : M. Moussous; — Chirurgie : M. Pousson; — Anatomie et physiologie : M. Ferré; — Histoire naturelle : M. Nabias.

Faculté de médecine de Lille. — Pathologie interne : MM. Lemoine et Chuffard ; — Chirurgie : M. de la Personne ; — Anatomie et physiologie : M. Assaky ; — Histoire naturelle : M. Barrois ; — Chimie : MM. Lambling et Morelle ; — Pharmacie : M. Thibaut.

Faculté de médecine de Lyon. — Pathologie interne : M. Weil; — Anatomie et physiologie : MM. Rodet et Jaboulay; — Chimie : M. Hugonnenq; — Physique : M. Didelot; — Pharmacie : M. Florence.

Faculté de médecine de Montpellier. — Chirurgie : MM. Forgue et Truc; — Accouchements : M. Gerbaud; — Anatomie et physiologie : M. Gilis; — Physique : M. Malosse.

Faculté de médecine de Nancy. — Chirurgie : M. Vautrin; — Anatomie et physiologie : MM. René et Nicolas; — Chimie : M. Guérin.

Fait à Paris, le 23 septembre 1886.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20051

N° 113. — MARDI 28 SEPTEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 28 SEPTEMBRE 1886. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en tr... ...ur
Paris. — L'abonnement part du 1er de chaq... ...is.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris le 27 septembre 1886.

L'EXPOSITION D'HYGIÈNE URBAINE

La Société de médecine publique, dont nous avons plusieurs fois eu l'occasion de mentionner les travaux et la part d'influence qu'ils ont eue, dans quelques-unes des grandes mesures d'assainissement édictées depuis sa fondation par les pouvoirs administratifs, s'est signalée, avant de prendre ses vacances annuelles, par un acte qui a révélé à la fois au grand public sa vitalité et son importance. Nous voulons parler de l'*Exposition d'hygiène urbaine* qui a eu lieu à Paris à la caserne Lobau, dans le courant des mois de mai et de juin dernier. C'est, en effet, au sein de cette Société qu'est née l'idée de cette exposition, c'est elle qui en a eu l'initiative, et c'est à un comité exécutif choisi parmi ses membres qu'on en doit la mise à exécution.

Si nous venons, un peu tardivement, peut-être, en entretenir aujourd'hui nos lecteurs, nous invoquerons pour excuse qu'il n'y a jamais prescription pour les bonnes choses. Or il nous a paru bon de rappeler ici, au moins sommairement, les principaux perfectionnements que cette exposition a mis au service de l'hygiène publique des villes et les sujets nouveaux d'étude qu'elle a mis en lumière.

Voici quelles sont les principales innovations ou améliorations introduites dans les appareils d'assainissement exposés à la caserne Lobau et relevées dans le compte rendu de l'exposition rédigé par M. le docteur Richard pour la *Revue d'hygiène*.

L'outillage sanitaire le plus largement représenté a été celui qui concerne la canalisation des eaux. L'industrie française de la poterie a exposé des modèles de tuyaux et siphons en grès vernissé, en fonte, en plomb, de toute forme et de tout calibre, en général d'une grande solidité. Les siphons sont tous construits de manière à ménager un effet d'eau sérieux.

Dans la section de l'assainissement de Paris et de la Seine, ont été réunis tous les appareils employés pour la canalisation intérieure des habitations et pour les égouts publics, ainsi que tout ce qui concerne l'utilisation et l'épuration des eaux d'égout par le sol.

Des siphons intercepteurs en plomb, de provenance française, y ont été vus pour la première fois ; jusqu'ici, paraît-il, la France était tributaire pour ces sortes d'articles de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Amérique.

Les réservoirs de chasse destinés au lavage des égouts ont été exposés en grand nombre, très variés, et tous très puissants.

On a pu voir aussi de nombreux modèles de sièges et de cuvettes pour latrines, avec ou sans système d'occlusion hydraulique, au moyen d'un siphon ; des modèles de latrines pour habitations collectives avec chasse d'eau périodique, rejetant à l'égout le contenu du collecteur, système qui tend à se généraliser dans les hôpitaux, les casernes, les écoles ; d'urinoirs avec réservoir de chasse, dans la construction desquels les matières poreuses sont absolument rejetées, pour leur substituer soit des plaques de verre épaisses, de l'ardoise, ou de la lave émaillée, toutes substances imperméables, lisses et faciles à laver.

Les étuves à désinfection pour lazarets et hôpitaux, à double ouverture, l'une d'entrée, l'autre de sortie, y ont été représentées par de nombreux modèles, dont les plus parfaits sont ceux à vapeur sous pression.

Dans le même ordre figurent l'appareil construit d'après la méthode de M. Redard pour la désinfection des wagons par la vapeur surchauffée et un appareil pour la stérilisation des crachats tuberculeux.

A l'exposition de la Ville de Paris avait été installé un grand appareil pour juger de la pureté optique de l'eau.

M. Chamberland, qui avait installé, dans le même but, un cabinet noir pour l'épreuve optique de l'eau, a exposé aussi toute la série de ses filtres, son filtre ordinaire sous pression, bien connu, un filtre par aspiration et des filtres dits de campagne appelés à remplir un rôle hygiénique important dans les chantiers de construction, dans les camps, dans les villages, en temps d'épidémie.

La ventilation était représentée à l'Exposition par des ventilateurs à pression, véritables pompes à air, aspirantes et foulantes, exécutés d'après les idées professées par M. Émile Trélat, et qui ont paru résoudre de la manière la plus satisfaisante ce difficile problème.

On y a vu figurer pour la première fois les vitres en verre perforé destinées à l'introduction de l'air neuf, dont l'usage paraît plus particulièrement indiqué dans les dortoirs et salles de réunion des habitations collectives, dans les escaliers, dans les cabinets d'aisance, les cabinets de toilette, les cuisines en sous-sol, les écuries, etc.

L'éclairage naturel a été étudié et représenté par M. E. Trélat, qui a montré que l'on doit introduire dans les pièces de la lumière venant directement du ciel, et qu'à cet effet les draperies doivent dégager entièrement la partie supérieure des fenêtres.

Des panneaux exposés par l'éminent professeur du Conservatoire des arts et métiers montraient la façon dont on doit éclairer un hôpital, une école. Pour l'école, il veut une baie d'éclairage unique, vaste, haute, orientée au nord.

L'éclairage artificiel s'est signalé par l'exposition de lampes qui sont des appareils d'éclairage et d'aération combinés. Ces lampes permettent non seulement d'évacuer au dehors les produits de la combustion, mais encore d'entraîner à l'extérieur l'air vicié de la pièce, grâce à une galerie ventilatrice dont elles sont munies, servant ainsi à purifier l'air des chambres au lieu de le vicier.

On y a remarqué aussi de nombreux appareils pour le chauffage local ou central, ainsi que des plans pour chauffage d'habitations privées ou collectives; — la plupart de ces appareils étaient surtout construits en vue de l'utilisation la plus complète possible de la chaleur produite : tuyaux à ailettes, de formes différentes et se prêtant indistinctement au chauffage direct par le feu comme au chauffage par la vapeur ou l'eau; — ainsi que des plans de chauffage et de ventilation combinés, soit par l'eau chaude, soit par la vapeur à basses pressions, permettant d'introduire dans les appartements de l'air nouveau à 36 degrés, l'air vicié sortant par des ventouses placées au ras du sol, aspiré par une gaine qui enveloppe le tuyau de fumée et la conduite principale d'eau chaude; des chaudières pour bains chauffés au gaz avec brûleurs mobiles; et un appareil aéro-condenseur, destiné à utiliser, pour la production d'air chaud, la vapeur perdue des machines à vapeur; enfin un régulateur automatique de la température pour tous les modes de chauffage et pour le réglage de la température de l'eau des bains.

Le mobilier scolaire a été l'objet d'une attention particulière : tables-bancs d'une grande variété de types, les unes mobiles, se relevant et s'abaissant à volonté, de manière à ce que l'enfant ne soit pas obligé de se forcer pour gagner ou quitter sa place; d'autres susceptibles de se monter à mesure que l'enfant grandit; tables à usages multiples, permettant d'incliner à volonté la tablette, qui peut servir successivement pour plusieurs usages et dans diverses attitudes, etc.; tables à accoudoirs, de notre confrère le docteur Dally, destinées surtout à éviter les déviations de la colonne vertébrale, si fréquemment dues aux attitudes vicieuses des élèves.

Il a été exposé de nombreux plans pour hôpitaux, écoles et autres habitations collectives.

Le projet de maternités de MM. Pinard et Lafollye a surtout attiré l'attention. Voici en quels termes en parle M. Richard dans son compte rendu. « Les auteurs partent de cette donnée qu'avec une bonne hygiène, une bonne antiseptie, il est inutile de séparer les nouvelles accouchées, comme cela se pratique actuellement, avec un succès parfait d'ailleurs, au pavillon Tarnier; il leur paraît suffisant d'avoir un pavillon d'isolement pour les femmes qui arriveraient déjà infectées. » Dans les salles projetées, toutes les conditions hygiéniques susceptibles d'en assurer l'aseptie seraient rigoureusement observées. Le bâtiment se composerait d'un rez-de-chaussée avec salle de travail; d'une salle de 20 accouchées au premier et d'une salle pour 15 femmes enceintes au second. Le pavillon d'isolement comprendrait 5 chambres ne communiquant pas entre elles, s'ouvrant toutes à l'air libre sous un auvent, qui permettrait de faire le service à couvert... Dans chaque salle, surface de 12 mètres par lit et espace cubique de 62 mètres. Chaque lit, distant du mur de 25 centimètres, baigné d'air et de lumière sur ses deux côtés; angles arrondis partout; dallage en ciment lisse avec légère pente; murs peints à l'huile; mobilier tout en fer; chauffage soit à la vapeur, soit à l'eau chaude; ventilation par de larges fenêtres opposées et ouvrant dans toute la hauteur de la salle et par les cheminées, avec becs de gaz dans chaque salle, etc., etc.; tel est l'ensemble des moyens propres à assurer l'assainissement des nouvelles constructions projetées.

M. Richard cite aussi, avec les plus grands éloges, les plans et photographies des nouveaux bâtiments de l'hospice de Bicêtre, affectés aux enfants épileptiques, arriérés, idiots, construits d'après les indications de M. Bourneville.

Pour obvier aux dangers occasionnés par les matières organiques accumulées sous les parquets, deux moyens ont été proposés : l'un consistant à supprimer totalement l'espace vide laissé sous le parquet, l'autre à faciliter le nettoyage périodique, grâce à des parquets sans clous, d'un démontage et d'un remontage aisés.

L'exposition des bureaux d'hygiène a paru particulièrement digne de toute l'attention des hygiénistes. On y a été frappé surtout des résultats obtenus par le bureau d'hygiène de Bruxelles, qui se traduisent par une diminution notable de la population de cette ville (3000 personnes de moins par an que dans les années antérieures à sa création), par le nombre sans cesse croissant des vaccinés et la diminution corrélative de la mortalité par variole, ainsi que par l'abaissement du tribut mortuaire annuel prélevé sur les individus de trente à quarante ans par les maladies épidémiques et symotiques (fièvre typhoïde, diphthérie, scarlatine, etc.). Les institutions de ce genre, qui n'ont été établies encore en France que dans un petit nombre de villes, le Havre, Nancy, Reims, Pau, fonctionnent depuis trop peu de temps pour que leurs bons effets aient pu être jusqu'ici suffisamment appréciés. Mais le peu de bien qu'ils ont réalisé déjà et les espérances plus grandes qu'ils ont fait naître, sont de nature à faire désirer qu'elles se multiplient.

Nous signalerons enfin, comme méritant une étude à part, la partie de l'exposition consacrée aux appareils mis en usage dans les laboratoires, notamment dans celui de M. Pasteur, dans le laboratoire municipal de chimie de la Ville de Paris, à l'observatoire de Montsouris, dans le laboratoire que M. Cornil a mis à la disposition des élèves en médecine pour les études bactériologiques, etc.

Ajoutons qu'à l'intérêt de cette exhibition de tout un matériel ayant pour objet et pour résultat l'assainissement des villes et des habitations, les organisateurs de l'exposition ont joint l'attrait d'une série de conférences sur les principales grandes questions d'hygiène publique; nous citerons notamment celles de M. Gariel, sur l'éclairage au point de vue de l'hygiène; de M. Rechmann, sur le service des eaux de Paris; de M. Napias, sur l'hygiène de l'École; de M. Émile Trélat, sur l'aérage et le chauffage des habitations; de M. Aug. Voisin, sur les pavillons de secours aux noyés dans la ville de Paris; de M. Bailly (de Chambly), sur l'inspection médicale des Écoles; de M. A.-J. Martin, sur les réformes sanitaires, leurs avantages pour la santé publique; de M. du Mesnil, sur le nettoiement des villes et l'enlèvement des ordures ménagères; de M. Cheysson,

sur les logements ouvriers; de M. Bertillon, sur les mouvements de la population de Paris; de M. Grancher, sur la prophylaxie de la rage; de M. J. Rochard, sur les progrès de l'hygiène des villes; de M. Durand-Claye, sur l'assainissement municipal, etc.

Nous pourrons, à l'occasion, relever dans quelques-unes de ces conférences les faits principaux qu'elles ont plus particulièrement mis en lumière.

Nous ne saurions terminer sans nous associer aux légitimes éloges qui ont été publiquement donnés, à cette occasion, aux membres du comité d'organisation de l'exposition, et plus particulièrement à celui d'entre eux à qui en revenait de droit la plus large part, comme ayant été le plus actif à l'œuvre, notre collègue de la presse médicale, M. A.-J. Martin.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Des kystes en général; kyste dermoïde.

(Leçon recueillie par M. Guillet, interne du service.)

Je vais opérer une jeune fille de seize ans, qui porte une tumeur à la queue du sourcil droit depuis sa naissance. C'est une tumeur du volume d'une petite noix, arrondie, lisse, régulière, rénitente, fluctuante, absolument indolente. Quand ces caractères cliniques se trouvent réunis, il est très probable qu'il s'agit d'un kyste.

Qu'est-ce qu'un kyste?

C'est une poche contenant le plus souvent du liquide, parfois des matières demi-liquides, de nature variée. Mais la plèvre, le péritoine, la tunique vaginale peuvent contenir du liquide, et cependant il ne vient à l'idée de personne de dire qu'en pareil cas, on a affaire à un kyste. Il faut donc faire intervenir dans la définition du kyste un terme de plus : le kyste est constitué par une *poche accidentelle* renfermant du liquide ou des matières demi-liquides.

Ce liquide, quel est-il? Est-ce du pus? Vous avez alors tous les caractères de l'abcès froid? Est-ce du sang? En ce cas la tumeur est un hématome ou une hématocèle.

Il faut donc être encore plus explicite et dire : *Un kyste est une poche accidentelle contenant le plus souvent un liquide autre que du pus et du sang, présentant des caractères variables en nature et en quantité, et quelquefois une matière demi-solide.*

C'est, à mon avis, la vraie définition clinique du kyste; elle est très différente de celle de Broca; mais je la crois plus pratique.

Vous savez que les auteurs ont proposé un grand nombre de classifications des kystes.

La plus connue est celle de Broca, permettez-moi de vous la rappeler. Cet auteur divise les kystes en deux grandes classes : 1° *les kystes progènes*, kystes préexistants de Cruveilhier, qu'il divise en cinq groupes; 2° *les kystes néogènes*, non préexistants de Cruveilhier qu'il divise en périgènes et en autogènes. Les kystes périgènes sont ceux qui se forment autour d'un corps étranger, un sequestre, une balle, etc... Vous avouerez que c'est peut-être aller un peu loin, une balle revêtue d'une fausse membrane ne peut guère être regardée comme un kyste, c'est un corps étranger enkysté. Les kystes autogènes sont ceux qui se développent de toutes pièces, ils sont séreux ou hétérotopiques (Lebert), ce qui ne veut rien dire, cette dernière expression ne servant qu'à dissimuler notre ignorance de la cause qui les produit.

Cette classification, que j'abrège à dessein, est, vous le voyez, assez complexe, et je vous confesse que pour vous l'exposer aujourd'hui, j'ai dû la relire, et je crois que beaucoup de collègues eussent été obligés d'en faire autant. Ce n'est donc pas une classification pratique. Je n'y fais d'ailleurs aucune objection au point de vue de l'histoire naturelle.

Voici la classification clinique que je vous propose :

Lorsque nous sommes en présence d'une tumeur qui présente les caractères d'un kyste, nous constatons les points suivants : 1° tantôt cette tumeur constitue à elle seule toute la maladie; exemple : kyste sébacé, kyste de l'ovaire, kyste de la mamelle, etc., et alors nous avons un *kyste essentiel primitif*; 2° tantôt cette tumeur ne constitue pas toute la maladie; exemple : tumeur fibro-cystique de l'utérus, cysto-sarcome du sein, épithélioma intra-canaliculaire du sein. Dans ces cas, la tumeur primitivement fibreuse, sarcomateuse, épithéliale, s'est transformée ensuite et est devenue kystique; le kyste alors n'est pas primordial; il ne constitue qu'un des éléments secondaires de la tumeur; nous avons affaire à un *kyste secondaire*, absolument différent du type primitif. Ce second groupe de kystes ne trouve pas sa place dans la classification de Broca.

La première question que doit se poser le clinicien est donc celle-ci : est-ce un kyste primitif, constituant à lui seul la maladie, ou bien est-ce un kyste secondaire, lié à une autre affection primitive, à un néoplasme dont il n'est qu'une transformation? C'est une question capitale; on ne peut comparer, au point de vue du pronostic et du traitement, un kyste galactophore à un cysto-sarcome du sein, par exemple.

Ce problème présente donc un grand intérêt clinique, et il n'est pas toujours facile de le résoudre. En voici un exemple : Il y a trois semaines, nous avons opéré une petite tumeur occupant le bord gauche de la langue d'un homme adulte. Dans notre leçon, nous avions successivement éliminé toutes les tumeurs communes de la langue, épithéliome, syphilome, tubercule, pour nous arrêter au diagnostic de tumeur rare, probablement fibrôme. Mais, après ablation, nous avons constaté que nous avions affaire à un petit kyste contenant une matière semi-solide. Nous avons envoyé ce kyste au laboratoire de M. Cornil, qui nous a répondu : Ce n'est pas un kyste simple, un kyste primitif; c'est un kyste développé dans un sarcome.

C'est donc le terrain sur lequel doit se placer le clinicien; il doit se demander s'il a affaire à un kyste primitif ou bien à un kyste secondaire; les indications sont bien différentes dans les deux cas. Est-ce un kyste primitif? Une ponction suivie d'injection suffira le plus souvent. Est-ce au contraire un kyste secondaire? Il faudra l'enlever largement.

Cette question de la variété du kyste étant résolue, le clinicien peut rechercher suivant quel mécanisme s'est développé ce kyste, quelle est sa pathogénie. Cette question est aujourd'hui assez bien élucidée, du moins pour certains kystes, tels par exemple : les kystes de l'ovaire, grâce aux recherches de MM. Malassez et de Sinéty; les kystes hydatiques; les kystes dermoïdes. Le mode de développement des kystes est d'ailleurs un peu spécial à chaque région du corps, et c'est en se basant d'une part sur l'anatomie normale de ces régions, d'autre part sur les données de l'embryogénie, qu'on arrive à résoudre ce problème.

A quelle espèce de kyste avons-nous affaire aujourd'hui? La région du sourcil présente deux variétés de kystes : les kystes sébacés et les kystes dermoïdes.

Celui que porte notre malade est un kyste dermoïde. Voici pourquoi : les kystes sébacés sont situés dans les couches superficielles, ils adhèrent à la peau; les kystes dermoïdes, au contraire, sont situés au-dessous de la couche musculaire et en rapport avec le squelette, auquel ils adhèrent par un pédicule. Or celui de notre malade présente ces derniers caractères; c'est donc un kyste dermoïde du sourcil.

Mais qu'est-ce qu'un kyste dermoïde? C'est un kyste dont la paroi est constituée par une membrane ayant la même texture que celle de la peau. Lebert a le premier démontré qu'on y rencontrait, de dedans en dehors, l'épiderme puis le derme; c'est donc de la peau retournée.

A mon avis, on a confondu deux espèces de kystes sous le nom de kystes dermoïdes. La plupart des auteurs donnent en effet comme synonymes les noms de kyste fœtal, kyste pileux, kyste dermoïde, kyste par inclusion fœtale, kyste hétérotopique. C'est là, je crois, une erreur; il faut distinguer le kyste fœtal (je ne parle pas bien entendu du produit d'une grossesse extra-utérine) du kyste dermoïde proprement dit.

Ce dernier, en effet, est constitué par une poche cutanée à l'intérieur de laquelle se trouvent des poils et tous les éléments de sécrétion de la peau, masses épidermiques, matière sébacée. Dans les kystes fœtaux, on rencontre au contraire des poils, des cheveux, des os, des dents, tous les débris d'un fœtus; ce n'est pas la peau qui peut donner lieu à ces produits; il faut admettre pour ces kystes un mécanisme spécial qui, il faut bien le dire, nous est inconnu. On a dit qu'ils étaient dus à une inclusion fœtale, c'est-à-dire que deux germes non complètement développés se rencontraient et se pénétraient l'un l'autre, donnant ainsi lieu à ce produit informe. Cette théorie a le mérite de satisfaire l'esprit jusqu'à un certain point.

Le kyste dermoïde, que nous allons opérer, est-il de ce genre? Non.

Comment s'est-il donc produit?

Les kystes dermoïdes vrais, ceux qui renferment les produits de sécrétion de la peau, ne se rencontrent guère qu'à la tête et au cou; ils sont liés au développement de la face.

Vous savez que celle-ci se développe au moyen des arcs branchiaux qui laissent tout d'abord entre eux une fente sur la ligne médiane, et finissent par se réunir. Le feuillet corné de l'embryon passe au-devant de la fente branchiale. Supposez que ce feuillet se retourne au moment où les deux bords de la fente se rapprochent, et vous comprendrez facilement qu'il peut se trouver une petite portion de peau enserrée dans la fente branchiale.

J'ai soutenu une thèse analogue pour expliquer la production du dermoïde de l'œil; le cristallin, vous le savez, se développe par l'introduction dans la vésicule oculaire primitive du feuillet corné qui s'y enfonce en doigt de gant; il peut donc rester, au niveau du cristallin, une petite portion de peau qui, venant plus tard à se développer, sera le point de départ du dermoïde.

Le kyste dermoïde du sourcil est donc dû à l'inclusion du feuillet corné de l'embryon dans la fente branchiale. Cette théorie est exacte et rend compte des faits.

Voici la disposition que présente ce kyste :

La région du sourcil est formée par des couches superposées qui sont les suivantes, en allant de dehors en dedans : 1° la peau avec ses glandes sudoripares et sébacées; 2° une couche de tissu cellulaire sous-cutanée extrêmement mince; 3° une couche musculaire très épaisse, qui constitue à elle seule presque toute l'épaisseur de la région, et qui comprend trois muscles : l'orbiculaire, le frontal et le sourcilier. Ces muscles vont s'insérer sur la face profonde de la peau et c'est précisément pour cela qu'il existe une couche de tissu cellulaire sous-cutanée extrêmement mince; 4° au-dessous de cette couche musculaire, une couche de tissu cellulaire très lâche, puis 5° le périoste, 6° l'os frontal.

Le kyste dermoïde se trouve situé entre le périoste et l'os; il est recouvert par toutes les fibres musculaires de la région, le périoste se réfléchit au-dessus de lui. Il présente un petit pédicule qui adhère à l'os; sur ce dernier, on remarque quelquefois une petite dépression qui correspond à la fente branchiale.

Pour guérir ces kystes dermoïdes, il faut les enlever, les disséquer avec grand soin et les détacher au niveau de leur portion adhérente à l'os. Si on laisse quelques débris de la poche, le kyste récidive, il reste une fistule, et il faut recourir à une deuxième opération. Aussi allons-nous extirper ce kyste largement, de façon à éviter toute espèce de récidive.

—L'opération a été faite, comme il vient d'être dit; quatre jours après, la réunion de la plaie était complète et la malade a pu sortir de l'hôpital huit jours plus tard.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

Parallèle des fièvres éruptives (1).

II

Nous en sommes arrivés aujourd'hui à l'étude des complications des fièvres éruptives comparées entre elles.

1° *Rougeole.* — Ces complications du côté de l'affection rubéolique sont d'abord une bronchite plus ou moins intense, mais présentant un caractère de ténacité absolument prononcée durant trois semaines et plus même parfois. C'est aussi la bronchopneumonie; c'est une tendance marquée à l'entérite, entérite qui est même presque la règle dans la la rougeole, comme la bronchite d'ailleurs. Je parle bien entendu des enfants, qui seuls nous occupent ici. L'otite est également une complication assez fréquente de la rougeole; elle est caractérisée par des douleurs de tête, de l'insomnie, des cris, des nausées, des vomissements, puis au bout de cinq à six jours un écoulement se produit par l'oreille, lequel vient éclairer le diagnostic resté jusque-là assez incertain. Quelquefois aussi on observe une gangrène superficielle ou profonde de la vulve. Enfin la rougeole peut revêtir les formes adynamique, ataxo-adynamique ou hémorrhagique, et par suite se compliquer des accidents inhérents à l'une ou l'autre de ces formes.

Il n'est pas rare de voir encore la rougeole et la coqueluche se greffer l'une sur l'autre. Enfin l'on a vu quelquefois la rougeole, survenant dans le cours de la chorée, guérir cette dernière affection.

2° *Variole.* — Les irrégularités de la variole peuvent porter sur l'intensité qui, dans certains cas, est tellement peu marquée que le début est des plus bénins, que l'enfant est

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 863.

à peine souffrant, tandis que chez d'autres, au contraire, elle revêt, dès les premiers jours, un caractère extrême. D'autres fois, cette affection se compliquera d'un véritable rash, d'une éruption scarlatiniforme, au deuxième ou au troisième jour, capable de simuler la scarlatine elle-même et d'induire en erreur pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'éruption variolique apparaît.

Il en est de même à la période d'éruption, où toutes les irrégularités sont possibles; c'est ainsi que les pustules peuvent être si cohérentes qu'elles simulent l'impétigo.

Comme complications, nous citerons en premier lieu les états adynamique, ataxo-adynamique et hémorrhagique. Dans chacune de ces trois formes, la maladie acquiert un caractère fort grave, même en dehors de toute confluence des pustules, surtout dans la forme hémorrhagique où se produisent des épistaxis, des hématémèses, du mélœna, des ecchymoses, etc., en un mot où des hémorrhagies peuvent se faire par toutes les voies.

La variole chez les enfants au-dessous d'un an ne pardonne jamais; jusqu'à l'âge de deux et trois ans, elle est grave si l'enfant n'a pas été vacciné, ceci soit dit en passant.

Comme complications des formes graves, je citerai aussi, me bornant à les énumérer, des abcès, des furoncles, des anthrax, l'impétigo, l'artérite, la phlébite, l'endocardite, la pneumonie suppurée, l'érysipèle, la lymphangite, l'adénite, etc.

3° *Scarlatine.* — Il n'est pas de maladie plus capricieuse, parmi les fièvres éruptives, que la scarlatine.

Pas plus tard qu'hier soir, j'étais mandé à Neuilly dans une famille dont les deux enfants étaient atteintes de scarlatine. L'une d'elles, au quatrième jour de la maladie, avait été levée par sa mère, malgré l'opposition de son médecin, et conduite au Jardin d'acclimatation; et hier même, au dixième jour, je trouvai cette enfant en pleine desquamation, sans fièvre ni accidents albuminuriques, couchée dans une pièce froide.

Le médecin avec lequel j'étais en consultation me raconta le fait d'un autre enfant que son père, cocher de fiacre, avait emmené avec lui au sixième jour de l'éruption et avait promené pendant toute la journée sur le siège de sa voiture, en plein mois de février. Il n'en résulta heureusement aucun accident pour l'enfant; mais à quels dangers n'avait-il pas été exposé, de même que la petite fille que je venais de voir? n'avait-on pas tout fait pour que ces enfants eussent une albuminurie, une angine, etc.?

Un autre fait, également à Neuilly, est celui d'une mère ayant deux enfants, dont l'un avait la scarlatine, et qui coucha l'autre, dès les premiers jours, dans le même lit que le premier, afin qu'il contractât immédiatement la maladie de son frère et que tous deux pussent être soignés ensemble et en même temps. Malgré tous ces efforts, il n'y eut aucune éruption et son second enfant ne contracta pas la scarlatine.

Par contre, je vous rapporterai l'observation d'une petite fille, chez laquelle la contagion eut lieu seulement pour avoir été enveloppée, certain jour, dans le châle de sa mère, laquelle avait eu la scarlatine un an auparavant. Chez cette petite fille, l'éruption revêtit la forme hémorrhagique et l'emporta en trois jours.

Vous voyez, par ces quelques faits, — et je pourrais en invoquer encore un grand nombre d'autres, — combien la scarlatine est des plus capricieuses. C'est ainsi encore que, chez certains malades, elle est très insidieuse au début, tandis que chez d'autres les phénomènes de la période prodromique sont des plus graves. Samedi dernier, on nous amenait à la consultation un enfant de sept ans comme se plaignant d'être mal en train, d'un malaise général, et en l'examinant nous trouvions une scarlatine,—restée jusque-là méconnue — en pleine desquamation.

Dans certains cas l'angine se montre seulement au moment de l'éruption, et la maladie débute par de la fièvre, puis l'éruption apparaît et en même temps la gorge se prend. Vous savez que la période prodromique est ordinairement courte, quelquefois cependant j'ai vu l'éruption se produire seulement le sixième jour. Celle-ci peut être aussi parfois irrégulière en ce sens qu'elle n'est pas généralisée, mais bornée seulement à certains points, d'où le diagnostic devient difficile. Quelquefois aussi l'éruption disparaît sans cause appréciable; cette disparition apparente de la maladie s'accompagne souvent de complications viscérales, surtout du côté des reins.

Comme complications, je citerai l'amygdalite suppurée. l'angine pultacée, la diphthérie, l'adénite, le phlegmon diffus, la parotidite, l'otite, la suppuration des oreilles, la néphrite albumineuse avec anasarque et accidents urémiques, le rhumatisme des jointures, la péricardite, l'endocardite.

La scarlatine peut aussi revêtir la forme hémorrhagique avec prostration, etc., ou les formes ataxique et ataxo-adynamique. Elle peut aussi présenter des complications du côté des reins, des artères, des poumons, de la plèvre, etc. Elle peut se compliquer de méningite, mais le fait est plus rare; plus fréquemment certaines otites, certaines pharyngites, certains états congestifs ont simulé, par leurs symptômes, les accidents méningitiques.

Voilà pour la scarlatine, et j'en aurais fini des parallèles des fièvres éruptives si je n'ajoutais encore quelques mots à ce que j'ai dit de la rougeole.

La rougeole, a-t-on dit, expose fréquemment à la tuberculose. J'avoue que j'ai vu très rarement le fait se produire en ville, et je crois que l'on a conclu, de cas rencontrés à l'hôpital, à une généralisation ou tout au moins à une fréquence qui n'existe pas. Il est vrai que la bronchite persiste souvent après la rougeole pendant un temps assez long, fatiguant considérablement les enfants par sa ténacité, entraînant l'amaigrissement, un certain degré d'épuisement, presque d'émaciation, d'où l'on a conclu, quelques phénomènes stéthoscopiques aidant, à des menaces de tuberculose. Mais pour se prononcer à cet égard, je dis qu'il faut une démonstration absolue.

SUR L'INNERVATION INDIRECTE DE LA PEAU

Par M. C. Vanlair.

Il existe actuellement toute une série d'observations chirurgicales où l'on a pu noter la conservation de la sensibilité dans toute l'étendue de l'extrémité supérieure, nonobstant la section complète d'un ou plusieurs des principaux nerfs des membres. Dans un certain nombre de ces cas, on a eu, de plus, l'occasion de constater la persistance de la sensibilité du bout périphérique, alors que la division totale du nerf avait été bien et dûment opérée.

Pour expliquer ce dernier phénomène, Richet, le premier, avait émis l'idée d'une récurrence des fibres nerveuses. Reprise par Arloing et Tripier et soumise par eux au contrôle expérimental le

plus rigoureux, l'hypothèse a été acceptée, pour ainsi dire d'emblée, par tous les physiologistes. Dans un travail devenu classique, ces auteurs ont fait voir qu'il suffisait de la récurrence jointe à une diffusion périphérique des fibres, dont ils ont également démontré l'existence, pour expliquer le maintien paradoxal de la sensibilité du bout périphérique et de la sensibilité cutanée. Mais, croyant à une corrélation étroite entre les deux phénomènes, MM. Arloing et Tripier ont négligé de fixer la part respective qui revient à l'une et à l'autre de ces dispositions, dans le maintien de la sensibilité cutanée.

D'autre part, ils ne se sont occupés que de la survie de la sensibilité; leur attention ne s'est pas portée sur d'autres phénomènes, non moins remarquables, qui se manifestent à la suite des sections nerveuses. Je veux parler, entre autres, du retour plus ou moins tardif de la sensibilité après son abolition préalable, en l'absence, cela va sans dire, de toute régénération. La diffusion collatérale existe-t-elle ailleurs que chez l'homme et les animaux supérieurs? C'est là aussi une question qu'ils n'ont pas cherché davantage à résoudre.

J'ai tenté de combler ces lacunes, ou plutôt de compléter leur étude en opérant sur le membre postérieur, dont l'innervation diffère sensiblement de celle du membre antérieur, par le fait de la duplicité des plexus et de la concentration du système sciatique en un seul tronc.

Voici quelques-uns des résultats qui m'ont été fournis par mes recherches :

La *récurrence* et la *dispersion collatérale* jouissent, à l'égard l'une de l'autre, d'une dépendance absolue. L'importance de la collatéralité dépasse de beaucoup celle de la récurrence. La collatéralité suffit en effet, à elle seule, pour garantir la sensibilité de la surface cutanée après la section des nerfs, par le moyen de vastes emprises, voire même en certains cas la superposition complète d'un district nerveux sur un autre. Il résulte, de cette disposition, des écarts inattendus entre le département anatomo-macroscopique d'un nerf et son domaine physiologique.

Les *échanges* nerveux périphériques s'opèrent, non seulement entre branches d'un même nerf, mais encore entre nerfs appartenant à des plexus différents. On les observe dans les nerfs *régénérés* comme dans les nerfs primitifs.

Quant au *trajet* des fibres collatérales, elles parcourent la plupart du temps les masses profondes du membre et viennent émerger, pour ainsi dire, de chaque point de la surface aponévrotique, pour pénétrer directement et isolément dans la peau.

Pour ce qui concerne enfin la *suspension* de la sensibilité, elle résulte toujours, si l'on en excepte peut-être l'anesthésie du coussinet du gros orteil, non d'une paralysie du bout périphérique, mais d'une excitation partant du point lésé du bout central, gagnant d'abord les centres des fibres nerveuses intéressées, puis se propageant secondairement aux centres des nerfs voisins et même à ceux d'un autre plexus. L'action exercée sur les derniers centres est de nature *inhibitrice*. L'épuisement de cette influence amène graduellement le retour de la sensibilité. Chez l'homme, la durée du laps qui s'écoule entre l'abolition et le retour de la sensibilité dépasse généralement, de beaucoup, celle du même délai chez l'animal.

Enfin, la collatéralité ne remplit chez la grenouille qu'un rôle restreint ou nul. Chez le chien et le chat, elle offre une certaine constance. Chez l'homme, au contraire, elle varie dans des limites considérables.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Le Covec, Faisnel, Leroux, Heurtault, Connen, Rageot de la Touche, Couëtoux, Levot, Hébert, Périer, Rappin, Caradec, Josso, Jacq, Davillé, Touaille de Larabrie, Blé, Billaud, Gouilloux, Lejeune, Roux, Le Marchant, de Seguy, Mermet, Gidon et Durantet.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Barthélemy, Guilbaud, Lemarié, Giry et Gouat.

— Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 21 septembre 1886 :

1° Que les sursis auxquels les engagés conditionnels étudiants en médecine ou en pharmacie ont droit, aux termes de l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872, seront renouvelés tant que l'étudiant n'aura pas vingt-quatre ans accomplis.

2° Qu'à l'expiration de ces sursis, les étudiants, alors âgés de près de vingt-cinq ans, qui, étant reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, ou qui, possédant douze inscriptions pour le doctorat, auront subi, avec succès, l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret du 5 juin 1883, ou celui prévu par l'article 2 du décret du 10 janvier 1884, seront admis à réaliser leur année d'engagement conditionnel dans un hôpital militaire ou dans un corps de troupe, suivant les conditions déterminées par le règlement du 25 mai 1886.

Toutefois, les dispositions des articles 17, 18 et 19 dudit règlement ne leur seront pas applicables. Ils n'auront dans la hiérarchie militaire la position de caporal qu'après six mois de présence effective, et, jusque-là, ils ne toucheront que la solde de simple soldat.

Ceux de ces jeunes gens qui seront dirigés sur un hôpital seront immatriculés, pour ordre, dans le régiment en garnison dans la ville.

3° Que pour bénéficier de ces dispositions, ils devront en faire la demande dans le dernier trimestre de l'année scolaire, et avant le 1er octobre au plus tard, *terme de rigueur*, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils ont signé leur engagement. *Par exception, cette année, la date sera reculée au 1er novembre.*

Ces engagés conditionnels seront appelés individuellement, pour une année, aux époques que fixera le ministre.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Piochon, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Janet, agrégé des sciences physiques, est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, maître de conférences de physique.

— Par arrêté ministériel en date du 25 septembre 1886, la chaire de clinique obstétricale et accouchements de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Des travaux importants vont être prochainement entrepris à l'Asile public d'aliénés de Ville-Évrard, pour la construction de deux pavillons destinés aux paralytiques, un pavillon pour les femmes paisibles, et deux pavillons pour les bains et la cuisine.

— M. le docteur Paillon vient de donner sa démission de médecin des ateliers d'Oullins.

Sa démission est motivée sur l'insuffisance et la modicité du traitement alloué à ces importantes et onéreuses fonctions, traitement qui égale à peine celui d'un simple manœuvre des ateliers et qui, par conséquent, n'est en rapport ni avec les exigences nouvelles imposées, ni avec l'étendue des services à rendre, ni avec les conditions économiques actuelles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Éparvier (Jean), dont les obsèques ont eu lieu à Givors le lundi 27 septembre; de MM. les docteurs Chaigneau, conseiller général de la Gironde, décédé à l'âge de soixante-cinq ans, et Lemesle, conseiller général de Bourgueil (Indre-et-Loire).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des der-

nières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique, par F. Legris. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Tumeurs du mésentère, par le docteur Augagneur, chirurgien en chef de l'Antiquaille, etc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20057

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Polaillon, au début de la séance, a présenté à ses collègues le sujet sur lequel il a pratiqué la taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette, opération dont il les a déjà entretenus à plusieurs reprises, et qui s'est terminée, après quelques-uns des incidents dont on pourra lire plus loin les détails, par une complète guérison, sans aucune autre trace que la cicatrice extérieure. C'est là un magnifique résultat, dont rejaillit le plus grand honneur sur M. Polaillon, qui s'est montré dans cette circonstance médecin aussi prudent qu'habile opérateur.

M. Luys, poursuivant avec la plus louable persévérance ses études sur la physiologie et la pathologie du cerveau, a exposé avec détails, et en en faisant ressortir les utiles applications à l'anthropologie, au diagnostic des lésions cérébrales et à la pédagogie, les nouveaux procédés qu'il a imaginés pour la mensuration des diamètres et des courbes du crâne.

Nos remerciements à M. Joannès Chatin pour nous avoir rassurés sur un péril dont on avait menacé nos tables et nos garde-mangers. Ce n'était pas sans une pénible surprise et sans une véritable anxiété qu'on avait appris, il y a peu d'années, que le mouton, réputé jusque-là si sain, recélait, dans certaines contrées, les germes de la ladrerie. M. Chatin a, heureusement, réfuté cette assertion. Nous pouvons donc, non seulement continuer à manger sans scrupule côtelettes et gigots, mais encore substituer en toute confiance le mouton au bœuf et au porc dans l'usage hygiénique et thérapeutique des viandes crues.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLY.

Tumeur blanche du coude.

C'est encore de tuberculose locale que j'ai à vous parler aujourd'hui. Il s'agit de deux hommes atteints tous deux d'une affection tuberculeuse du coude, mais avec cette double différence qu'ils n'ont pas le même âge et que la date du début est plus ancienne chez l'un que chez l'autre.

Le premier de ces deux malades — celui que je n'opérerai pas aujourd'hui — est un homme de cinquante-deux ans, ouvrier emballeur, qui était resté toujours bien portant jusqu'à la fin de l'hiver dernier.

A cette époque il a commencé à tousser, puis à maigrir; c'est il y a deux mois qu'il a éprouvé ses premières douleurs dans le coude droit et c'est il y a huit jours qu'il est entré dans le service porteur d'une tumeur blanche du coude. La lésion paraît avoir évolué avec une assez grande rapidité; le coude est tuméfié, les dépressions naturelles qui environnent l'olécrane sont remplacées par des saillies dues à des fongosités.

Cet homme est actuellement très affaibli et, de plus, son moral est très affecté de ce qu'il ne peut plus travailler ; en somme, il est dans un état de détérioration générale assez prononcée pour que je ne croie pas devoir l'opérer dès maintenant, mais bien le mettre tout d'abord en observation, voir quelle est la tendance de sa tumeur blanche, voir aussi si, par le traitement, nous ne pourrons pas arriver à rendre ses fongosités fibreuses. Bref, nous immobiliserons son membre dans une position à angle droit un peu exagérée, c'est-à-dire dans la meilleure attitude possible au cas où nous obtiendrions une bonne ankylose. Mais y parviendrons-nous ? J'en aurais beaucoup plus l'espoir si cet homme, une fois sorti de l'hôpital, pouvait être mis dans de bonnes conditions d'hygiène, au grand air, s'il pouvait aller passer l'hiver dans le midi; malheureusement il n'en est pas ainsi et, en nous quittant, il va rentrer dans une vie de misère et de privations qui ne peuvent qu'avoir l'effet le plus déplorable sur sa santé.

Le second malade, celui chez lequel nous allons intervenir chirurgicalement dans quelques instants, est un homme de trente-sept ans, dont la lésion a déjà été soumise à ce que l'on peut appeler le traitement de douceur. Il est aussi porteur d'une tumeur blanche du coude droit, laquelle date de dix-huit mois environ. De plus, il est malade depuis quatre ans, époque à laquelle la tuberculose a fait sa première détermination sur les voies aériennes, tandis que la seconde s'est produite à la suite d'une chute sur le coude de plusieurs mètres de hauteur. J'attache à ce fait une grande importance au point de vue de la localisation de sa tumeur blanche.

Cet homme est déjà venu à plusieurs reprises à l'hôpital et c'est pendant un de ses derniers séjours, lequel n'a pas duré moins de trois mois, que son membre a été placé dans

un appareil d'immobilisation avec compression. Depuis lors il est venu, notamment il y a trois semaines ou un mois, à la consultation, c'est-à-dire peu de temps après que cet appareil avait été enlevé, et c'est alors que je l'ai fait entrer dans le service pour l'opérer.

Actuellement il n'a pas très mauvaise apparence, et sa tuberculose ne paraît pas très avancée. Mais le volume du coude est considérable surtout au niveau de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras, dont le diamètre est très augmenté. Cependant il n'existe pas d'abcès.

Les mouvements de l'articulation sont encore possibles, quoique très limités et très douloureux. L'extrémité inférieure de l'humérus est relativement saine, la pression y est peu douloureuse tandis que, par contre, les os de l'avant-bras sont très sensibles à la moindre pression, principalement au niveau de la tête et de la partie supérieure du radius ainsi que de l'olécrane et de la face postérieure du cubitus. Mais l'articulation est moins douloureuse que les os. En somme, nous sommes en présence d'une ostéite de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras et la synoviale n'est intéressée que secondairement, d'où notre diagnostic : ostéoarthrite tuberculeuse du coude droit avec prédominance de l'ostéite; d'où aussi le seul traitement possible est une opération radicale, c'est-à-dire la résection du coude, surtout après les résultats négatifs de l'immobilisation avec compression tentée il y a quelques mois.

Notre malade est, de plus, atteint de lésion tuberculeuse du côté des poumons et même, depuis quelques jours, il a eu des hémoptysies; celle d'hier a été particulièrement abondante. L'auscultation ne révèle encore ni ramollissement ni cavernes, la lésion pulmonaire est encore purement irritative et se traduit, en ce moment, par des crachements de sang. Est-ce là une contre-indication à une intervention chirurgicale? Je ne le crois pas, et il m'est arrivé plusieurs fois d'opérer avec succès des malades se trouvant dans une situation semblable, notamment certain petit valet de chambre qui présentait un volumineux abcès froid du mollet, et chez qui l'opération fit cesser non seulement les accidents septicémiques, mais encore les hémoptysies auxquelles il était en proie. Aucun de mes malades ne présentait, bien entendu, de cavernes pulmonaires.

Cependant le pronostic, chez notre malade, n'en reste pas moins grave, car chez lui la tuberculose est disséminée dans son organisme, puisqu'il est atteint depuis quatre ans déjà de bronchite tuberculeuse, et que son ostéite tuberculeuse du coude est très prononcée.

Quoi qu'il en soit, la résection du coude est nécessaire et peut avoir encore un bon résultat, c'est-à-dire conduire à une bonne ankylose du coude, à la condition que nous détruirons complètement tous les tissus malades et que nous ferons un curage parfait de la région. Les surfaces cruentées seront ensuite réunies, un drain placé dans la plaie, le pansement fait avec la gaze iodoformée et le membre placé dans l'immobilisateur sur l'attelle coudée.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

Par le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

F... (Marie), soixante-huit ans, à Subéhargues, commune d'Aire, métayère, c'est-à-dire femme de rude labeur, et se nourrissant mal. Elle est très maigre et atteinte de bronchite catarrhale aiguë. Ses efforts vibrants de toux ont, tout à coup, le dimanche 18 avril, à huit heures du soir, déterminé, avec une vive douleur, l'issue d'une anse intestinale, formant, à droite, une hernie crurale. Vives douleurs abdominales dans la nuit, insomnie, deux vomissements, constipation.

Je suis appelé le lundi soir : après un examen attentif, le diagnostic d'une hernie crurale était facile. En effet, je constate, par le palper, que l'orifice inguinal est complètement vide; que la tumeur est située au-dessous d'une ligne tirée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis, et qu'enfin, à cause de l'extrême maigreur de cette femme, il était facile de sentir le pédicule d'une hernie dans l'anneau crural. Taxis infructueux pendant quelques minutes.

Le mardi 20, je recommence un taxis que je ne prolonge pas, et, sur le refus de la malade de se laisser opérer, et malgré mes avis réitérés, je lui propose des bains entiers et du café.

En outre, je déclare à la famille décliner toute responsabilité, et j'annonce une terminaison fatale et prochaine si la malade ne se laisse pas opérer, au plus tard, le lendemain matin.

Dans la nuit, les vomissements fécaloïdes recommencent; insomnie, agitation extrême et faiblesse. L'opération est acceptée, et, comme le disait M. le professeur Verneuil, jadis cette opération était redoutable et toujours redoutée; aujourd'hui elle est moins à craindre, parce que les indications de la kélotomie sont plus certaines.

Je prie mon confrère, le docteur Darblade, de partager ma responsabilité.

L'opération est faite le mercredi matin, à neuf heures, 21 avril, et le quatrième jour après l'accident.

Elle ne présenta rien de particulier, ni hémorrhagie, ni tissu cellulaire embarrassant; le sac fut séparé de l'intestin, violacé mais non ulcéré.

La sonde cannelée fut introduite à travers l'anneau crural, et, à l'aide du bistouri courbe boutonné, conduit dans la rainure, le débridement multiple se fit facilement.

Toutefois je regrettai, avec mon confrère, de n'avoir pas, à notre disposition, pour ce temps de l'opération, la large sonde cannelée et courbe de Huguier, ou la sonde ailée de Méry, aux lieu et place de la petite sonde cannelée de nos trousses. Une large sonde cannelée, en abaissant et retenant l'anse intestinale herniée d'une part, et de l'autre en augmentant le champ opératoire, rendrait de très grands services.

C'est là une lacune dans notre arsenal chirurgical ordinaire; elle sera bientôt comblée.

L'index fut introduit dans l'abdomen par l'ouverture agrandie, et l'intestin retiré avec précaution, pour s'assurer de son état; il rentra facilement : le pansement antiseptique fut employé, et le tout retenu par des bandes de spica.

22 avril. — A ma visite, j'apprends que la malade a poussé, la veille, une selle, une heure après l'opération, que les vomissements avaient cessé, ainsi que les douleurs d'estomac; — la nuit avait été bonne.

Je panse la plaie, qui est en voie de cicatrisation. Soif vive, pouls à 100.

Potages, eau vineuse, grogs.

23 avril. — Bonne nuit; pas de douleur. Il n'y a pas eu de selles depuis trente-six heures. Soif vive, pouls à 80. Huile de ricin, régime ut suprà.

24 avril. — La malade a eu 3 selles; l'appétit se réveille, sommeil tranquille, pouls à 76, plaie presque cicatrisée.

Potage, biscuits avec du vin, grogs et 76 centigrammes de sulfate de quinine.

25 et 30 avril. — L'état se maintient dans de bonnes conditions.

Depuis cette époque, l'amélioration s'accentue de telle sorte que la guérison se fait rapidement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 septembre 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Millard (de New-York) sollicite le titre de membre correspondant étranger et adresse, à l'appui de sa candidature, un travail sur la maladie de Bright.

COMMUNICATIONS

Taille stomacale pour l'extraction d'une fourchette; guérison. — M. **POLAILLON** présente à l'Académie, guéri, l'opéré dont il l'a entretenue dans la séance du 24 août dernier et chez lequel il a extrait par la taille stomacale une grande fourchette qu'il avait avalée.

On voit, un peu en dedans du bord des fausses côtes gauches, la cicatrice de l'incision qui a servi à atteindre l'estomac. On voit aussi la trace des sutures profondes et superficielles qui réunissaient les lèvres de cette incision.

La guérison s'est effectuée en moins de vingt jours. Les fonctions de l'estomac se sont entièrement rétablies; et maintenant notre homme est aussi bien portant qu'avant son opération.

Après l'extraction de la fourchette, M. Polaillon avait suturé l'incision stomacale avec un fil de catgut et réduit l'estomac dans le ventre. Voici, en abrégé, quelles ont été les suites de cette tentative opératoire.

Le jour de l'opération, le patient éprouva, au niveau de l'estomac, une douleur assez vive pour gêner les grandes inspirations, pour empêcher l'expulsion des crachats et pour rendre difficiles les légers efforts, tels que ceux qui consistent à émettre les urines. Il fallut pratiquer le cathétérisme vésical pendant plusieurs jours. La douleur stomacale alla progressivement en diminuant et ne se compliqua d'aucune autre douleur dans l'abdomen.

Il n'y eut aucun vomissement, aucun ballonnement du ventre ni aucun phénomène de péritonite.

L'alimentation fut conduite de la manière suivante :

Pendant les premières vingt-quatre heures, le patient fut soumis à une diète absolue. Il calmait sa soif en humectant de temps en temps sa bouche avec du champagne coupé d'eau glacée. Il n'absorba ainsi que deux cuillerées à soupe de ce breuvage. Mais il reçut deux lavements de bouillon qu'il garda.

Dès le second jour, il avait faim. On lui donna sept à huit cuillerées de bouillon glacé et un peu de champagne; puis trois lavements de bouillon.

Le troisième jour, la petite quantité de bouillon ingérée la veille ne paraissant pas avoir été bien supportée, on ne permit que du champagne glacé et coupé d'eau, et trois lavements additionnés de peptone et de vin.

Ces lavements avec peptone et vin furent administrés chaque jour, jusqu'à ce que l'alimentation par les voies supérieures fût suffisante. Ils soutenaient le malade et calmaient très manifestement sa faim et sa soif.

Le quatrième jour, deux ou trois cuillerées de lait froid furent avalées et digérées.

Le cinquième jour, le malade prit une cuillerée à bouche de lait toutes les deux heures.

Le sixième jour, la sensation de la faim étant très accusée, on augmenta la quantité de lait.

Les jours suivants, on y ajouta de petits potages, une côtelette (le dixième jour), du vin de Bordeaux. Bref, l'alimentation fut progressivement et prudemment augmentée jusqu'à ce qu'elle eût atteint son degré habituel.

L'opéré resta sans aller à la garde-robe pendant une semaine. A partir de ce moment, les gardes-robes eurent lieu régulièrement tous les jours ou tous les deux jours.

Comme accidents morbides consécutifs à cette taille stomacale, il n'y a à signaler qu'un ictère passager et une poussée fébrile coïncidant avec la formation d'un petit abcès au niveau de l'incision de la paroi abdominale.

Dès le premier jour qui suivit l'opération, la peau avait pris une teinte un peu jaunâtre. Au bout de quarante-huit heures, la teinte jaune de la peau et des conjonctives était assez nette pour qu'il n'y eût pas de doute sur la production d'un léger ictère. Il est probable que le traumatisme de l'estomac avait provoqué une contraction spasmodique des conduits biliaires et par suite une rétention momentanée de la bile. Si l'ictère avait été produit par une inflammation qui se serait propagée de la muqueuse stomacale à la muqueuse des voies biliaires, sa durée aurait été beaucoup plus longue.

En même temps que ce léger ictère apparaissait, la température s'élevait à 38°,5 dans la soirée du second jour après l'opération. Bientôt une douleur sourde, lancinante, se faisait sentir au niveau de l'incision abdominale. Puis un petit abcès s'ouvrait à la partie inférieure de cette incision, qui, d'ailleurs, était réunie dans la profondeur et dans tout le reste de son étendue.

Sauf ces deux petits accidents, l'état général a été excellent pendant toute la durée de la cicatrisation, qui était terminée en dix-huit jours.

Trois semaines après l'opération, le malade se levait et descendait dans le jardin de l'hôpital.

Actuellement, les fonctions de l'estomac s'accomplissent d'une manière parfaitement normale. L'opéré ne ressent aucune douleur, soit pendant la vacuité, soit pendant la réplétion de cet organe. Il peut fléchir le tronc en avant, le cambrer en arrière, l'infléchir à droite ou à gauche sans éprouver jamais la moindre souffrance dans la région épigastrique. M. Polaillon pense qu'on doit en conclure que l'estomac se meut librement dans la cavité péritonéale et qu'il n'existe aucune adhérence entre l'incision stomacale et l'incision des parois abdominales. La suture perdue de la taille stomacale a donc complètement réussi.

Ladrerie du mouton. — M. **JOANNÈS CHATIN** donne lecture de nouvelles recherches sur la ladrerie du mouton.

Il s'agit de la ladrerie du mouton, dont la brusque révélation a causé, il y a peu d'années, une assez vive surprise. Depuis l'époque où, sur le conseil de M. Bouley, il aborda l'étude de ce sujet, de nouvelles expériences confirmatives de celles qu'il avait faites lui-même sont venues donner à la question une actualité nouvelle. C'est la relation de ces expériences qui fait le sujet de cette communication.

Le résultat de l'étude à laquelle s'est livré M. Joannès Chatin sur ce sujet est que rien ne vient actuellement appuyer l'hypothèse proposée par quelques auteurs, et suivant laquelle le mouton eût hébergé, spécialement dans les pays chauds, le cysticerque du *tœnia médiocanellata*. Partout où celui-ci a été observé, c'est toujours par la viande de bœuf qu'il a été introduit.

Rarement les cysticerques se multiplient, chez le mouton, au point de déterminer une véritable ladrerie, et lors même qu'ils sont aussi abondants, ils n'offrent aucun danger de transmission à l'espèce humaine.

Loin d'être purement spéculatives, ces recherches paraîtront peut-être offrir quelque intérêt pratique. Elles semblent particulièrement favorables à l'usage adopté par la thérapeutique contemporaine qui, justement soucieuse d'éviter les dangers auxquels expose l'ingestion de la viande crue de bœuf, ou de porc, administre à cet état la viande de mouton.

Nouvelle méthode de mensuration céphalique. — M. **LUYS** fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

La nouvelle méthode céphalographique dont j'expose les conclusions devant l'Académie de médecine est le résultat de la mise en œuvre d'instruments nouveaux destinés à prendre directement les courbes céphaliques. Ces instruments sont conçus avec les mêmes éléments que le conformateur des chapeliers et le profilomètre des sculpteurs.

Ils sont au nombre de trois, destinés à prendre isolément les diamètres de l'ovoïde céphalique. Ils sont, d'une façon générale,

constitués par des séries de clavettes, fixées dans un cadre, et susceptibles, après avoir été appliquées sur une surface courbé, de rester en place à l'aide d'écrous qui les maintiennent serrées dans le cadre.

Ce cadre lui-même est brisé. Il s'ouvre à l'aide d'un mécanisme spécial qui permet de le sortir de la région où il a été appliqué avec les clavettes immobilisées et de se refermer en maintenant la série des clavettes dans leurs rapports préalables.

Les extrémités des clavettes fixées sur la courbe céphalique représentent les différents points de cette courbe céphalique, et forment une ligne continue.

Une fois la mensuration de la courbe céphalique effectuée, on place l'appareil sur un plan spécial, et en suivant avec un crayon la ligne des clavettes, on obtient le graphique direct de la courbe inscrite. Ces instruments adaptés, l'un au diamètre antéro-postérieur, l'autre au diamètre circulaire et le troisème au bi-auriculaire, sont construits sur le même principe; les résultats fournis par eux se confirment les uns les autres.

Isolément, chacun d'eux fournit des indications spéciales :

Le *céphalomètre fronto-occipital*, à l'aide d'un tracé linéaire, donne le diamètre antéro-postérieur, le diamètre vertical et les diamètres obliques antérieur et postérieur qui permettent d'apprécier les différences de la masse cérébrale sous-jacente. Il démontre l'existence latente d'une partie de substance cérébrale *basique*, qui échappe aux mensurations habituelles et dont la mesure est en raison inverse du développement des régions frontales.

Les données qu'il fournit peuvent être vérifiées sur un crâne sec dont on a enlevé une portion de la calotte en mettant sa cavité à nu. On reproduit alors par comparaison, à l'aide de tiges métalliques multiples, les différents diamètres du graphique.

Le *céphalographe circulaire* donne les courbes circulaires horizontales de la tête. Cette courbe étant inscrite sur une feuille de papier, on trace une ligne antéro-postérieure qui partage la figure en deux portions, une portion droite et une portion gauche.

On constate ainsi le défaut de symétrie de chaque hémisphère crânien.

On trace ensuite une ligne transversale qui coupe la précédente à angle droit. On divise ensuite la figure en deux segments : le segment cérébral antérieur et le segment cérébral postérieur. On constate ainsi que le segment cérébral postérieur est relativement stable, et que le segment antérieur est surtout susceptible de variations individuelles.

On trace ensuite, à partir du milieu de la ligne de rencontre des deux droites précédentes, des rayons divergents vers les différentes régions de la courbe et on a ainsi la mesure des différentes régions où ils aboutissent.

Le *céphalographe bi-auriculaire*, conçu sur le même plan que ses congénères, s'applique verticalement sur le milieu d'une ligne antéro-postérieure passant sur le vertex.

Il donne le tracé de la courbe et des diamètres bi-auriculaires, ainsi que celui de la hauteur verticale du cerveau prise en cette région et indique encore certaines asymétries locales.

Ces instruments qui sont essentiellement destinés à être placés sur le vivant, peuvent aussi servir à la mensuration du crâne sec.

De plus, l'un d'eux, le céphalographe fronto-occipital est susceptible de recevoir un appendice spécial destiné à déterminer sur le papier le point sous-nasal ou alvéolaire, de sorte que l'on peut, grâce à cette construction, obtenir d'emblée, ainsi que l'a démontré le docteur Descourtis, un angle facial, dont le trou auditif et le point sous-nasal ou alvéolaire seraient les points fixes.

Les principales conclusions qui ressortent des tableaux céphalométriques dressés à l'aide des instruments sont celles-ci :

1° A l'aide d'une série de chiffres exprimant les longueurs céphalométriques de tel ou tel diamètre, on peut établir un chiffre moyen pour chacun d'eux et s'en servir comme d'un *axe graphique* autour duquel viennent osciller les mensurations individuelles minima et maxima ;

2° On prend ainsi les moyennes successives pour un plan donné, soit le plan fronto-occipital, ou circulaire, ou bi-auriculaire et, en totalisant ces moyennes, on obtient une moyenne générale dont le chiffre indique la valeur numérique des mensurations céphaliques de tel ou tel individu ;

On arrive ainsi à reconnaître qu'il y a des lignes compensatrices ; que tel individu qui présente tel ou tel diamètre au-dessous de la moyenne, reprend l'avantage par tel ou tel autre diamètre et acquiert ainsi une égalité relative.

3° Les moyennes totalisées du cerveau masculin sont supérieures à celles du cerveau féminin, prises dans les mêmes conditions, dans les rapports de 100 à 95 ;

4° Sur un groupe d'aliénés composé de trente-neuf sujets, les moyennes céphalométriques ont été supérieures à celles d'un groupe de quarante sujets normaux ; ce fait étrange, qui n'est peut-être qu'une coïncidence, a besoin d'être vérifié sur un plus grand nombre d'observations ;

5° Ces nouvelles méthodes de mensurations céphaliques pourront être utilisées :

a. Chez les écoliers, à l'étude du développement cérébral annuel et à la détermination des individualités incomplètement developpées dont la paresse apparente et l'inaptitude aux travaux intellectuels n'est, la plupart du temps, que l'effet d'une imperfection du développement cérébral ou d'une tare héréditaire ;

b. Pour la détermination plus précise des caractères de l'identité. En prenant d'une façon plus précise les mesures céphalométriques chez les individus réputés criminels, on arrivera ainsi à des révélations inattendues, et à créer des matériaux vraiment scientifiques destinés à servir de base à l'anthropologie criminelle, qui n'est encore en France qu'à ses débuts, alors qu'à l'étranger et en Italie elle a dejà inspiré de nombreux travaux.

M. LARREY exprime le regret que M. Luys, dans son intéressante communication, n'ait pas fait l'historique des nombreux appareils de crâniométrie imaginés depuis Gall, Spurzheim, Ampère, jusqu'à Broca. Cela eût complété son travail et mieux fait ressortir les avantages et la supériorité du système de mensuration qu'il vient de nous exposer.

M. LUYS. C'est uniquement pour ménager les moments de l'Académie et dans la pensée, d'ailleurs, que ces appareils devaient être connus de la plupart de ses collègues, qu'il s'est abstenu de faire cet historique.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Le tableau de M. Gabriel Ferrier : Mchâcha, fumeurs de kîf (1).

Par M. E. MASQUERAY.

Quand on demande à fumer du kîf dans un café maure, un jeune homme aux mouvements lents, coiffé d'une calotte rouge, vous présente de tout petits bâtons noirs, gros comme des allumettes, les brise, les mêle à du tabac de Constantinople grossièrement haché, et en bourre la partie supérieure d'un fourneau de pipe en terre. Il ajuste ce fourneau sur un tube qui plonge dans une boule de cuivre à moitié remplie d'eau. De cette même boule part un autre tuyau par lequel on fume. Une fois le fourneau avivé par le souffle du serviteur, on se baigne les bronches d'une sorte de vapeur douce, parfumée, indéfinissable ; on boit une gorgée de café à la fleur d'orange, et on sort, la tête un peu troublée. Si l'on va dîner ensuite chez des amis, la compagnie vous trouve l'air singulier. On fixe les gens avec une persistance inexplicable ; on développe logiquement, sans nuances, un long discours, comme si l'on n'avait pas devant soi d'interlocuteurs. On a le teint mat, le visage calme et plus agréable à voir que d'ordi-

(1) Extrait du *Journal des Débats*.

naire. Quand on rentre chez soi, on s'étend dans son meilleur fauteuil, on regarde un bouquet de fleurs ou un objet brillant, on roule une cigarette, puis on la rejette, n'aimant plus le mouvement, et, les coudes bien posés, la tête appuyée, on s'embarque dans des raisonnements dont les conclusions sont toujours agréables. On reprend l'une après l'autre toutes les petites difficultés du jour. Les devoirs s'accomplissent sans peine; les passions se transforment en émotions douces. A-t-on une dette? Elle est payée. Un amour? Il est satisfait. La vie vulgaire, saccadée et raboteuse, n'est plus qu'une longue pente sur laquelle on glisse avec délices.

Cela doit suffire aux hommes du monde qui veulent faire connaissance avec le chanvre indien. Il est dangereux d'y revenir, mais il est bon d'en avoir usé, à moins qu'on n'ait lu quelques pages célèbres de Baudelaire, pour bien comprendre le grand tableau que M. Gabriel Ferrier a exposé à Alger sous le titre de *Mchâcha* ou *Fumeurs de kîf*. Le peintre, qui est un poète réaliste, a pris pour sujet une réunion d'indigènes adonnés jusqu'à la frénésie aux ivresses de la redoutable plante. Il nous a jetés brusquement devant une des apparitions les plus sombres et les plus éclatantes qui se puissent imaginer, et voici, pour ma part, ce que j'y ai vu.

Le poison bleuâtre monte en lourdes spirales dans la grande salle blanche. Il circule invisible dans les veines d'une dizaine d'hommes assis ou couchés. Leurs yeux s'agrandissent, leurs prunelles sont démesurées et fixes, leurs bras tombent le long du corps. L'un est vautré sur le dos, le sourire aux lèvres; l'autre étend ses membres maigres, prêt à se renverser; un vieux à barbe grise, les yeux injectés de sang, a rabattu le capuchon de son burnous couronné de fleurs, et allongé ses jambes brunes; un jeune blêmit comme s'il allait mourir. Ils sont bien ivres, plus ivres que ne peuvent l'être des hommes du Nord; leur vie multipliée s'échappe et fuit de leurs lèvres; ils montent et descendent, en respirant tous les degrés de l'extase. Demandez ce qu'ils ressentent, à celui du milieu qui s'est couché sur le coude gauche, drapé comme un sénateur de Rome; regardez droit dans ses yeux noirs, si longs et si pensifs près desquels une fleur de grenade fait une tache vermeille. Avec ses beaux traits réguliers, sa fine barbe brune, ses membres robustes, il aurait pu être pacha comme d'autres, avoir des villes blanches et des gardes de nègres, et des femmes aux chevilles serties de diamants, dansant dans des robes de gaze et de soie, les seins relevés par des bandes de rubis et d'émeraudes, ou bien il aurait gagné de longues batailles et vu fuir des milliers d'hommes devant lui dans la poussière d'or du désert. Il n'en a plus besoin maintenant. Le serviteur à la tête demi-rasée qui allume les pipes vient de lui verser en dix minutes tant d'or et de perles, tant de femmes et tant d'armées, qu'il en a la cervelle pleine. Un monde prodigieux sort de lui-même, avec ses beautés et ses joies, comme un fleuve inépuisable qu'il regarde couler.

Un bouquet de fleurs, merveilleux, blanc, nacré, rouge, azuré, s'épanouit et monte de la panse énorme d'un vase bleu, le long d'une colonne blanche qui se tord et s'enroule jusqu'au plafond de la salle, puis se recourbe en volutes enguirlandées, et les guirlandes lourdes, souples, vertes, piquées de points rose vif et rose pâle, qui sont encore des fleurs inoubliables, s'en vont à travers toute la salle, comme les festons d'un temple, un jour de sacrifice. Partout des fleurs, toujours des fleurs, aux tiges brisées ou coupées près des corolles, dans les mains de ces buveurs de fumée, à leurs pieds ou sur leurs têtes. Il en est de si éclatantes que des sillons d'ombre se creusent entre leurs pétales. Elles jettent des lueurs ardentes, et meurent comme les âmes d'hommes qui palpitent avec elles, enfiévrées et retranchées du monde réel.

Contre la colonne, près du vase bleu, un fou qui ne fume pas, un déguenillé dont l'épaule a crevé le mauvais linge, est assis, le buste élevé, la tête rigide appuyée légèrement sur le bout des doigts de la main droite, comme un mathématicien qui touche à la fin d'un long calcul. Dieu lui dit des choses que vous ne savez pas. Tout à l'heure, il passait sur le boulevard de la République auprès des fonctionnaires corrects qui se promenaient avec leurs femmes; tout le monde le regardait; il n'a vu personne, et, certes, il ignore pourquoi il est monté par les petites ruelles ombreuses qui serpentent comme des tubes sous les maisons de la haute ville, jusqu'à cet endroit-ci où il restera tant que cela lui fera plaisir. Baisez-lui la main, si vous êtes musulman, vous pourrez le rencontrer plus tard sous l'arbre paradisiaque des saints, mais ne lui parlez pas, et surtout ne vous arrêtez pas devant ses yeux. Ils sont clairs comme l'eau des sources, ils vous attirent et vous fascinent : mieux vaut encore une gorgée de la fumée traîtresse qu'un pareil vertige.

Orgie sans vin, sans taches, sans cris, sans rixe, sans bruit, sans gestes, sans tables, sans souvenirs et presque sans traces. Il n'en restera demain que des grains de poussière sur les dalles blanches, et les pétales d'un pavot rose sur une natte de jonc. La petite cage treillagée dans laquelle un merle est emprisonné, contre les volutes de la colonne, n'aura même pas été touchée. Cette salle, parée comme pour un banquet, n'est pleine que de rêves. Le maître du lieu se penche au-dessus du fou et parle à l'oiseau tenant en main une poignée de fleurs purpurines qu'il va peut-être lui offrir. Un chanteur est assis dans l'ombre, chantant pour lui-même une chanson lente, berçante, entrecoupée de notes aiguës auxquelles répondent les cordes métalliques de sa mandoline. Le rythme de sa voix accompagne les songes de l'homme aux yeux noirs, et donne de longs élans à ses pensées fuyantes, comme la harpe de David réglait le délire de Saül; mais cela ne trouble pas les autres, qui sont déjà beaucoup plus loin dans les profondeurs de l'ivresse. Le doux chant n'est pour eux que le murmure d'un grillon, la plainte d'un ruisseau, le froissement de la brise dans le feuillage lustré des orangers, ou même rien qu'une sensation de plus, indéfinissable. Ils jouissent tant de leur propre substance qui se consume, ils sont si abîmés dans leur être, ils s'enfoncent, au gré de leur nature intime, dans les flots sombres d'une telle nuit, ou dans les ondes lumineuses d'un tel ciel, que les voix les plus aimées ne les rappelleraient plus.

Comme ils sont bien ajustés pour vivre ainsi une bonne fois tout à leur aise! Ils ne se gênent pas, allongés les uns près des autres dans leurs vêtements de laine blanche qui enveloppent leurs genoux, et, quand un nouveau venu entre dans leur cercle, il n'y apporte pas le moindre trouble. En voici un justement, arrivé en costume de ville, veste violette, culotte bouffante de toile grise, calotte rouge. Il s'est étendu sur un mince tapis, à plat ventre, appuyé sur les coudes, relevant sa jambe droite pour la délasser. Il nous tourne le dos, mais je devine bien son visage olivâtre aux pommettes saillantes qui s'approche d'un léger brasero de cuivre sur lequel brûle une poignée de kîf et d'encens. Il y vient comme le serpent s'allonge vers la flûte d'un charmeur. Il hume le parfum capiteux et tiède. Personne ne s'en inquiète; pas un regard ne s'est abaissé sur lui, et voilà que le garçon lui tend la pipe fraternelle au fourneau long couronné d'escarboucles. Il va la prendre, et « boire » (c'est ainsi qu'ils disent) la fumée laiteuse qui s'épanche déjà hors du tube; ensuite, il demandera un verre d'eau fraîche. Quand il aura recommencé huit ou dix fois, il se tournera, sans mot dire, sur le côté, en face du fou, et sa pauvre âme ouvrira ses ailes comme les autres, en plein calme, dans les limbes du monde infini.

Dans le fond de la salle, sur une soupente élevée qui touche presque au plafond, les plus ivres montent et se couchent. Ils sont là trois, réfugiés dans la pénombre, encore plus pénétrés que les autres par la vapeur transparente qui s'élève autour d'eux. Leurs pauvres corps usés, émaciés comme des corps d'ascètes, sont à bout de forces. Leurs bras sont des fuseaux, leurs mains pendent décharnées, le sang s'est retiré de leurs visages, leurs nerfs sont tendus à se rompre. Ils touchent à la fin dernière. Ils en sont aux rêves tragiques, aux terreurs folles, aux visions de je ne sais quoi de béant et de vide; celui de droite surtout, qui se serre dans son mince burnous collé aux pointes des épaules comme un suaire. Il grelotte, il ouvre des yeux enflammés. Quelque animal monstrueux est devant lui, qui grandit et s'approche,

sans qu'il puisse ni crier ni fuir; il est penché sur un abîme; l'estrade est le bord d'un gouffre effroyable dans lequel il va tomber. Comme il se fait petit, et se pelotonne! il voit les vautours immenses au cou nu, aux serres aiguës, qui vont s'abattre sur son cadavre et manger sa chair. Le second est assis, les jambes pendantes. Il fume à pleines bouffées, avec rage, sans savoir ce qu'il fait. Lui aussi a une peur horrible; le même feu rouge passe dans ses yeux; il est dans quelque enfer; il entend des clameurs de victimes, des glapissements et des hurlements plaintifs. Est-ce la musique du chanteur et son hymne d'amour qui résonnent en ce moment dans son âme éperdue comme un millier de voix funèbres? Sont-ce les têtes de ses compagnons qui s'agitent au-dessous de lui comme un troupeau d'hyènes? Il fume toujours; il serre le tuyau de roseau d'une main convulsive, et plus il fume, plus son épouvante grandit, jusqu'à ce que la machine humaine qui lui donne maintenant tant d'angoisse après tant de délices cesse tout à coup de rien fournir, et qu'il s'affaise comme une bête mourante. Le troisième, oh! le troisième, tout nu, dont l'extrême fond, avec son scapulaire passé autour du cou, qui dessine un petit carré noir sur sa poitrine! Il ne montre que son buste, en arrière des deux autres, noyé dans une demi-nuit, les deux bras entr'ouverts, les paumes étendues, comme ces images bizantines qu'on voit sous le porche des vieilles églises. Avec quelle ferveur il invoque son Prophète et toutes les puissances ultra-terrestres après avoir passé par des tourments indéfinissables! Des draperies lumineuses, vertes, jaunes, rouges, comme les plis des aurores boréales, flottent devant ses yeux, puis s'évanouissent, et le ciel lui apparaît subitement blanc, rayé de cercles concentriques tout blancs, plein d'anges blancs. Il voit l'assemblée annuelle des saints et le trône de Dieu, à moins que ce ne soit tout simplement le lustre en peau d'orange découpée qui est suspendu au milieu de la salle. Demain, après un lourd sommeil, il s'en ira par les rues avec le fou.

Le mur crayeux, sur lequel une petite main ouverte, signe de puissance et d'éternité, symbole antique de la déesse Tanit, fait à peine une tache que les seuls initiés remarquent; les blancheurs éclatantes des bournous de laine et des chemises crevées çà et là par des chairs brunes; le jour tamisé qui passe par des ouvertures invisibles, donnent à cette salle, où s'accomplit une prodigieuse débauche, l'aspect virginal d'une chapelle; et, à tout prendre, cette orgie est bien la plus idéale, la plus proche du délire divin, la moins humaine que l'homme ait jamais inventée. Un mysticisme brutal, un détachement violent et artificiel des choses de ce monde, une abdication parfaite de la personnalité, n'est-ce pas là ce que les religions populaires conseillent, ce que la foule honore chez tous les bienheureux?

Les pipes fument comme des encensoirs; l'odeur de l'encens se mêle à celle du chanvre; c'est ce parfum, refroidi, qu'on sent dans les cryptes des basiliques, autour des tombeaux des évêques. Chacun de ces hommes-là, s'il était bien dirigé par un cheick religieux, deviendrait un derwiche: il y est tout préparé; c'est chez eux que se recrutent les saints. La confrérie des Hachichin, dont nous avons fait les « assassins », était assez célèbre, quand le Vieux de la Montagne, contemporain de saint Louis, envoyait ses disciples poignarder un Sultan sur son trône et se faire rouer ensuite avec bonheur. Or, qu'était bien le *hachich* (herbe) de ces Hachichin? Du kif, comme celui qui brûle dans toutes ces pipes allumées, et sur le réchaud ciselé. Avant de les leur faire boire ou manger (car on les mange encore dans des confitures de jasmin ou de rose), le Vieux bénissait les petites graines de chanvre comme le seul présent de Dieu capable d'affranchir l'homme des tentations basses et des terreurs du monde. Les Maures de M. Ferrier ne poignarderont personne; mais ils ont déjà renoncé aux relations ordinaires de la vie; ils ne sont disciples d'aucun cheick, mais ils ont immolé déjà leur volonté. Ils voient assez de formes innommées, ils entendent assez de voix inconnues, il passe dans tout leur être assez de frissons étranges pour que rien ne les étonne plus jamais. Ils croient maintenant à l'impossible; ils vivront sans peine dans le fantastique et dans l'absurbe. Les hallucinations du jeûne et les éblouissements qui suivent les longues prières, ne feront que leur rendre sans fatigue et sans péril ce qu'ils sont venus chercher là au prix de leur santé. Enfin leur orgie est comme le prologue d'un drame religieux. La moindre suggestion suffirait maintenant pour les entrainer dans le tourbillon d'où sortent, rajeunies, les âmes des martyrs.

Étrange race d'hommes, pour laquelle la destruction, le retranchement de la nature, est le suprême bonheur! Il en est ainsi du Maroc à l'Indo-Chine, en Afrique, en Égypte, en Perse, dans les Indes, sur toute la bande de terre où la vie matérielle est la plus heureuse. Plus l'air est doux, plus les femmes et les fleurs sont belles, plus les étoiles scintillent sur le velours du ciel, plus le soleil glorieux féconde la terre, et plus l'homme s'en détourne avec une secrète horreur. La pipe de chanvre des gens d'Alger n'est rien auprès du fourneau minuscule dans lequel les Asiatiques fument leur opium, et la religion de Mahomet, malgré ses apparences farouches, est bien peu de chose en comparaison du Nirvana bouddhiste qui anéantit la religion elle-même et l'homme tout entier. Ce sont justement ces contrées bénies où nous allons chercher, nous autres, la santé et la joie de vivre, qui fourmillent d'âmes délirantes et ascétiques, singulièrement avides de mort. Les poisons et les paroles qui font perdre la raison viennent ensemble de là, le kif et l'opium avec les moines. C'est de là que sont partis, en sens contraires, les deux immenses courants mystiques qui ont failli submerger la Chine et l'Europe rationalistes. Là enfin on glorifie et glorifiera éternellement, en face des splendeurs du monde, le renoncement, la misère et la folie.

Explique qui le voudra ce problème de haute histoire philosophique, soit par l'insuffisance de la nature, étrange blasphème, soit par la vanité maladive de l'homme, le seul être mal fait qui soit en désaccord avec l'univers; peu nous importe. M. Ferrier a fait là un bien beau tableau. Je l'ai vu, ce tableau, pour la première fois, à midi, dans la Salle des fêtes du théâtre d'Alger, par une clarté absolue et presque impitoyable, tant elle donnait de précision à tous les tons et à toutes les lignes. Il faut qu'un artiste soit bien sûr de son travail pour l'exposer à une pareille lumière. Les ignorants comme moi, qui ne connaissent en fait de peinture que celle du soleil, se montraient du doigt les fleurs, les carrelages, les vêtements, les visages, les yeux surtout, et se récriaient. Quels coups de pinceau, ou plutôt quels coups de couteau! Car M. Ferrier peint au couteau. Quelles touches brusques, pleines, sûres, comme les éclats de voix d'un grand chanteur! Si j'essayais de définir le procédé de M. Ferrier, je dirais qu'il distribue à toutes choses ce qui leur est dû, volontairement parce qu'il sait ce qui leur convient, généreusement parce qu'il est infiniment riche. Il se dégage de cette sorte de réalisme une puissante poésie. Je suis revenu le soir devant son œuvre. Deux longues lignes de gaz habilement voilées l'inondaient de lueurs dorées et palpitantes. Des draperies sombres, énormes, retenues par des cordes, l'encadraient de droite et de gauche. On eût dit un appartement vrai, plein de personnes vivantes, et, en même temps, l'idéal, le merveilleux, l'irréel, l'âme enfin de cette large toile pleine d'une vie surhumaine s'en dégageait par effluves. Tout Alger défilait là devant: des gens instruits, des femmes du peuple, des juifs, des Maures. J'étais au milieu d'eux. Ils se pressaient à bonne distance, les uns derrière les autres, n'appréciant plus le détail, mais jouissant de l'ensemble, accumulant en eux-mêmes, silencieusement, un trésor de sensations et d'idées nouvelles. Alors, moi aussi, j'ai oublié le peintre et la peinture, j'ai vécu pour un instant l'étrange et mystérieuse existence dont j'avais les yeux éblouis. C'est ce moment auquel j'ai voulu revenir; c'est cette impression que j'ai voulu rendre. Quand vous admirerez à votre tour le tableau de M. Ferrier, l'année prochaine, vous y trouverez certainement autre chose; mais ce que j'y ai vu y est bien. Si vous en doutez, je vous invite à venir faire un tour de promenade dans notre haute ville blanche. Nous entrerons ensemble chez des fumeurs de kif.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Binaut, Martin, Dumont, Devis, Pillot, Grousset, Juranville, Delpierre, Fauret et Éveillé.

— La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 6 octobre 1886, à 3 h. 1/2.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20069

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pneumonies infectieuses épidémiques.

Avant de faire ressortir des faits de pneumonies, observées simultanément sur divers points, dans le cours du premier semestre de la présente année, que nous avons rapportés dans notre précédente Revue, les quelques idées générales qu'ils suggèrent, il nous faut rétrograder d'une année et faire place ici à la relation d'une épidémie locale de pneumonies infectieuses et contagieuses observée par M. le docteur Chevrot, de Bletterans (Jura), dans une commune agricole de 1700 âmes réparties en une trentaine de hameaux. Nous devons la communication de cette relation à M. Lancereaux, à qui M. Chevrot, l'un de ses anciens élèves, l'a adressée.

Notre confrère de Bletterans a observé dans cette commune 29 cas de pneumonie aiguë dans l'espace de temps compris entre le 15 février et le 15 mai 1885.

Voici les traits saillants de ces 29 observations :

1. — 15 février. Femme D. L..., soixante ans. — La maladie évolue régulièrement ; défervescence au huitième jour.

2. — 21 février. D..., douze ans. — Apparition tardive des signes d'auscultation ; marche régulière.

3. — 23 février. J..., dix-huit ans, domestique de la femme L..., la première malade. — Ces deux pneumonies dans la même maison éveillent déjà les soupçons de notre confrère. Ce jeune homme présente un teint bilieux, cependant la marche de la maladie est régulière ; défervescence le huitième jour.

Nota. — Une fille de dix-sept ans, domestique dans la même maison, est atteinte d'amygdalite.

4. — 23 février. L'enfant R..., huit ans, voisin. — Pneumonie du sommet, adynamie, marche régulière.

Son frère, douze ans, est également au lit atteint d'embarras gastrique fébrile.

5. — 23 février. Femme G..., cinquante-cinq ans. — Est au cinquième jour déjà. Râles sous-crépitants, abondants, souffle fort ; au neuvième jour, défervescence mais pas complète. Les signes physiques persistent pendant un mois encore. Renseignements pris, M. Chevrot reconnaît en elle une ancienne paludéenne : quelques doses de quinine font disparaître le peu de fièvre qu'elle conservait et éteignent les râles.

6. — 23 février. L'enfant G..., onze ans. — A fait trois jours auparavant une marche forcée ; depuis il a gardé le lit. Vomissements, 40 degrés, *ne tousse pas du tout.* On constate au sommet gauche un souffle éloigné, qui devient évident les jours suivants, puis râles crépitants, adynamie, marche régulière.

7. — 23 février. C..., cinquante-sept ans. — Pneumonie centrale, tous les signes rationnels existent ; pas de signes physiques. Cette pneumonie a une marche un peu irrégulière, un peu longue ; néanmoins il guérit en quinze jours.

On remarquera que ce jour-là, le 23 février, donne *cinq pneumonies aiguës d'un coup.*

8. — 2 mars. G..., soixante-cinq ans. — Pneumonie légère ; rien de particulier.

9. — 4 mars. L..., trente-quatre ans. — Pneumonie simple.

10. — 6 mars. C..., quarante-trois ans. — Ce malade a eu la veille un grand frisson, un violent point de côté. Pneumonie gauche, râles crépitants abondants, fièvre forte. Tout à coup, le cinquième jour, éclate à droite un point de côté horriblement douloureux (sans frisson). On va chercher M. Chevrot en toute hâte et il constate une deuxième pneumonie à droite. Les deux évoluent parallèlement ; la défervescence complète a lieu le huitième jour de la deuxième, le treizième jour de la première.

11. — 6 mars. B..., trente-six ans. — Pneumonie gastrique ; défervescence au neuvième jour. Convalescence lente.

12. — 18 mars. M..., quarante-huit ans. — Pneumonie simple.

13. — 18 mars. D..., cinquante ans. — Cet homme a été saisi brusquement dans son champ ; il a été comme foudroyé : frisson, mal de tête, abattement profond ; enfin il s'est rendu chez lui, et sa maladie a évolué régulièrement.

Nota. — Son beau-père, âgé de soixante-treize ans, était mort deux mois auparavant, dans la même maison, de pneumonie.

14. — 21 mars. R..., soixante-cinq ans. — Pneumonie simple.

15. — 22 mars. Femme C..., quarante-huit ans. — C'est

sa quatrième pneumonie ; *morte le neuvième jour*. C'est le premier décès.

16. — 24 mars. M..., dix ans. — Pneumonie simple.

17. — 28 mars. L..., dix ans. — Pneumonie simple. C'est le fils du malade du n° 9.

18. — 30 mars. M..., facteur, quarante-sept ans. — Pneumonie droite. Le cinquième jour, violent point de côté à gauche, qui marque le début d'une deuxième pneumonie qui emporte le malade le neuvième jour.

Le malade est pour ainsi dire alcoolique né. Il a un délire incessant, gai, riant, plaisantant; mal surveillé, il descend une fois au rez-de-chaussée.

19. — 2 avril. Félix B..., trente ans. — Pneumonie gauche.

20. — 4 avril. Femme B..., mère du précédent, soixante-sept ans. — Femme chétive, sénilité précoce. Morte le huitième jour.

21. — 5 avril. R..., six ans. — Pneumonie droite ; marche envahissante ; les râles gagnent sous l'aisselle, gagnent en avant. Fièvre hectique. Mort le quatorzième jour. C'est le premier enfant qui meurt de pneumonie aiguë.

22. — 7 avril. G..., cinquante-cinq ans. — Pneumonie simple.

23. — 9 avril. G..., vingt-huit ans. — Il s'agit d'un surmené, aussi la maladie n'est pas très franche ; elle se complique de pleurésie ; un peu d'épanchement, néanmoins le malade guérit, mais lentement.

Deux mois après, il meurt d'endocardite infectieuse.

Ce fait paraît à M. Chevrot être un argument en faveur de la nature infectieuse de la *fièvre pneumonique*.

24. — 9 avril. P..., treize ans. — Pneumonie gauche. Se propage sous l'aisselle, et en avant. Il y a un léger retentissement sur le péricarde qui commence à frotter un peu. Un vésicatoire arrête ce menaçant symptôme. Guérison le huitième jour.

25. — 17 avril. B. G..., trente-neuf ans. — Pneumonie simple.

26. — 27 avril. C..., quarante-cinq ans. — Pneumonie simple.

27. — 29 avril. Femme L..., vingt-neuf ans. — Pneumonie simple. C'est la mère du n° 17 et la femme du n° 9.

28. — 6 mai. Petite M..., deux ans. — Pneumonie simple.

29. — 14 mai. Mère L..., soixante-huit ans. — Pneumonie simple. C'est la belle-mère du n° 27.

Cette série de vingt-neuf faits de pneumonie aiguë a donné à notre confrère la conviction que la maladie qu'il a observée est une maladie générale, *épidémique, infectieuse* et *contagieuse*.

I. *Le caractère épidémique localisé*, dit-il, *est évident dans cette série de* 29 cas. La limitation de la maladie à une seule commune plaide en faveur de ce fait. (Les villages voisins n'ont présenté que 5 ou 6 cas similaires.) Ce qui ferait croire que le principe infectieux n'a qu'un faible pouvoir diffusif comme le palustre.

II. *Le caractère infectieux* paraît très probable d'après l'évolution clinique du mal. La contagion (absolument démontrée) fournit encore un appui à cette manière de voir, et la présence des microbes dans les crachats et différents organes est péremptoire.

III. *Pour affirmer la contagion*, ajoute notre confrère, je produirai les faits suivants :

1° Le 15 février, je vois Mme L..., atteinte de pneumonie. Le 23, à ma visite, je trouve son domestique atteint du même mal.

2° Le 21 février, le petit D... est frappé.

Le 22 mars, sa voisine, même maison, la femme C..., est frappée et meurt.

Je ferai remarquer que l'année précédente j'avais déjà traité cette femme pour une pneumonie, et qu'antérieurement elle en avait déjà eu deux autres. Qu'y a-t-il d'impossible à ce que le germe, le microbe, ait subsisté dans cette maison, ou peut-être dans ce poumon?

3° En janvier, meurt un nommé C..., soixante-treize ans. Deux mois après, son gendre, le nommé D..., est frappé.

4° Le 2 avril, B... est atteint. Le 4 avril, à ma visite, je trouve sa mère également frappée. Le fils guérit; la mère meurt.

5° Voici l'exemple le plus frappant. *Toute une famille :*

Le 4 mars, Aristide L..., trente-quatre ans, est atteint. Guérison au huitième jour.

Le 28 mars, son fils, dix ans. — Pneumonie régulière. Guérison.

Le 29 avril, sa femme, vingt-neuf ans. — Pneumonie régulière. Guérison.

Le 14 mai, enfin, la mère d'Aristide L..., âgée de soixante-huit ans, demeurant à 500 mètres, venue pour soigner ses enfants, est atteinte de pneumonie à son domicile et guérit.

M. Chevrot signale, en terminant, un dernier fait qui a aussi son importance. Il est dit, dans les auteurs, que sur un malade atteint de pneumonie, l'invasion d'une seconde pneumonie ne détermine pas un second point de côté, et qu'il faut la rechercher. Or, dans les deux cas de pneumonie double qu'il cite, il survint un *violent* point de côté au cinquième jour.

Un premier point ressort manifestement du rapprochement des faits que nous venons de rapporter, c'est le triple caractère de pyrexie cyclique qu'exprimait l'ancienne dénomination de fièvre *pneumonique*, d'infection et de contagion, que revêt parfois la pneumonie, plus particulièrement sous l'influence des constitutions saisonnières annuelles ou de certaines constitutions médicales spéciales, accidentelles ou anomales. Ces faits aujourd'hui incontestables et admis à peu près universellement après avoir été longtemps mis en doute ou méconnus, impliquent-ils l'idée qu'il faille maintenir la distinction que quelques cliniciens éminents persistent à faire encore entre la pneumonie lobaire ou lobulaire fibrineuse, franche, primitive, et les pneumonies infectieuses? Ou sont-ils conciliables avec la doctrine nouvelle qui entend reconstituer l'ancienne unité d'origine de la pneumonie en les faisant procéder toutes, la pneumonie franche comme les pneumonies manifestement infectieuses, d'une même origine et d'une même cause essentielle, d'un organisme parasitaire, le micrococque de la pneumonie? Nous pourrions nous borner à renvoyer nos lecteurs à ce que nous avons dit déjà de cette question dans plusieurs de nos Revues, et plus notamment dans la Revue du 10 janvier 1885, intitulée : *La pneumonie et les pneumonies*, et celles des 21 et 28 novembre de la même année sur *La pneumonie lobaire aiguë primitive et les pneumonies secondaires*, ou mieux encore aux conférences de M. le professeur Cornil sur les pneumonies de cet hiver, faites en février et mars dernier, et publiées dans le *Journal des connaissances médica-*

les des 15, 25 mars et 20 avril, et dont nous extrairons seulement le passage suivant.

Constatant qu'il avait rarement fait un aussi grand nombre d'autopsies de pneumonie que cette année et qu'il avait trouvé des poumons hépatisés dans une grande quantité de cas différents, et plus d'une fois sans qu'on s'en fût douté pendant la vie, voici comment il expliquait le nombre de ces cas ignorés ou méconnus :

« Il est une catégorie assez nombreuse de faits dans lesquels un malade, adulte, ayant généralement passé la quarantaine, est amené à l'Hôtel-Dieu avec un état fébrile qui date de plusieurs jours, état de prostration et de colapsus tels que le malade succombe presque à son entrée. On l'amène le soir par exemple et on le trouve agonisant le lendemain matin. A l'autopsie, on observe une pneumonie simple ou double avec pleurésie concomitante d'un seul ou des deux côtés, et souvent d'autres complications, comme la néphrite aiguë venue avec la pneumonie, une congestion des méninges ou une méningite, une péricardite fibrineuse plus ou moins intense, etc.

Dans une autre série de faits, il s'agit de personnes adultes qui se trouvent mal sur la voie publique, qui souffraient depuis plusieurs jours, mais qui avaient continué à sortir et qui se sont forcées à essayer encore de remplir leur travail habituel. On les fait entrer d'urgence à l'Hôtel-Dieu, on constate qu'elles sont atteintes d'une pneumonie adynamique ou ataxo-adynamique, et bien souvent ces malades succombent avec une pleuro-pneumonie très étendue ou accompagnée de laryngite, d'angine tonsillaire, de péricardite, d'albuminurie, etc. Il faut bien savoir en effet que la pneumonie ne débute pas toujours de la façon brusque qui est classique et que certains malades peuvent encore sortir en ayant une hépatisation étendue, si bien que la pneumonie semble se terminer alors par une mort subite.

Dans une autre série d'observations, on a affaire à des malades généralement âgés, couchés depuis longtemps dans les salles de l'hôpital où ils sont atteints d'affections chroniques, de ramollissement cérébral, d'apoplexie avec des hémiplégies anciennes, de maladies de la moelle épinière, de cancers, etc. A un moment donné, ces malades ont une fièvre plus intense, avec de la prostration ou un peu de délire. On ne songe pas toujours à les ausculter et cela est parfois difficile, parce qu'ils se meuvent difficilement, parce qu'on ne peut pas les soulever. Ils ne se plaignent pas toujours de point de côté ; ils toussent à peine et ne crachent pas. La pneumonie passe alors inaperçue. Ces malades succombent au bout de quatre à huit jours, et l'on trouve, à leur autopsie, une pneumonie lobaire. »

Arrivons maitenant à quelques-unes des déductions pratiques auxquelles peut et devra nécessairement conduire la nouvelle doctrine de l'origine microbienne commune de toutes les pneumonies, si elle finit par prévaloir.

Nouvelle méthode de traitement de la pneumonie.

Étant admis — mettons encore par hypothèse — que la pneumonie franche, légitime, est une maladie infectieuse, au même titre que les pneumonies asthéniques et malignes, dont elle ne différerait que par les degrés et une partie de l'appareil symptomatique, quelles modifications ou quelles innovations cette donnée scientifique nouvelle va-t-elle introduire dans la thérapeutique ? De toutes les médications instituées jusqu'à présent contre la pneumonie, il n'en est aucune qui ait pu justifier la prétention de s'adresser directement au principe morbide lui-même ; tout au plus a-t-on réussi à en combattre les premiers effets, à en poursuivre les épiphénomènes ou les complications, ou bien à soutenir les forces et l'état général du malade dans la lutte engagée contre la maladie.

M. le professeur Lépine (de Lyon), partant de la notion, qui s'impose, suivant lui, aux esprits même les plus réfractaires aux nouveautés, et s'étant demandé si rester sur la défensive, comme on l'a fait jusqu'ici, devait être le dernier mot de la pratique et s'il fallait renoncer à l'idée de traiter la pneumonie par une offensive plus ou moins vigoureuse, est entré franchement dans la voie d'expérimentation d'une méthode antiseptique ou anti-infectieuse directe et locale de la pneumonie.

Voici en quels termes le savant professeur de clinique de Lyon rend compte lui-même de ses premiers essais dans cette voie.

Encouragé par quelques-unes des tentatives récentes faites en Allemagne, en Amérique et en France même (voir la communication de M. Gouguenheim sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-parenchymateuses de bichlorure de mercure, à la Société médicale des hôpitaux, — *Gazette des hôpitaux*, n° du 12 janvier 1886), qui ont démontré l'innocuité des injections intra-pulmonaires avec une solution suffisamment diluée, notamment par les injections intra-parenchymateuses dans les poumons des phthisiques faites en très grand nombre dans son propre service par M. le docteur Truc (de Lyon), M. Lépine s'est demandé pourquoi on n'essayerait pas d'enrayer la marche de la pneumonie par une médication antiseptique portée dans le parenchyme pulmonaire, comme on enraye par un traitement topique la marche d'un érysipèle ; et il s'est mis à l'œuvre.

Depuis un an, dit-il, qu'il a commencé ces essais d'injections dans la pneumonie, l'expérience a témoigné de plus en plus en leur faveur. Aucun de ses malades n'a succombé, bien qu'il ait fait ces injections dans quelques cas fort graves. Dans la majorité des cas, elles ont eu pour résultat d'abréger la durée de la pneumonie, et toujours elles ont paru en modifier la gravité.

Voici comment M. Lépine procède :

Avec une longue aiguille de Pravaz, il pénètre à travers un espace intercostal à 2 ou 3 centimètres de profondeur dans le poumon, au niveau de la partie hépatisée, et adaptant immédiatement la seringue à la canule, il injecte une certaine quantité de liquide à la même place, jusqu'à 20 centimètres cubes (les agents médicamenteux dont il s'est servi jusqu'à présent sont : le benzoate de soude, l'iodure de potassium, le bichlorure hydrargyrique). Puis retenant un peu l'aiguille et l'inclinant dans la direction d'une autre portion du poumon hépatisé, pour l'y faire pénétrer, il fait ainsi, suivant l'étendue de la lésion, trois ou quatre injections, distantes de quelques centimètres les unes des autres.

La quantité de liquide la plus forte qu'il ait injectée, en une seule séance, a été de 100 centimètres cubes. Mais c'est, dit-il, une quantité énorme qui devra rarement être atteinte. Le malade d'ailleurs n'en a pas été incommodé. Le point de côté a diminué. Il a remarqué que la toux est habituellement insignifiante ; l'expectoration devient par-

fois franchement sanglante par le fait du traumatisme. Mais cette petite hémoptysie, qu'il a vue toujours légère, s'est constamment arrêtée en moins d'une heure. La douleur est quelquefois notable sans jamais être excessive. C'est là, suivant lui, le seul inconvénient de la piqûre du poumon qu'il ait eu l'occasion de constater.

Nous avons dit que les agents injectés par M. Lépine avaient été le benzoate de soude, l'iodure de potassium et le bichlorure de mercure, — il n'en est encore à cet égard qu'à la période de tâtonnement. — Voici les observations qu'il a faites à cet égard.

Le benzoate de soude en solution, même concentrée, lui a paru peu utile; il en a été de même de l'iodure de potassium en solution faible; mais en solution concentrée, ce dernier agent a amené dans un cas une défervescence précoce.

Une solution de bichlorure de mercure au quarante millième lui a donné plusieurs fois d'excellents résultats. Il lui a paru qu'à ce degré la solution de bichlorure n'est pas trop irritante pour le poumon. D'après des expériences faites sur le chien avec une solution au titre double (au vingt-millième) qui a déterminé chez cet animal une hémorrhagie intra-alvéolaire et une inflammation fibrineuse assez étendue du poumon sain, il n'oserait pas l'employer à ce titre chez l'homme.

Il sera très intéressant de suivre les expériences que le savant professeur de clinique de Lyon se propose de continuer dans cette direction.

Utilité de l'association de substances antiseptiques.

Les essais de thérapeutique antiseptique parenchymateuse que nous venons d'exposer ont conduit M. le professeur Lépine à l'étude d'un point extrêmement intéressant de cette nouvelle thérapeutique, l'utilité de l'association de substances antiseptiques.

On sait, dit-il dans une note insérée dans le dernier cahier de la *Revue de Médecine*, que dans l'application de la méthode antiseptique, on se heurte à une difficulté qui paraît, au premier abord, inhérente à la méthode elle-même, et qui consiste dans les effets nocifs des agents antiseptiques auxquels on a recours.

Ces effets sont le plus souvent des accidents généraux d'intoxication; parfois, ils sont le résultat d'une irritation locale, notamment quand l'agent antiseptique est mis en contact avec un parenchyme.

Ainsi, une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 30,000 n'est pas bien tolérée par le tissu pulmonaire. Si on en injecte quelques centimètres cubes dans le poumon d'un chien et qu'on sacrifie l'animal deux ou trois jours après, on trouve au niveau de la piqûre un petit infarctus, tout autour une zone hémorrhagique, et plus loin une zone d'apparence œdémateuse constituée par un exsudat fibrino-hémorrhagique.

C'est d'après les résultats de ces recherches de laboratoire que l'idée est venue à M. Lépine, qu'en associant dans la même solution plusieurs substances antiseptiques, chacune à dose très faible, on pouvait espérer voir les actions antiseptiques s'additionner entre elles sans que l'effet irritant subît une augmentation parallèle.

Pour soumettre cette vue au contrôle de l'expérience, il a fait une solution aqueuse dans laquelle entrent un cent-millième de sublimé, un millième d'acide salicylique, un millième d'acide phénique, un demi-millième d'acide benzoïque, un demi-dix-millième de chlorure de chaux, un dix-millième de brome, deux millièmes de bromhydrate acide de quinine et autant de chloroforme.

Chacune des substances qui entrent dans la solution ainsi constituée est en proportion telle que, si elle était seule, sa solution, mélangée à partie égale de bouillon, serait incapable d'empêcher le développement du *bacillus subtilis*, lequel, comme on sait, se distingue par une assez grande résistance aux antiseptiques.

Or, M. Lépine a constaté que dans la solution complexe susdite mélangée avec partie égale de bouillon, le *bacillus subtilis* ne se développe pas.

Ainsi, les effets de plusieurs substances douées chacune de propriétés antiseptiques s'additionnent.

D'autre part, d'après des expériences réitérées sur des chiens, l'injection de quelques centimètres cubes de cette solution complexe dans le poumon n'y produit aucune lésion.

On peut déduire aussi de ces expériences, ainsi que M. Lépine en exprime l'espérance, que la médication antiseptique générale gagnera aussi peut-être à l'association de plusieurs agents, car, s'il est démontré, comme il le dit, que cette association est efficace alors même que chacune des substances y est en proportion fort minime, on n'aurait plus de raison pour employer les antiseptiques à forte dose, ce qui, comme on le sait, n'est pas sans quelques risques d'intoxication générale.

SUR LA RÉSISTANCE DU VIRUS MORVEUX
A L'ACTION DESTRUCTIVE DES AGENTS ATMOSPHÉRIQUES ET DE LA CHALEUR

Par MM. Cadéac et Malet.

Nous avons d'abord cherché à réaliser les conditions naturelles qui, dans la pratique, détruisent le virus morveux ou en assurent la conservation, et nous avons examiné ainsi pendant combien de temps la virulence persiste : 1° dans les humeurs desséchées plus ou moins rapidement, et dans le poumon abandonné à l'air libre à diverses époques de l'année; 2° dans les humeurs placées dans une atmosphère saturée d'humidité à la température ambiante; 3° dans les humeurs étendues d'eau. Puis, nous avons étudié le degré de résistance du virus morveux à la chaleur.

1° *Influence de la dessiccation.* — La résistance du virus morveux à la dessiccation varie suivant que celle-ci est lente ou rapide, que le milieu est froid ou chaud, sec ou humide.

Dans l'enceinte d'une salle, telle que le laboratoire, où les écarts de température et d'état hygrométrique de l'air sont très atténués par le foyer, la respiration, etc., la virulence du jetage morveux ou du pus farcineux, étalé en mince couche sur des verres de montre, s'est toujours conservée le même temps, quelle que fût la saison : actif après deux jours, le virus desséché s'est montré inactif le troisième jour.

Dans l'air extérieur, au contraire, nous avons vu le jetage morveux tantôt inoffensif le troisième jour, tantôt virulent le neuvième jour. Le premier cas a coïncidé avec l'été ou la fin du printemps (mois de mai), le second avec le commencement de l'hiver (décembre). Or le relevé des observations météorologiques correspondant à ces époques établit que, dans le premier cas, la température était élevée et l'air sec, tandis qu'elle était basse et l'air très humide dans le second. D'autre part, nous avons remarqué que la matière morveuse était absolument sèche dans tous les cas où le virus a été détruit, et qu'elle était molle en un ou plusieurs points quand elle s'est trouvée active.

De ces données, nous concluons que : 1° le virus morveux perd sa virulence dans les humeurs exposées à l'air libre après com-

plète dessiccation; 2° qu'il est rapidement détruit par un temps chaud et sec; lentement, au contraire, dans les temps froids et humides.

Ce même virus, desséché brusquement par un séjour d'une à vingt-quatre heures dans une étuve dont la température oscille entre 31 et 40 degrés centigrades, conserve plus longtemps sa virulence que lorsqu'il est desséché lentement dans les conditions ci-dessus. C'est ainsi que, dans une de nos séries d'expériences, du jetage morveux, desséché rapidement par un séjour de deux heures dans une étuve à 31 degrés centigrades, a donné la morve après six jours, tandis qu'une partie de ce même jetage, placée à l'air libre extérieur, s'est montrée inactive au bout de trois jours. Donc la dessiccation complète respecte la virulence des humeurs morveuses quand elle est produite rapidement par une chaleur sèche, comme celle d'une étuve.

La conséquence qui nous paraît découler de la différence qui existe entre les effets de la dessiccation brusque et ceux de la dessiccation lente, c'est que le facteur important, dans ce mode de destruction du virus morveux, n'est pas la suppression de l'eau, mais bien l'action de l'oxygène de l'air.

Des fragments de poumons morveux, du volume des deux poings, perdent rapidement leur virulence à la périphérie, c'est-à-dire dans les parties entièrement desséchées, mais ils peuvent la conserver longtemps dans les parties centrales à l'abri de la dessiccation. C'est ainsi que nous avons vu le poumon morveux transmettre la morve après quinze, dix-huit et même vingt-six jours d'exposition à l'air libre extérieur. Comme on le voit, la bactérie morveuse résiste longtemps à la putréfaction.

2° *Conservation de la virulence dans une atmosphère saturée d'humidité.* — Les humeurs morveuses, placées dans un milieu saturé d'humidité (chambre humide) à la température ambiante (celle de notre laboratoire), conservent longtemps leur activité. Inoculées après quinze, vingt et trente jours, elles ont fait développer la morve et sont restées inactives après ce temps.

3° *Conservation de la virulence dans les humeurs étendues d'eau.* — Le jetage morveux déposé dans les abreuvoirs peut conserver son activité jusqu'à dix-huit jours. Ainsi, nous avons réussi à tuer par la morve, en vingt jours, un cobaye inoculé avec du pus morveux mélangé depuis quinze jours à l'eau, dans la proportion de une partie de pus pour 150 parties d'eau.

Mélangé avec une petite quantité de ce liquide, le virus morveux détermine la morve après dix-sept jours de conservation; mais nous avons échoué au bout de vingt-deux jours.

4° *Action de la chaleur.* — La simple projection de l'eau bouillante sur le jetage morveux ne détruit pas sa virulence. Celle-ci est détruite quand on la plonge pendant deux minutes dans l'eau en ébullition. Toutefois, il n'est pas nécessaire, pour détruire le virus morveux, de le soumettre à l'action d'une température aussi élevée. Ainsi, nous n'avons jamais pu transmettre la morve lorsque nous avons maintenu la matière virulente à une température de + 80 degrés centigrades pendant cinq minutes; nous avons obtenu un résultat positif et deux négatifs après l'action d'une température de 70 à 73 degrés pendant cinq minutes.

KYSTE SANGUIN DE LA CUISSE

Par M. le docteur E. Le Bec,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Je fus appelé au mois de novembre 1885 près d'une malade atteinte d'une affection assez rare et mal définie de la cuisse droite.

Mme S..., quarante-sept ans, mère de sept enfants, fut prise de douleurs vives dans le genou de la jambe droite, vers le milieu de l'année 1885. Son médecin la tint au lit, et vit se former un gonflement situé à la face interne du genou. Après plusieurs mois de traitement, il se décida à faire une ponction aspiratrice, qui n'amena aucun liquide. Toutefois l'orifice de la ponction ne se ferma pas, et, au bout de vingt-quatre heures environ, il se mit à couler un liquide séro-sanguinolent, en quantité évaluée à un tiers de litre environ. La poche se reforma de nouveau, et voici dans quel état étaient les choses quand je fus appelé.

A la face interne du genou droit existait une vaste poche globuleuse dont les limites étaient, en haut le tiers inférieur de la cuisse, en bas la partie inférieure de la patte d'oie, en avant le milieu de la rotule, en arrière le creux poplité. La peau avait ses caractères habituels et ne présentait pas de vascularisation anomale.

La masse était très fluctuante partout et fort peu douloureuse.

Les mouvements de flexion étaient possibles, bien que limités par la tension des téguments. Pas de mouvements de latéralité.

La face interne du genou, très facilement accessible, ne présentait pas de gonflement, aucun point sensible. Le tibia n'était altéré nulle part. Le fémur, très sain dans sa partie la plus élevée, n'était plus accessible en bas à cause de la tumeur. La rotule, mobile, n'offrait rien de particulier.

La tumeur ne présentait ni souffles, ni battements. Les veines du membre inférieur n'étaient pas variqueuses. L'état de la malade était bon.

Je fis une ponction aspiratrice dans la partie la plus fluctuante de la tumeur et je fis sortir, au moyen de l'appareil Potain, un liquide paraissant être du sang presque pur. La quantité, très considérable, fut de 1 litre et un tiers environ.

Aussitôt la peau s'affaissa. Je pus sentir nettement les parties sous-jacentes. La face interne du genou était saine ainsi que le squelette, qui ne présentait ni gonflement, ni points douloureux. Mouvements normaux. Pas d'hydarthrose.

Sur le vaste interne on sentait une large dépression, à bords épais, formés par la graisse sous-cutanée, fort abondante chez la malade, et peut-être aussi par l'atrophie des fibres musculaires, mais rien de plus. A la partie inférieure on sentait les tendons de la patte d'oie plus facilement que ceux de l'autre côté.

Je fis un bandage fortement compressif.

Quelle est l'origine de ce vaste épanchement enkysté? A coup sûr ce n'est pas un anévrysme, il n'avait aucun rapport avec le système artériel. Peut-on penser à une rupture de la veine saphène? La grande quantité de sang et sa fluidité militent en faveur de cette opinion. Mais nous n'avons relevé aucun traumatisme antérieur.

La veine n'était pas variqueuse. Elle ne présentait nulle trace d'inflammation qui se serait produite à la suite d'un accident.

Reste l'hypothèse d'un kyste à contenu sanguin et, nécessairement, à parois très vasculaires. Mais quel est son siège et son point de départ? Sa forme globuleuse, sa grande fluctuation dans toute son étendue, l'état du squelette et des muscles permettent de penser qu'il était sous-cutané. Toutefois le prolongement du côté de la patte d'oie me fait me demander si la bourse séreuse n'en serait pas le point de départ. Rien, je l'avoue, ne me paraît suffisant pour adopter une de ces hypothèses plutôt qu'une autre. Du reste la terminaison de la maladie se fit avec la plus grande simplicité. Elle m'a été très obligeamment indiquée par M. le docteur Vigouroux, médecin de la malade, qui m'a donné les renseignements qui suivent.

On continua le pansement compressif du 9 novembre au 26 décembre. Pendant les huit premiers jours, il ne se forma pas de liquide, mais à partir de ce jour on en vit apparaître environ un demi-verre. Malgré une compression plus énergique, le liquide augmenta et atteignit le volume d'un grand verre environ.

A la fin de novembre il avait diminué. La malade pouvait se lever, s'appuyer sur sa jambe et, par conséquent, marcher sans souffrance.

A la fin de décembre le liquide était presque complètement résorbé, et on se contenta de mettre une simple bande pendant quelques jours.

La malade fut revue quatre mois plus tard. On put constater que le kyste était guéri d'une manière complète.

La malade pouvait vaquer à ses affaires et ne se plaignait d'aucune gêne.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

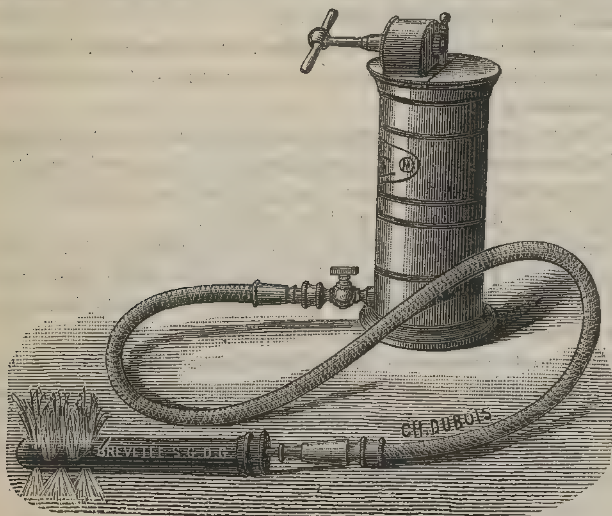
Canule porte-remèdes du docteur G. Gautier (de Paris).

Cette canule, construite par M. Ch. Dubois, permet de faire des lavages simples ou médicamenteux du vagin.

Le principe de l'instrument se repose sur son mode de bouchage.

Le bouchon présente une ouverture dans laquelle on peut introduire l'embout d'un récipient quelconque.

Sous la faible pression le liquide du récipient passe dans la canule, sort par les orifices ménagés à l'extrémité vaginale de sa partie cylindrique, des culs-de-sac du vagin qu'il baigne ainsi que le col de l'utérus et vient sortir par la vulve après avoir irrigué les parois vaginales.



En variant les solutions médicamenteuses, on peut donc utiliser cette nouvelle canule dans les affections des organes que nous venons d'énumérer et après l'accouchement.

La construction de la canule permet de déposer dans l'intérieur des poudres ou d'autres substances actives qui, dissoutes et entraînées par le liquide du bain ou du récipient, constituent une médication locale efficace.

L'antiseptie facile, l'usage multiple et le résultat satisfaisant de nos recherches sont autant de motifs qui nous permettent d'espérer que cet instrument nouveau et simple sera bien accueilli du public médical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Gouilleux, Druon, Godfrain, Turgard, Debacker, Capron, Ovion, Mora, Pauthier, Leger, Marlier, de la Selle de Chateaubourg, Clozier, Bernard, Druesne, Martin, Goutierre dit Cachera, Dhourdin et Baude.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Genet, Plachez, Duquesne, Delplanque, Stichelbaut, Debaecker, Delcourt, Pognard, Claie, Deroubaix et Tessier.

— Par décret, en date du 26 septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Desnot, Sébeaux, Boujus, Lallement, Rayer, Ancelin, Boulay, Maunoury, Chabrun, Demesse, G.-E. Raullet, Fleury, Provenaz, Gilbert, Lecourt, Momon, Queudot, Turgis, Rocher, Vannereau, Choiseau, Boutroux, Powilewicz, Bigot, Boyer, V.-J. Raullet, Ridel et Lucas.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. – MM. les pharmaciens diplômés de première classe Bance, Gabriel, Boireau, Cheminais, Michéa et Peuvrier.

— Par décision ministérielle du 29 septembre 1886 :

M. le médecin-major de première classe Liénard a été désigné pour le 25e d'artillerie.

M. le médecin-major de première classe Collin a été appelé à occuper l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Sedan.

M. le médecin-major de deuxième classe Weil a été désigné pour le 101e d'infanterie.

M. le médecin-major de deuxième classe Schmit a été désigné pour le 17e bataillon de chasseurs à pied.

M. le médecin-major de deuxième classe Villary a été désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied.

— Un concours public pour la nomination à une place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'ouvrira le lundi 14 mars 1887, à huit heures du matin, dans cet hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du secrétariat général, à l'administration centrale des hospices. — Le registre d'inscription sera clos le mardi 1er mars 1887, à quatre heures.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 20 décembre 1886, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours pour huit places d'élèves internes.

Le lundi 27 décembre 1886, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour cinq places d'élèves externes.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Les étudiants en médecine étrangers à Marseille, qui viendront prendre part au concours de l'*internat*, recevront une indemnité de voyage réglée comme suit : les frais de voyage, pour l'aller, seront remboursés aux étudiants nommés élèves internes ; les frais de voyage, pour l'aller et le retour, seront payés à l'étudiant étranger qui arrivera le premier après le nombre d'élèves nommés internes.

Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour huit places seulement, et celui de l'externat pour cinq places seulement, ce nombre pourra être plus élevé si la commission le croit nécessaire.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur Oddo. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme, par le docteur Quetil-Royer. In-8°. — Prix 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des cataractes et de leurs opérations, conférences cliniques, par M. le docteur Galezowski. Broch. in-8° de 52 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20072

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Statistique des amputations du sein à l'hôpital de la Charité, 1883-1886.

Un journal politique, il y a quelques semaines, a parlé des pansements antiseptiques, des statistiques étrangères allemandes et suisses, avec des éloges excessifs. Mon nom s'étant trouvé mêlé aux explications données par le rédacteur du journal, je me bornerai, pour toute réponse, à produire la statistique, facile à faire, des amputations des tumeurs du sein, statistique facilement comparable aux statistiques des autres chirurgiens.

Je ne fais pas de pansements antiseptiques à la mode; je n'ai rien changé aux anciens modes de pansement que m'ont appris mes maîtres, Nélaton en particulier. On sait que le mode invariable de pansement à la suite de l'amputation du sein, employé à la Charité comme jadis à Cochin, est celui-ci : pas de réunion par première intention, sauf le cas de renversement de lambeaux, auquel cas un point de suture est appliqué à l'angle interne de la plaie, près du sternum. Le fond de la plaie est bourré de charpie imbibée d'alcool camphré, le tout est recouvert d'un linge troué enduit de cérat, qui est recouvert de charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré; le pansement est renouvelé tous les jours, sauf la charpie qui est dans la plaie. Le neuvième jour, cette charpie, qui renferme tous les microbes connus et inconnus, tombe. Alors le pansement simple (linge troué enduit de cérat et charpie sèche) est appliqué régulièrement tous les jours, jusqu'à cicatrisation complète. Rien n'est fait pour hâter la cicatrisation, l'expérience ayant démontré que la suppuration des plaies d'amputation du sein, pour cancer, est utile et prémunit contre la rapidité de la récidive.

Ce pansement est bon et sûr, et il n'y avait pas de raison d'en changer, et je n'ai pas changé.

Voici la statistique intégrale des amputations du sein pratiquées à la Charité, et pansées comme il vient d'être dit. C'est la statistique intégrale, depuis la dernière statistique publiée à la Société de chirurgie. Elle comprend du mois de juillet 1883 au mois de septembre 1886. On verra qu'il ne s'agit pas de cas choisis et que, dans le nombre, il y avait des cas graves, tels que deux amputations des deux seins à la fois, opération que les chirurgiens hésitent à faire du même coup, lesquelles ont été suivies d'un succès complet.

Seules les petites tumeurs de la peau du sein ou du voisinage ne sont pas comprises. Dans tous les cas réunis ici, la plaie opératoire découvre le muscle grand pectoral et ouvre largement l'aisselle.

Voici les faits catégorisés :

Amputation de tumeur du sein sans complication. — 1. G... (Augustine), vingt-deux ans, relieuse. Adénome de la mamelle, datant de trois ans; entrée le 7 janvier 1884. Amputation le 30 janvier, guérison le 12 mars.

2. L... (Virginie), soixante-cinq ans, femme de ménage. Adéno-sarcome du sein droit, datant de douze ans, accroissement rapide depuis deux ans. Amputation le 16 janvier 1884, guérison le 21 mars 1884.

3. D... (Anna), vingt-six ans, typographe, entrée le 24 mars 1884. Hypertrophie de la mamelle, datant de cinq ans. Amputation le 23 avril, *guérison* le 17 juin 1884.

4. B... (Marguerite), soixante-trois ans, journalière, entrée le 25 août. Squirrhe du sein simple; amputation du sein le 3 septembre 1884; le 30 septembre, paraplégie, escharres à la région sacrée, fièvre hectique, *mort* le 15 octobre. A l'autopsie, ramollissement cérébral, cancer des vertèbres.

5. A... (Pauline), ménagère, trente-deux ans, entrée le 24 octobre 1884. Adénome du sein gauche; amputation le 19 novembre 1884, guérison le 31 décembre 1884.

6. W... (Jeanne), quarante-cinq ans, couturière, entrée le 17 décembre 1884. Squirrhe du thorax, sous la mamelle. Amputation le 24 décembre, guérison le 17 février 1885.

7. P... (Marie), cinquante ans, ménagère, entrée le 26 août. Carcinome du sein droit, abcès sous-mammaire au-dessous du cancer. Ouverture de l'abcès le 27 août; ablation du sein le 27 septembre, guérison le 5 novembre.

8. B... (Zélonie), quarante et un ans, entrée le 22 février 1886. Squirrhe du sein gauche. Amputation le 3 mars, guérison le 18 mai.

9. Ch... (Eugénie), quarante-deux ans, couturière, entrée le 29 juin. Adéno-sarcome du sein gauche. Amputation du sein le 7 juillet 1886, guérison le 12 août 1886.

10. L... (Rosalie), quarante ans, couturière, entrée le 24 mai. Adéno-sarcome du sein gauche. Amputation du sein le 9 juillet 1886, guérison le 16 août 1886.

11. J... (Clotilde), vingt-cinq ans, blanchisseuse, entrée le 21 juillet 1886. (Malade opérée d'un sarcome du dos, par M. Desprès, il y a deux ans.) Hypertrophie diffuse de la mamelle gauche (3 kilos). Amputation du sein le 11 août, guérison le 15 septembre 1886.

12. M... (Suzanne), soixante ans, ménagère, entrée le 11 août 1886. Sarcome sus-mammaire gauche. Amputation du sein le 18 août, en voie de guérison le 29 septembre.

13. T... (Marie), vingt-quatre ans, domestique, entrée le 16 août 1886. Gros adéno-sarcome du sein droit. Amputation le 7 septembre 1886, en voie de guérison le 29 septembre.

Amputation pour tumeurs récidivées. — 1. V... (Marie), soixante-quinze ans, sans profession, opérée en 1882 une première fois. Squirrhe récidivé du sein. Entrée le 22 octobre, opérée le 31 octobre, *guérie* le 3 décembre 1883.

2. A... (Valentine), trente et un ans, employée de commerce. Sarcome à petites cellules, quatrième récidive. Large amputation le 12 février 1884, *guérison* le 12 avril.

3. B... (Joséphine), soixante-quinze ans, pensionnaire aux Petits-Ménages, entrée à la Charité le 17 mars 1884. Squirrhe du sein, troisième récidive. Large amputation le 26 mars, guérison le 5 mai 1884.

4. L... (Sophie), cinquante-cinq ans, cartonnière, entrée le 16 juin 1884. Squirrhe récidivé du sein gauche (malade opérée sept ans auparavant, par M. Desprès, à l'hôpital Cochin). Amputation de la tumeur le 2 juillet, guérison le 25 août.

5. L... (Geneviève), cinquante-trois ans, papetière. Encéphaloïde de la région sternale, récidive du cancer enlevé trois mois auparavant, entrée le 17 décembre. Amputation le 24 décembre 1884, le 18 janvier, récidive dans la plaie sur le sternum; application de caustique, pleurésie cancéreuse, *mort* le 5 février 1885.

6. A... (Valentine), trente et un ans, employée de commerce, entrée le 11 décembre 1884. Sarcome à petites cellules, récidive avec masses axillaires. Nouvelle amputation, plus large que la précédente, le 17 décembre 1884, guérison le 11 mars 1885.

7. A... (Valentine), trente et un ans, employée de commerce. Sarcome du sein, troisième récidive dans le service. Ablation d'une petite récidive le 7 mai, guérison le 15 juin.

Ablation de sein avec des ganglions axillaires. — 1. L... (Sophie), quarante et un ans, ménagère. Squirrhe diffus de la mamelle, ganglions axillaires; entrée le 20 août. Amputation avec les ganglions le 17 septembre, guérison le 19 novembre 1883.

2. J... (Joséphine), quarante-cinq ans, cuisinière, entrée le 8 août. Encéphaloïde du sein droit, ganglions axillaires. Amputation avec les ganglions le 14 août 1883, guérie le 10 octobre.

3. D... (Louise), cinquante-trois ans, papetière, entrée le 27 juin 1883. Squirrhe du sein avec ganglions depuis deux ans. Ablation avec les ganglions le 4 juillet 1883, guérie le 25 août 1883.

4. P... (Adenise), quarante-trois ans, couturière, entrée le 8 octobre 1884. Squirrhe du sein opéré il y a un an, récidive avec des ganglions. Amputation de la cicatrice avec les ganglions le 29 octobre 1884, guérison le 23 février 1885. (La malade avait une fistule lymphatique qu'il a fallu guérir.)

5. B... (Eugénie), trente-neuf ans, ouvrière en soie, entrée le 20 février. Carcinome du sein gauche avec ganglions axillaires et sous-claviculaire. Ablation de la tumeur et des ganglions le 4 mars, guérison le 4 mai.

6. L... (Catherine), cinquante-sept ans, couturière, entrée le 18 février. Carcinome de la mamelle, avec ganglions axillaires. Amputation de la tumeur et des ganglions le 25 février 1885, guérison le 30 avril.

Amputation des deux seins à la fois. — 1. A... (Edmée), cinquante-six ans, ménagère, entrée le 10 avril. Sarcome récidivé du sein gauche, troisième récidive, sarcome du sein droit. Amputation des deux seins, le même jour, avec ganglions axillaires à gauche, le 17 juin 1885, guérison le 21 septembre 1885.

2. D... (Louise), cinquante-six ans, papetière, entrée le 25 janvier 1886. Squirrhe récidivé du sein droit, squirrhe du sein gauche. Amputation des deux seins, le même jour, le 3 février 1886, guérison le 5 avril.

Voici donc les résultats du pansement non antiseptique, mais qui assure les deux conditions essentielles pour la guérison des plaies, une humidité constante et une immobilisation aussi complète que possible de la plaie, que l'on ne touche pas pendant neuf à dix jours.

Il y a deux morts qui ne peuvent être attribuées à l'opération et que l'on ne compte pas dans les statistiques étrangères, parce que, dès les quinze premiers jours expirés, on expédie les malades hors des services de chirurgie, et, si elles meurent, elles sont comptées néanmoins comme succès; je me suis même laissé dire que quand les malades ont de la fièvre et un érysipèle, on les passe, sous prétexte d'isolement, dans un service de médecine, où elles ne comptent plus pour la statistique chirurgicale. C'est là une petite supercherie que je ne me suis jamais permise.

Ce que le lecteur constatera, c'est que, pendant trois ans, sur 28 malades amputées du sein, qu'il y ait ou non des malades atteintes d'érysipèles venues du dehors et placées dans la salle, plus on moins près des opérées, aucune n'a eu d'érysipèle. J'attribue ce fait à ce que je ne fais point de réunion par première intention et que je laisse les plaies tranquilles, car j'ai toujours combattu la théorie de la contagion de l'érysipèle, les faits en main.

Si les antiseptiques et les pansements à la mode avaient les vertus qu'on leur attribue, les pansements de la Charité devraient donner des résultats désastreux et au moins autant d'érysipèles que les opérés pansés avec les antiseptiques; mais il n'en est rien, bien loin de là.

Au lecteur de juger, et lorsque chacun aura donné sa statistique intégrale, comme je le fais, les médecins verront qu'il est bon de ne pas oublier un vieux proverbe français que chacun a encore dans l'esprit : « Souvent le mieux est l'ennemi du bien. » On a inventé des milliers de médications nouvelles depuis qu'il y a des médecins, combien y en a-t-il qui aient résisté à l'épreuve du temps?

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Hydrocèle congénitale. — II. Broiement du bras par une machine, amputation intra-deltoïdienne, foyers multiples, désarticulation de l'épaule.

I. Je vous entretiendrai aujourd'hui d'une petite lésion sans grande gravité, à laquelle il y a heureusement peu de chose à faire, mais dont l'étiologie et la pathogénie ne sont pas encore parfaitement fixées. Voici le fait.

A la salle Michon se trouve un jeune garçon de 18 ans, porteur d'une tumeur des bourses, d'une hydrocèle, en même temps qu'il présente une hypertrophie assez considérable du corps thyroïde. Son goitre occupe l'organe tout entier; il est mou, indolent, volumineux, parenchymateux et en voie de progrès. Mais ce n'est pas de cela que je veux vous parler, non plus que du varicocèle volumineux que notre malade porte du côté gauche, mais bien de son hydrocèle.

Celle-ci, située du côté droit, est intermittente, car lorsque le malade est couché, placé dans une position horizontale, il suffit de presser sur les bourses pour que sa tumeur disparaisse complètement. Par contre, elle reparaît aussitôt que le malade est levé et qu'il marche. En somme, le diagnostic ne peut laisser aucune incertitude, il ne mérite pas d'être discuté : il s'agit d'une hydrocèle congénitale.

Les conditions de ces hydrocèles sont à la fois anatomiques et pathologiques, ainsi que nous allons le démontrer. La condition anatomique est la persistance de la communication entre le sac vaginal et la cavité péritonéale, condition qui permet l'accumulation dans la cavité vaginale d'un liquide venant de l'abdomen.

Dans l'hydrocèle ordinaire, c'est à la suite de quelque épididymite, par exemple, que l'on voit la sérosité s'accumuler dans le sac vaginal, le distendre et y rester, car elle ne disparaît que dans le cas où la tumeur des bourses est justiciable de la thérapeutique, et non spontanément. Dans l'hydrocèle congénitale, au contraire, le liquide paraît et disparaît par suite de la communication du canal séreux et de l'existence d'un liquide péritonéal.

Mais pourquoi et comment le péritoine contient-il un liquide? En renferme-t-il normalement? Il paraît démontré aujourd'hui que, parmi les séreuses, le péricarde, à l'état normal, contient généralement un peu de liquide, que la plèvre n'en renferme pas normalement. Quant au péritoine, la plupart n'en savent rien. Quand on ouvre un péritoine sain on trouve très peu de sérosité; et, pourtant, il faut bien qu'il en contienne, et beaucoup, pour donner lieu à l'hydrocèle congénitale, car, pour que le liquide puisse refluer de la cavité péritonéale dans le sac vaginal, il est de toute nécessité que le petit bassin soit rempli de cette sérosité. C'est ainsi que le scrotum de notre malade se remplit lorsqu'il est debout.

Le liquide d'une hydrocèle congénitale indique donc forcément que la cavité du péritoine contient une quantité assez notable de sérosité.

Dans une hernie vous avez un sac séreux, et il ne se fait d'hydropisie du sac que dans les cas de rétention de l'intestin au niveau de l'anneau; car, lorsque la hernie est réduite, vous ne rencontrez plus de liquide dans le sac herniaire.

En résumé, donc, la nature, l'origine de l'hydrocèle congénitale exige des conditions anatomiques qui sont la communication entre le sac vaginal et la cavité péritonéale, et des conditions pathologiques du péritoine, c'est-à-dire une hypersécrétion de cette séreuse, assez abondante pour être refoulée jusque dans l'anneau.

Dans ces conditions, à quelle thérapeutique faut-il recourir? S'attaquer au péritoine pour empêcher cette hypersécrétion séreuse? Je vous citerai un de mes malades ayant des intermittences d'hydrocèle auquel je donnai, certain jour, un drastique pour un état saburral passager, et chez lequel le liquide disparut. On pourrait intervenir en oblitérant le canal de communication entre la grande séreuse péritonéale et la séreuse vaginale, et obtenir ensuite la guérison, soit par la résorption du liquide, soit par la ponction simple de l'hydrocèle.

II. Nous avons reçu dans nos salles, il y a eu samedi huit jours, un homme dont le bras droit avait été si complètement broyé par une machine, que je dus pratiquer l'amputation intra-deltoïdienne, suivie d'un pansement ouvert en raison du délabrement qui remontait encore plus haut. Depuis lors, il est en proie à un mouvement fébrile intense, la température atteint et dépasse même, à certains moments, 40 degrés. A quoi cela tient-il? Après avoir cherché de tous côtés la cause de cet état grave, nous avons fini par découvrir que cet homme avait eu aussi une assez forte contusion de la cuisse du côté opposé, laquelle était, depuis lors, le siège d'un vaste œdème. Existait-il là, derrière, quelque abcès profond? Nous ne pouvions nous prononcer avec certitude, mais une incision que nous avons pratiquée aussitôt a donné lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité purulente. Il s'agissait, par conséquent, d'une infiltration séro-purulente suite de contusion. C'est ainsi que les phlegmons profonds des membres sont susceptibles de déterminer un mouvement fébrile plus ou moins considérable.

De plus, comme je le disais, notre amputation s'est faite dans un délabrement énorme, en plein foyer emphysémateux; de là la fièvre traumatique, le sang se charge de produits septiques et, circulant dans des foyers, siège d'une contusion violente, se mélange au sang échappé des vaisseaux, l'inocule et détermine la suppuration. Le point de départ de ces accidents a donc été, chez notre opéré, son bras broyé, où il s'est fait tout d'abord un foyer profond que nous avons ouvert également, puis un second foyer s'est formé dans la cuisse contusionnée.

Dans ces conditions le pronostic est grave, car il existe ou de la septicémie ou une pyohémie. Dans le premier cas, notre malade pourra encore guérir par les antiseptiques, après la nouvelle opération que nous allons pratiquer, c'est-à-dire la désarticulation de l'épaule. Dans le second cas, la guérison n'est pas possible.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. Simon.

Hypertrophie du cœur, endocardite ancienne, péricardite, mort.

Nous avons perdu ces jours-ci la petite malade couchée au n° 6 de notre salle des filles, c'est-à-dire cette fillette âgée de treize ans, dyspnéique, que vous voyiez toujours, à la visite du matin, assise dans son lit, ne pouvant rester couchée, étendue, et qui, tous les soirs, était prise d'un accès d'angine de poitrine tel, depuis un mois surtout, que nous étions forcés, pour lui donner quelque soulagement, de lui faire des piqûres de morphine. Ces jours derniers, cet état, déjà très sérieux, s'est encore aggravé, et la malade a succombé.

Lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, elle se plaignait surtout de tousser depuis longtemps, et, à l'auscultation, nous entendions des craquements, un certain degré de souffle au sommet des deux poumons, et nous songions à quelque lésion pulmonaire. Malgré les soins qui lui furent donnés et le repos au lit, au bout de quelques jours, la malade était en proie à une certaine anxiété. Nous examinions alors le cœur, et nous constations des désordres cardiaques sérieux.

Alors seulement elle commença à nous dire qu'elle avait des palpitations douloureuses, de la dyspnée, de l'oppression; alors seulement elle se plaignit de dormir peu et mal, de ne pouvoir rester longtemps étendue dans son lit, d'être forcée de se tenir assise pour respirer. Dès lors aussi, notre diagnostic se trouvait réformé.

Les troubles cardiaques se développaient rapidement; bientôt survenaient les accès d'angine de poitrine dont je vous parlais tout à l'heure; la palpation et surtout la percussion de la poitrine étaient douloureuses. Nous remarquions une certaine voussure du thorax. La pointe du cœur était déplacée; on la sentait battre plus bas que de coutume et un peu en dehors du mamelon gauche. Le volume du cœur paraissait considérablement augmenté, la matité dépassait

une surface de 10 centimètres. Il y avait donc tout d'abord une véritable hypertrophie du cœur.

De plus, la main, appliquée sur la région précordiale, percevait un certain frémissement, un frottement doux. A l'auscultation, on entendait, au milieu du cœur, un bruit sourd de va-et-vient; en arrière, c'est le bruit de souffle qui prédominait, tandis qu'en avant, c'est le bruit de frottement. De plus, si l'on consultait le pouls, on le trouvait très rapide, petit, inégal, parfois même intermittent.

En résumé donc, notre petite malade avait, en plus de sa bronchite des premiers jours, une affection cardiaque. Le diagnostic n'était plus celui de tuberculose, mais bien de bronchite ancienne, d'hypertrophie remontant aussi à une certaine époque, d'endocardite également ancienne, le tout compliqué d'une péricardite récente, c'est-à-dire survenue depuis l'entrée de cette fillette à l'hôpital. Cette dernière affection nous était démontrée par la douleur précordiale, par la dyspnée, par les accès d'angine de poitrine, par les frottements secs et superficiels perçus à l'auscultation, par les irrégularités du pouls.

Enfin survinrent des accidents albuminuriques, d'abord passagers, intermittents, puis continus, définitifs; les phénomènes de bronchite augmentèrent, ou mieux, des phénomènes de congestion pulmonaire se déclarèrent, les poumons devinrent de plus en plus difficilement perméables, et l'état général s'aggrava à tel point, que, malgré un traitement énergique, la malade a fini par succomber avant-hier.

L'autopsie vient d'être faite, et voici ce qu'elle nous a révélé : Au devant du cœur, vers la partie moyenne du ventricule, on constate l'existence d'une plaque laiteuse, fibrineuse; la séreuse péricardique est fortement injectée; elle revêt même, en certains points, un véritable aspect ecchymotique, une teinte noirâtre, comme si les capillaires étaient infiltrés de matière charbonneuse, c'est-à-dire une inflammation suraiguë du péricarde, lequel est rugueux en certains points, chagriné en d'autres, avec plaques laiteuses et adhérences avec l'oreillette gauche. Enfin nous trouvons encore un peu de liquide, épanché dans sa cavité pendant les derniers moments de la vie.

Le cœur gauche est très épaissi; les franges de la valvule mitrale ne sont pas à jour, mais elles présentent un cordon dur, solide, résultant d'une endocardite ancienne sur laquelle est venue se greffer une inflammation récente. Quant à la valvule tricuspide, elle est à peu près normale, offrant seulement une très légère insuffisance. Enfin, au niveau de l'aorte, on observe un peu d'épaississement.

Du côté des organes respiratoires, nous trouvons de l'emphysème pulmonaire, comme cela se voit chez tous les enfants qui toussent depuis un certain temps. Les poumons sont le siège d'une congestion très intense, presque même d'une véritable splénisation. Les ganglions du hile du poumon sont énormes.

J'ajoute que le voisinage des lésions du péricarde avec le nerf phrénique et le plexus cardiaque nous expliquent parfaitement et les douleurs éprouvées par la malade et l'angine de poitrine.

Et cependant, malgré le volume déjà considérable du cœur, et d'ancienne date, cette fillette ne s'en plaignait nullement, et elle était entrée purement et simplement pour une affection de poitrine, que semblaient encore corroborer son état de maigreur et sa figure étiolée, d'où nous avions cru devoir songer tout d'abord à une bronchite chronique et peut-être aussi à une lésion des sommets. Ce n'est donc qu'au bout de huit à dix jours que nous avons été amenés à constater l'existence d'une affection cardiaque, par suite de l'apparition de nouveaux phénomènes morbides.

DEUX OBSERVATIONS D'ÉPITHÉLIOMA DU COL UTÉRIN

AMPUTATION SUPRA-VAGINALE ; HÉMOSTASE AVEC LES LONGUES PINCES APPLIQUÉES SUR LE CORPS DE L'UTÉRUS. GUÉRISON.

Par M. Buffet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf.

En attendant que l'hystérectomie vaginale pour cancer utérin soit jugée comme méthode, et que la question des récidives soit mieux éclaircie, beaucoup de chirurgiens donneront la préférence aux extirpations partielles, qui assurent également d'heureux résultats et exposent moins la vie des malades.

Nous avons pensé qu'il pouvait être utile de publier les deux observations suivantes qui nous ont paru intéressantes par le manuel opératoire et par une guérison rapide.

Observation I. — Femme X..., couturière, trente-quatre ans, trois enfants, habitant la commune d'Orival, est très anémiée par de fréquentes hémorrhagies qui datent de deux ans. Je la vois pour la première fois le 12 mai, et l'examen démontre l'existence d'un épithélioma végétant du col qui remplit le vagin et sécrète un liquide d'odeur fétide.

L'opération est pratiquée au domicile de la malade, le 19 mai, avec l'assistance du docteur Kuhn.

Les parois du vagin étant écartées avec deux valves à manche, le col, saisi avec des pinces de Museux, est attiré aussi bas que possible, c'est-à-dire à peu près au niveau de l'ouverture vulvaire.

Je fais avec le bistouri une incision circulaire autour du col, comme pour l'hystérectomie, puis la vessie et le rectum sont décollés avec l'index en ayant soin de ne pas ouvrir le péritoine, et l'utérus, dont le tiers inférieur est ainsi libre, est attiré de plus en plus.

Saisissant alors la matrice ainsi découverte entre les mors d'une pince courbe sur-le-champ, je serre la pince au premier cran et je coupe avec un bistouri ce qui dépasse à 2 millimètres au-dessous.

Il ne s'écoule pas une goutte de sang. Une injection phéniquée chaude est faite dans la plaie; deux éponges sont introduites dans le vagin; j'applique sur la vulve un petit tampon de ouate qui est maintenu par un bandage en T, et la malade est reportée dans son lit.

L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Obs. II. — Dame L..., âgée de trente-neuf ans, deux enfants, habite, près de Pont-de-l'Arche, un château, où elle est femme de chambre.

Elle a eu, au commencement d'août, une hémorrhagie considérable, pour laquelle est appelé le docteur Sorel. Cet habile confrère constate l'existence d'un épithélioma végétant du col, affection qui ne s'était révélée encore par aucun autre accident, et engage la malade à venir le plus tôt possible à l'hôpital d'Elbeuf pour s'y faire opérer.

Je la vois le 5 août à l'hôpital, et après examen, je partage complètement l'avis de mon confrère sur la nature de la lésion et l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Je constate que les culs-de-sac du vagin sont libres, et le toucher rectal fait sentir la mobilité de l'utérus. Cette femme, de bonne constitution, conserve les apparences d'une bonne santé ; elle a cependant le teint pâle, qui résulte d'une perte de sang considérable.

L'opération est pratiquée le 10 août avec l'aide des confrères Sorel (de Pont-de-l'Arche), Bourtoux et Kuhn.

Le col très friable est saisi difficilement avec des pinces de Museux ; il ne peut être abaissé que très insuffisamment, en sorte

que l'incision circulaire se fait avec beaucoup de peine. Aussitôt pratiquée, les adhérences de la vessie et du rectum sont rompues avec l'index, en évitant d'ouvrir le péritoine, ce qui a toujours été facile. J'applique alors les pinces de Museux sur le tissu de l'utérus lui-même pour opérer de nouvelles tractions plus puissantes.

L'utérus un peu abaissé est saisi entre les mors de la pince courbe qui est fixée au premier cran. Je coupe avec des ciseaux courbes la partie située sous ma pince à 3 millimètres au-dessous environ. Cependant dans la crainte de laisser un peu de tissu malade, j'enlève de nouveau avec le bistouri une petite tranche de tissu utérin presque au ras de la pince, qui ne bouge pas.

Un léger suintement sanguin se faisant à la surface de section des parois vaginales est aussitôt arrêté par une seule injection phéniquée.

Deux éponges sont laissées dans le vagin et entourent la pince; un peu de ouate sur la vulve et un bandage en T forment tout le pansement, et la malade est reportée dans son lit.

L'opération a duré quarante-cinq minutes; elle s'est un peu prolongée à cause de la difficulté d'attirer le col assez bas.

Les suites chez les deux malades ont été fort naturelles; à part quelques vomissements réflexes les deux premiers jours, il n'y a eu aucun accident, et jamais la température n'a dépassé 37 degrés. Les pinces ont été retirées au bout de vingt-quatre heures, et des injections phéniquées ont été faites matin et soir à partir du troisième jour. Les malades ont eu de l'appétit de suite et ont pu se lever toutes deux le dixième jour.

Chez toutes deux, la cicatrisation de la plaie était complète le quinzième jour, les surfaces de section vaginale s'étant soudées au pourtour de la plaie utérine.

Ces deux opérées se portent actuellement (12 septembre) bien; elles ont repris des forces et de l'embonpoint.

En résumé l'amputation du col supra-vaginale conduite de cette façon est, à mon avis, une opération très recommandable, car elle permet, après avoir isolé complètement le col, de faire l'excision de parties situées au-dessus de l'orifice interne et de dépasser de beaucoup les limites du mal. De plus, l'emploi méthodique des pinces à forcipressure, qui n'a pas encore que je sache été indiqué pour ce cas particulier, rend vaine toute crainte d'hémorrhagie. Enfin ce même procédé dispense complètement des sutures qui, dans les procédés anciens, sont conseillées toujours en très grand nombre, qui sont difficiles à appliquer, et ont le plus souvent l'inconvénient de retenir derrière elles des liquides de sécrétion de la plaie.

VARIÉTÉS

De l'aérage et du chauffage des habitations.

A l'ancienne hygiène, « visant à économiser la vie, à combattre les amoindrissements permanents de la santé, à réduire les lentes détériorations par les milieux ambiants », s'en ajoute aujourd'hui une nouvelle qui tend « à préserver l'existence, à diminuer les fléaux passagers des maladies transmissibles ». Tout le monde a compris qu'il s'agit des nouvelles obligations imposées à la science de l'hygiène par la microbie.

Ces deux hygiènes ont eu leurs commentateurs et leurs desservants dans les conférences tenues à l'occasion de l'exposition dont nous entretenions, il y a quelques jours, nos lecteurs. M. Émile Trélat, à qui nous empruntons les principaux termes de la distinction que nous venons d'énoncer, s'est renfermé, pour le choix de sa conférence, dans l'ancienne hygiène, qui a pour objectif l'assainissement des camps, en temps de guerre, pour qu'on y meure moins ou qu'on n'y meure pas, l'assainissement des villes, en tout temps, pour qu'on y vive. Il s'en faut que son rôle soit épuisé. Malgré tout le bien qu'elle a pu faire dans le passé, ce qui lui reste à faire est encore immense et doit, comme le dit justement M. Émile Trélat, rester la principale préoccupation de l'hygiéniste.

Air, lumière, eau, sol, calorique, tels sont les grands facteurs de la salubrité des grandes villes, comme il les a toujours désignés lui-même dans son enseignement. De ces cinq facteurs, il a choisi l'air et le calorique pour sujet spécial de sa conférence.

Étant données les notions préliminaires, connues de tous nos lecteurs, sur les conditions physiologiques de la machine humaine, d'une part, et sur la composition de l'atmosphère, d'autre part, le problème de l'aération des lieux clos ou abrités se ramène à ces termes :

Prévenir et combattre les effets incessants de la corruption, par la respiration humaine, de l'atmosphère des lieux habités, en réalisant autant que possible les conditions de la vie en plein air, alors que l'atmosphère qui nous entoure est incessamment nettoyée des gaz expirés par les courants atmosphériques ascendants qui s'établissent naturellement autour des individus, par le fait même de leur rayonnement calorifique.

Sans doute le moyen est simple et il n'est pas à chercher, c'est le renouvellement de l'air à la faveur des communications les plus larges possibles entre l'atmosphère intérieure et celle de l'extérieur. Mais il y a à compter avec la température et les vicissitudes du temps.

Ce n'est pas tout. Il ne suffit pas qu'un lieu habité communique avec l'air du dehors; il faut que cette communication soit immédiate et directe. Tel est du moins le problème que cherche à résoudre M. Émile Trélat. Il veut alimenter l'habitation d'air frais.

Une expérience de Lavoisier, qu'il rappelle à cette occasion, ayant montré que sous un même volume l'air chaud contient moins d'oxygène que l'air froid, et est, par conséquent, moins efficace à la respiration, jointe à cette autre considération, que plus l'air est chaud, plus il peut contenir de vapeur d'eau avant de se saturer, et, par conséquent, plus la place de l'oxygène y est réduite, l'ont conduit à formuler cette proposition qu'il faut respirer *frais*.

Mais comme les moyens usuels, l'ouverture des croisées ou des vasistas ne peuvent, dans les conditions ordinaires de nos climats, donner de l'air frais que par intermittences, le problème du renouvellement continu reste encore en suspens.

Des essais faits en Angleterre et en Amérique, au moyen de bouches placées dans le plein des murs et munies de plaques percées de petits trous, n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait.

M. Émile Trélat avait, depuis quelques années, indiqué qu'une bonne solution du problème serait la vitre de croisée percée, avec trous tronconiques, la petite base placée à l'extérieur. Il est parvenu, après de grandes difficultés de fabrication, paraît-il, à faire confectionner une de ces vitres suivant son désir et il en a présenté un échantillon à l'assistance. C'est un morceau de verre de 3 millimètres 1/2 d'épaisseur. Il est percé de trous espacés de 15 millimètres d'axe en axe; ces trous ont 3 millimètres de diamètre à l'extérieur et 6 millimètres à l'intérieur. Dans ces conditions, l'air qui s'introduit dans la pièce, même par un vent violent, s'épanouit à l'intérieur en suivant les générations du cône et y entre sans vitesse sensible, et par conséquent sans puissance suffisante pour blesser les habitants.

Voici la petite expérience que M. Trélat a faite avec cette vitre trouée devant son auditoire :

Il allume une bougie, il place le verre percé entre la flamme et la bouche. L'évasement des trous est tourné du côté de la bougie. Il s'efforce d'éteindre celle-ci en soufflant à travers la vitre : sa peine est inutile. Il l'approche au plus près; même insuccès. Mais il retourne le verre, les larges bases sont maintenues du côté de sa bouche. Il souffle, la flamme s'éteint. Voilà, s'écrie-t-il, la victoire du verre perforé.

Il recommande, quand on voudra faire l'application de ce sys-

tème, de prendre soin que les vitres perforées ne soient placées qu'à une hauteur supérieure à 2m,50 au-dessus du parquet. Restera à empêcher l'introduction des poussières extérieures, ce qu'on obtiendra pendant l'inoccupation des pièces, à l'aide d'un double verre plein qui peut se fermer à volonté sur le verre perforé.

La supériorité que M. Trélat attribue aux vitres perforées sur les plaques opaques placées dans les murs, comme cela se pratique en Angleterre, c'est qu'elles ne s'obstruent jamais, étant nécessairement entretenues en l'état de propreté indispensable au passage de la lumière. Il professe qu'en tout temps on devra les utiliser, contrairement à l'usage actuel qui consiste, en hiver, à renouveler l'atmosphère des intérieurs avec de l'air préalablement chauffé, soit dans les calorifères, soit le long des enveloppes métalliques des foyers de cheminées.

Cette indication amenait naturellement l'orateur à parler du chauffage des habitations. C'est ce qu'il a fait, comme on va le voir.

Le chauffage.

M. Trélat fait depuis longtemps une guerre à outrance aux procédés généralement employés de nos jours pour chauffer nos habitations, notamment au calorifère à air chaud. « S'il fallait écrire, dit-il, le nombre de millions qu'on leur a consacrés depuis quarante ans, on serait effrayé. On en a empli Paris ; le tiers du territoire français s'en est emparé... L'omnipotence du calorifère est générale, et l'on peut dire qu'au moins dans les grandes villes, et certainement à Paris, la génération actuelle condamne ses poumons à s'alimenter toute l'année d'air tiède, sali et poussiéreux. » Pour lui, c'est un sentiment irréductible qui s'échappe, quand il dit que le régime d'air tiède auquel le Parisien est soumis l'hiver n'est pas pour rien dans cette espèce d'étiolement général, qu'on nomme l'anémie. Il ne méconnaît pas qu'il y ait d'autres facteurs qui trahissent la santé publique des grandes villes. Mais le coupable du moment, celui qu'il poursuit, contre lequel il s'acharne, c'est l'air tiède et sali des calorifères. Ce système est né d'une méprise qui confond dans une même opération le chauffage du corps et l'alimentation des poumons. Le but et tout l'effort de cette conférence ont visé à convaincre son auditoire de la contradiction qui existe entre ces deux services, et de la nécessité de les assurer séparément.

On a vu plus haut comment il entend assurer le bon service de la respiration.

Pour la calorification, le premier et le plus agréable de tous les moyens, est d'avoir à portée du corps un foyer brillant qui rayonne de la chaleur lumineuse, ardente, et auquel on puisse à volonté exposer telle ou telle partie du corps pour exciter la circulation générale. C'est la meilleure solution.

Le second procédé consiste à faire circuler tout autour de la partie basse des murs des salles un ruban ou plusieurs rubans de chaleur, à l'aide d'une circulation de vapeur, par exemple.

Le troisième n'est applicable qu'aux pièces occupées par intermittence. Il ne fonctionne qu'en l'absence des habitants. L'air, chauffé à 75 ou 80 degrés dans le calorifère, arrive à la salle et la parcourt en déposant ses calories. Il en sort refroidi pour retourner s'échauffer autour du foyer. La multiplicité des passages de l'air surchauffé chauffe les murs. On ferme la circulation quand les habitants viennent occuper la pièce.

Voici en résumé, en quelles formules M. E. Trélat énonce les principes qui doivent guider les applications en ce qui concerne l'aérage et le chauffage des locaux habités.

L'aérage et le chauffage doivent constituer deux opérations distinctes, séparées, indépendantes.

Il faut aérer avec de l'air dont la température ne dépasse pas 8, 10 ou 12 degrés.

Il faut vivre entre des murailles dont la température ne s'abaisse pas au-dessous d'une limite variant entre 25 et 18 degrés.

M. Trélat convient que la réalisation de ces données n'est pas toujours facile. Aussitôt qu'on introduit, entre des murailles entretenues à 20 ou 25 degrés, de l'air à 10 ou 12 degrés, le calorique des parois tend à se donner à l'air, et le bénéfice de l'indépendance qu'on a voulu réaliser entre l'introduction de l'air de la respiration et le rayonnement calorifique des murs se trouve perdu. Mais c'est la solution qu'il faut, suivant lui, viser toujours et dont il faut s'approcher le plus possible dans les applications. Il espère qu'on parviendra à lever cette difficulté en faisant passer l'air dans la pièce habitée, assez vite pour qu'il n'ait pas le temps de s'échauffer, et en ne lui donnant pas assez de vitesse pour qu'il fatigue les habitants par des courants sensibles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 septembre 1886, l'Association française pour l'avancement des sciences et l'Association scientifique de France, fondée par Le Verrier en 1864, toutes deux reconnues d'utilité publique, forment une seule et même association.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les examens de la session d'octobre pour les aspirantes élèves sages-femmes de la clinique d'accouchements de la Faculté, commenceront le jeudi 7 octobre 1886, à neuf heures du matin.

— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique pour l'année scolaire 1886-1887 commenceront le lundi 11 octobre 1886.

MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir de ce jour et jusqu'au mardi 16 novembre inclus, de une heure à deux heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lemoine, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de thérapeutique et de matière médicale.

M. Lambling est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie médicale.

M. Assaky, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie.

M. de Lapersonne, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'ophthalmologie, en remplacement de M. Cuignet, démissionnaire.

M. Lescœur, professeur de chimie médicale, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie minérale et toxicologie à ladite Faculté.

M. Demon, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Carrieu, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie pathologique et histologie.

M. Bimar, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie.

M. Mossé, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de thérapeutique et matière médicale.

M. Gilis, agrégé, est chargé, en outre, temporairement, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Blarez, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie à ladite Faculté.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Ledru, professeur de pathologie externe, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École.

M. Gros, licencié ès sciences, est institué, pour neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

— *Hospices de Grenoble.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hospices de Grenoble sera ouvert le 13 décembre 1886, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— M. le docteur P. Birabeau a été élu médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

— M. le docteur Adolphe Vedel est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Lunel.

— M. le docteur Claudot est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Neufchateau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20089

97

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux......................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et t[tes] pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et C[ie], 11, rue Milton, Paris.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux.
Ph[ie] LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et t[tes] ph.

97

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f[res], 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph[ies].

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle.*

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines,** elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur.* Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine.*

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du D[r] FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

39

ALCALOÏDES DU QUINQUINA

Anc[nne] M[on] J. THOMAS et C[ie].

A. TAILLANDIER

USINE A ARGENTEUIL.

Médaille d'Argent: Bordeaux 1865, Havre 1868, Paris 1878.
Médaille d'Or : Amsterdam 1883.

Le **Sulfate de Quinine chimiquement pur de Taillandier** est exempt de *Sulfate de cinchonidine;* il a une composition toujours constante, soit :

QUININE	74.31
ACIDE SULFURIQUE MONOHYDRATÉ.	11.24
EAU DE CRISTALLISATION.	14.45

C'est le **Sulfate de Quinine officinal** répondant aux divers essais du Codex de 1884.

Sa cristallisation aiguillée et plus grosse le distingue des autres sulfates de Quinine. En le prescrivant, MM. les Docteurs seront sûrs d'avoir un produit pur et toujours constant.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

21

SOURCE YVONNE

DE CHATEL-GUYON

Approuvée par l'Académie de médecine.

La plus gazeuse et la plus minéralisée.

Foie. — Estomac. — Intestins. — Rate. Pancréas.

Dépôt dans les bonnes Ph[ies]. — *Exiger le nom.*

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

23

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

43

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau,** même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60;** *et par la poste,* **0f70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux).

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Nº 117. — JEUDI 7 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 7 OCTOBRE 1886. — Nº 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une seule communication a défrayé cette séance ; elle a eu pour sujet l'exposé des résultats de quelques recherches intéressant l'anatomie normale et l'anatomie pathologique des centres nerveux, et pour auteur M. Luys.

Le premier ordre de recherches, touchant l'anatomie normale du cerveau est relatif à une méthode de durcissement et de dissection de la substance cérébrale, à l'aide de réactifs et du clivage de ses fibres, et à l'emploi du plâtre pour prendre les empreintes des fibres ou de certaines régions cérébrales disséquées à l'aide des procécés en question.

Les recherches anatomo-pathologiques ont trait à la morphologie du cerveau chez les hystériques et à l'existence de malformations spéciales dans la répartition des fibres de l'écorce.

Le fait qu'a rapporté M. Luys, à cette occasion, d'une femme hystérique hypnotisable, de forme prédominante émotive et qui a présenté, à l'autopsie, une irrégularité morphologique cérébrale toute particulière et qui n'avait pas encore été signalée, offre sous ce rapport un réel intérêt. Il s'agit de l'existence, dans le lobe gauche du cerveau de cette femme, qui, par parenthèse, avait toujours résisté à tous les traitements, d'un pli supplémentaire venant du lobe ovalaire et s'interposant comme un coin entre l'extrémité de la pariétale ascendante et celle de la frontale ascendante. Sur ce même lobe, M. Luys a constaté encore un fort épaississement, surtout à la base de la pariétale ascendante et un extrême développement des lobes carrés à droite et à gauche. Nous omettons quelques autres particularités d'ordre secondaire.

N'y a-t-il pas lieu de se demander, en présence de ce fait, si, à côté de l'hystérie-névrose à manifestations et à symptômes purement dynamiques, on ne devrait pas faire une place à une hystérie *cum materia,* c'est-à-dire avec des lésions spéciales et permanentes souvent héréditaires et fatalement inhérentes au sujet, qui expliqueraient à la fois la persistance de la maladie, sa résistance à toute influence médicatrice et cette essentielle chronicité qui fait dire à M. Luys : « On naît hystérique, on vit hystérique et on meurt hystérique. »

Ce n'est pas la première fois que cette idée est émise, mais ce fait est pour lui donner un appui et engager à la poursuite de recherches nouvelles dans ce sens.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Marche et terminaison du diabète.

Le malade du nº 5 de la salle Saint-Charles, que nous connaissons depuis longtemps dans le service comme diabétique, présente quelques particularités curieuses. Ce sont : 1° un gonflement œdémateux de la cuisse et de la jambe gauche, survenu sans aucune douleur, sans que nous puissions l'attribuer à l'existence de quelque tumeur abdominale, mais qui paraît être le résultat d'une de ces *phlegmatia alba dolens* que l'on rencontre chez un certain nombre d'individus cachectisés ; 2° une abolition complète des réflexes rotuliens, comme chez les sujets tabétiques. Cela ne l'empêche pas de marcher, cela n'a aucune influence sur son diabète, et, d'ailleurs, cet homme ne nous offre aucun autre phénomène tabétique.

Trois procédés sont à notre disposition pour la recherche du sucre dans les urines : par la potasse ; par la potasse et le sous-nitrate de bismuth ; par la liqueur de Fœlhing. Pour moi, je préfère la potasse, parce que la teinte plus ou moins foncée qu'elle détermine, à elle seule, m'indique très approximativement la quantité de sucre contenue dans l'urine. C'est ainsi qu'à première vue, ce matin, j'ai pu diagnostiquer un peu plus de 50 grammes de sucre par litre, tandis que les procédés dosimétriques disaient 59. Vous voyez que les deux chiffres ne sont pas bien éloignés l'un de l'autre, — ceci soit dit entre parenthèses, — j'ajoute que mon malade rendant 5 litres d'urine par jour, la dose de sucre est de près de 300 grammes pour les vingt-quatre heures, non compris la quantité d'urée qui s'élève à 80 grammes. C'est, en somme, une perte considérable pour l'économie. Et cependant, cet homme a conservé un assez bon aspect, il a un très grand appétit, il mange beaucoup, il a une alimentation azotée très riche. C'est ainsi que, malgré son diabète, son poids a augmenté de 5 kilos depuis huit mois qu'il est ici.

Si, après ces quelques mots sur l'état de notre malade, nous étudions la marche et la terminaison du diabète en

général, nous voyons que le début de cette affection est très insidieux, qu'il est très difficile de savoir même approximativement l'époque où elle a commencé. Ce n'est guère que lorsqu'il y a déjà polyurie et soif vive, que l'on s'aperçoit que l'on est diabétique, tandis que déjà la maladie existe peut-être depuis des mois ou même des années. Enfin la période d'état est arrivée et les phénomènes caractéristiques ne laissent aucun doute sur la nature du mal : amaigrissement, faiblesse musculaire, soif, polyurie, affaiblissement général, impuissance génitale, alanguissement de toutes les fonctions et surtout de la respiration. Les malades consomment moins d'oxygène, les combustions sont diminuées ainsi que la calorification ; la température peut rester la même, mais souvent aussi elle descend à 37, 36, 35 et même 34 degrés.

La durée du diabète est très variable depuis quelques mois jusqu'à dix, quinze, vingt et même trente ans. Mais il faut diviser les individus atteints de cette affection en diabétiques gras et diabétiques maigres. Les gras restent pendant longtemps bien portants, la mine fleurie ; ils mangent beaucoup, se nourrissent d'aliments azotés qui réparent incessamment les pertes continues de l'économie, d'où il leur est possible de vivre aussi longtemps que tout le monde ; cependant qu'une maladie intercurrente survienne, elle sera beaucoup plus grave chez eux que chez un individu non diabétique.

Les diabétiques gras se rencontrent souvent dans la classe riche, tandis que les diabétiques maigres appartiennent surtout aux classes pauvres, bien que le diabète marche assez rarement avec la misère.

Chez les diabétiques maigres, l'alimentation ne répare pas les pertes de chaque jour ou les répare mal ; les malades mangent insuffisamment, ils ont du dégoût pour la nourriture, une véritable anorexie qui les conduit assez promptement à un affaiblissement général, au marasme, et dans cette période de la maladie, on voit quelquefois la polydipsie et la polyurie diminuer ainsi que la glycosurie.

Quant à la terminaison, elle n'est pas constamment la même. Le diabète peut se terminer par une guérison définitive, bien que quelques médecins aient soutenu le contraire. Cela est rare, il est vrai, mais cela est. Le diabète est aussi quelquefois intermittent ; on observe le fait assez fréquemment chez les goutteux ; il disparaît alors momentanément par le régime ; je pourrais citer aussi cinq cas au moins de guérison *définitive* dans ma clientèle.

Mais, il faut aussi le reconnaître, le diabète se termine le plus souvent par un affaiblissement, un alanguissement général de toutes les fonctions, le marasme, la cachexie et la mort. Dans certains cas, la fin survient rapidement à la suite d'un traumatisme, d'une frayeur, d'un accès de colère, par suite d'une sorte d'empoisonnement tout spécial de l'organisme, et les accidents que l'on observe portent surtout sur le système nerveux ; ils ont été attribués à la présence de l'acétone dans le sang, à l'acétonémie. Les malades se reconnaissent alors par une haleine aigre due à l'acidité de la salive (ils sentent l'éther ou le chloroforme), par un ramollissement des gencives, la chute des dents. L'acétone est décelée dans l'urine à l'aide de quelques gouttes de perchlorure de fer qui la colorent en brun foncé. Les accidents acétonémiques entraînent toujours un pronostic grave.

En résumé, les phénomènes morbides sont des vomissements, de la dyspnée, une respiration gênée, sans agitation, non fréquente, mais exigeant des efforts considérables, une respiration bruyante, de la céphalalgie, des troubles dans les idées, la perte de la mémoire, un peu de délire, un certain degré d'engourdissement général, de la somnolence, le coma et la mort. Cependant, il est des malades qui ont pu être sauvés alors même qu'ils étaient en plein coma diabétique. Je pourrais vous citer un de ces faits chez un malade que j'ai soigné, à Passy, il y a trois ans, et qui est revenu à la santé. Ces accidents, attribués depuis quelques années à l'acétone, ressemblent beaucoup à ceux de l'urémie et, comme chez les diabétiques d'une certaine période, l'albuminurie n'est pas rare, je les considérerais assez volontiers comme des accidents urémiques.

Mais le plus ordinairement les diabétiques meurent par suite de quelque complication, de quelque maladie intercurrente, laquelle est d'autant plus grave que les malades sont déjà très affaiblis. L'érysipèle, entre autres, est assez commun dans le diabète, mais sa marche ne m'a jamais présenté rien de spécial, contrairement à ce qu'a dit, dans une de ses leçons cliniques, M. Jaccoud, qui le considère comme ayant une durée plus courte, comme avortant fréquemment après cinq ou six jours.

Les maladies qui ont des rapports plus directs avec le diabète, sont : 1° la pneumonie ; celle-ci offre alors une gravité exceptionnelle, bien qu'elle ne soit pas cependant un arrêt de mort. J'ai deux cas de guérison ; 2° la tuberculose qui est une des fins du diabète ; mais elle n'offre rien de spécial dans sa marche ; 3° l'albuminurie, qui apparaît quelquefois chez les diabétiques, sous la forme de néphrite parenchymateuse, par suite de l'exagération de la fonction rénale. Elle rend le pronostic plus défavorable, bien qu'elle puisse guérir encore ; 4° l'anthrax qui tue fréquemment les sujets diabétiques ; 5° les accidents gangréneux des membres inférieurs, ainsi que l'a très bien montré autrefois Marchal (de Calvi) ; 6° la gangrène du poumon, caractérisée par la fétidité de l'haleine, par l'odeur putride des crachats ; elle entraîne une mort rapide.

En résumé, les sujets atteints de diabète, tout en pouvant se porter assez bien pendant longtemps, sont toujours sous la menace d'accidents graves ou de maladies intercurrentes capables de les emporter.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Grossesse et rétrécissement mitral.

Il y a plusieurs mois, entrait dans notre service une jeune femme enceinte, présentant un rétrécissement mitral dont j'avais déjà constaté l'existence dès avant sa grossesse, aussi était-ce là pour nous un cas favorable pour apprécier l'influence de celle-ci sur cette grave lésion.

Or, à la fin du huitième mois, pas un seul accident, si ce n'est un certain degré d'aggravation dans la congestion pulmonaire double dont elle était atteinte à son arrivée à l'hôpital, alors qu'elle n'en était encore qu'au cinquième mois de sa grossesse ; les râles pulmonaires occupaient toute la hauteur de la poitrine, avec prédominance à la base, et j'avais tout d'abord songé plus à une tuberculose qu'à une congestion du poumon. Cependant l'absence de tout bacille dans les crachats, une certaine amélioration parfaitement manifeste aux sommets, une localisation de plus en plus prononcée aux deux bases me firent rattacher les phé-

nomènes congestifs des poumons à la lésion cardiaque.

Mais, je le répète, ces accidents avaient été les seuls que nous ayons à enregistrer jusqu'à la fin du huitième mois de la grossesse, malgré l'état de son cœur; aussi avais-je tout lieu d'espérer que cette femme arriverait à terme, sans qu'il survînt rien de plus, et de dire qu'on a peut-être exagéré un peu l'importance des accidents gravido-cardiaques.

Chez elle il existait un souffle présystolique type par sa longueur, par sa rudesse, aussi doit-on considérer surtout, dans le pronostic à émettre en pareils cas, l'évolution de la lésion ainsi que la façon dont l'organisme l'a supportée depuis le début. Il est certain que si notre malade, au lieu de s'être reposée et de s'être laissée soigner conformément à nos indications, dès le troisième ou le quatrième mois de sa grossesse, avait continué à travailler comme auparavant, il est certain, dis-je, que les accidents que nous sommes parvenus à empêcher de se développer se seraient manifestés.

J'ajoute qu'il s'est trouvé que le terme de la grossesse de notre malade était moins proche qu'elle l'avait cru, et qu'elle est accouchée seulement il y a huit jours. Or, depuis cinq semaines, son état a continué à être satisfaisant, sans présenter aucun phénomène morbide en plus ni en moins. Jusqu'au dernier moment nous avons constaté l'absence d'œdème et d'albumine dans les urines.

Le travail a commencé, il y a neuf jours, dans la soirée, et la femme est accouchée seulement le lendemain matin. A ce moment, très fatiguée par suite des souffrances assez longues de la parturition, son aspect était modifié, le visage, abattu, exprimait une anxiété anomale. Aussi j'insistai plus que jamais sur les stimulants. La journée du lendemain nous donna l'explication de l'état de prostration de la malade et de sa physionomie anxieuse. La face était devenue bouffie, bouffissure typique de la maladie de Bright qui dura pendant quelques jours; en même temps l'examen des urines nous montrait pour la première fois la présence de l'albumine. Cependant les membres inférieurs n'étaient le siège d'aucun œdème.

En résumé, l'accouchement avait déterminé d'emblée, chez cette femme, une albuminurie assez importante pour s'accompagner dès le deuxième jour d'œdème de la face, alors que pendant les neuf mois de la grossesse, rien de pareil ne s'était produit malgré l'existence d'un rétrécissement mitral colossal et d'une stase sanguine pulmonaire prononcée.

Pendant les deux journées qui suivirent, nous eûmes lieu d'observer un symptôme très inquiétant, c'est-à-dire une dyspnée véritable, en même temps qu'il y avait une notable élévation de la température, laquelle dura pendant trois ou quatre jours.

Mais quelle peut être la raison de cette albuminurie post-puerpérale? Dans une certaine mesure il est facile de s'en rendre compte. Il est évident que ce sont les modifications circulatoires résultant de l'accouchement qui ont déterminé cette albuminurie subite et grave; et nous pouvons ajouter que les efforts plus ou moins violents de la période du travail agissent sur les vaisseaux du rein en produisant une stase sanguine dans les veines rénales. En effet, les conséquences de l'accouchement sont une diminution considérable de la pression dans les artères rénales (ce qui équivaut à un ralentissement dans le cours du sang), et par suite le passage de l'albumine dans l'urine.

Il est donc facile de déterminer les conditions étroites de l'albuminurie dans tout cas semblable à celui de notre malade, c'est-à-dire les modifications circulatoires de l'accouchement : diminution de pression *artérielle* avec ralentissement du cours du sang dans les artères rénales, d'où augmentation de la pression *veineuse*.

Voilà, *grosso modo*, pour la pathogénie de cette albuminurie.

Dès le jour de l'accouchement, malgré les lamentations de la malade qui ne pouvait plus supporter le lait, je le lui ai prescrit immédiatement; aussi, trois jours après, son état ne me donnait plus d'inquiétude malgré la persistance de l'albumine et de la bouffissure de la face; mais ces deux phénomènes avaient notablement diminué d'intensité, et je puis dire maintenant que chaque jour, depuis lors, cette diminution s'est accentuée. Hier on ne comptait plus que 72 centigrammes d'albumine par litre d'urée. J'espère que dans quelques jours la guérison sera complète.

Il me paraît certain que si je n'avais pas immédiatement prescrit le régime lacté exclusif, cette femme serait actuellement ou morte ou bien près de succomber.

Un autre fait ressort de ce que nous avons constaté : c'est la tolérance de l'organisme pour la lésion cardiaque, tolérance telle que l'incident morbide n'a eu aucune influence sur cette lésion. Si donc l'accouchement a eu quelque effet fâcheux, cet effet s'est borné aux reins, et le cœur n'en a pas souffert.

Nous devons encore noter que, si à une femme enceinte atteinte d'un rétrécissement mitral, on peut imposer un repos complet et une très bonne hygiène, et si l'organisme a jusque-là bien supporté la lésion du cœur, ce n'est pas la grossesse qui doit inspirer de l'inquiétude, mais bien la période de l'accouchement, à cause des modifications profondes que cette période détermine en quelques heures dans l'économie.

Chez notre malade, nous pouvons dire que l'influence de l'accouchement est restée heureusement bornée aux reins, et que le cœur a tenu bon; mais il aurait pu ne pas en être ainsi, si l'accouchement s'était fait beaucoup plus rapidement, et aussi si l'albuminurie avait duré plus longtemps.

UN CAS DE RHUMATISME CÉRÉBRAL

Par M. le docteur J. VALETTE, de Tulle (Corrèze).

A..., couvreur, âgé de quarante-trois ans, m'appelle auprès de lui le 15 juillet 1886 pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé, dont le début remonte au 12 juillet. J'apprends de lui qu'il a subi maintes atteintes de cette affection; qu'à l'âge de douze ans, ses articulations ont été prises pour la première fois, et que sa dernière attaque date de l'année 1875.

Bien que son visage soit légèrement stigmatisé par l'alcool, il nie tout antécédent alcoolique. De taille moyenne, cet homme est solidement constitué.

Toutes les jointures, même celles des doigts et des orteils, sont frappées par le rhumatisme et tuméfiées. Les arthropathies sont intenses et les sueurs profuses. Le cœur et le péricarde sont intacts; les bases pulmonaires sont garnies de râles sous-crépitants; les urines ne renferment pas d'albumine. Dans le cours du premier septénaire, une éruption confluente de miliaire rouge crible tout le tronc.

Dès ma première visite, j'ordonne une solution de salicylate de soude (8 grammes dans les vingt-quatre heures). Le phénomène douleur s'amende très vite. Je diminue graduellement la dose du médicament jusqu'à 4 grammes, que je maintiens pendant quelques jours.

Mais mon malade se plaignant que le salicylate lui donne des bourdonnements d'oreilles insupportables, et lui attribuant aussi

sa céphalalgie et son insomnie, insomnie sur laquelle il attire mon attention chaque matin, je supprime la solution salicylée et la remplace par 1 gramme de chlorhydrate de quinine et 4 grammes de bromure de potassium à prendre dans le cours de la journée. Le tube intestinal est évacué à l'aide d'un lavement purgatif.

Cependant les maux de tête persistent et le sommeil ne vient pas. La colonne mercurielle atteint dans la matinée 39 degrés et quelques dixièmes, et s'élève le soir jusqu'à 40 degrés, dépassant même un peu ce chiffre thermique.

Le 23 juillet, je note du délire nocturne. Les troubles cérébraux revêtent bientôt des allures plus bruyantes et persistent pendant une partie du jour. La fièvre oscille entre 40 et 41 degrés. La perspiration cutanée se supprime ; les douleurs et l'intumescence articulaires disparaissent ; le regard est hébété. Rien au cœur ; les bases des poumons sont toujours congestionnées ; pas de dyspnée. Le diagnostic de rhumatisme cérébral s'impose à mon esprit.

26 juillet. — Je propose les bains froids : sur l'avis d'un confrère, la famille repousse ce mode de traitement.

27 juillet. — Température : matin, 41°,5 ; soir, 40°,2. Prescription : dix sangsues à la partie interne de chaque cuisse ; vessie de glace sur la tête ; 6 grammes de chloral hydraté en lavement ; continuation du chlorhydrate de quinine et de la préparation bromurée.

28 juillet, huit heures du matin. — Température : 40°,2 ; pouls, 108. Je cesse la quinine et lui substitue 1 gramme d'antipyrine en potion à prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées à soupe, toutes les trois heures.

28 juillet, trois heures de l'après-midi. — Température 38°,3 ; pouls, 108.

28 juillet, huit heures du soir. — Température, 37°,6 ; pouls, 96.

Et, fait surprenant, malgré cet abaissement de la température, ramenée à la normale par l'antipyrine, cet homme va de mal en pis. Au délire des paroles s'est joint le délire d'action. Il a des hallucinations de la vue. Il crie par instants : « Je suis perdu ! » Les paupières démesurément écartées, il tourne lentement la tête de droite à gauche et réciproquement, attachant, sur ses proches qui l'entourent, des yeux hagards où se reflètent tour à tour l'étonnement et la terreur. Les pupilles sont punctiformes.

29 juillet, neuf heures du matin. — Temp., 37°,8; pouls, 96.

Il comprend les questions que je lui pose, mais il n'y répond pas. Si je lui dis de tirer la langue, il le fait ; mais si je lui demande de ses nouvelles, il reste muet. Les désordres de l'idéation et du mouvement sont tels que plusieurs personnes sont obligées de veiller autour de son lit pour l'empêcher d'en sortir. Il tire à lui les couvertures et cherche à saisir des objets imaginaires (carphologie). La raideur de la nuque et du tronc est très accentuée. L'abdomen est météorisé. Soubresauts des tendons.

Ce matin la potion à l'antipyrine a été renouvelée ; il en a pris trois cuillerées à soupe, mais il en a rejeté une grande partie. Le bromure de potassium et le chloral n'ont pas pu être administrés. Il crache à la figure de ceux qui lui donnent à boire les liquides qu'on veut lui faire avaler. Ses parents, après en avoir délibéré, jugeant la situation désespérée, se résignent à laisser pratiquer la réfrigération.

Assisté de notre sympathique et distingué confrère le docteur Faugeyron, que je remercie d'avoir bien voulu partager la grave responsabilité qui m'incombait, nous procédons à l'immersion. Il est trois heures de l'après-midi.

Température du malade avant le bain, 38°,5.

Température du bain, 20 degrés.

Au moment où nous le plongeons dans l'eau, le patient s'imagine qu'on le descend dans un tonneau de vidanges, et il exprime sa pensée dans un langage très énergique. Dans le bain, cinq hommes peuvent à peine réprimer ses mouvements. Il lutte contre eux avec fureur, leur crache au visage et les insulte. Son agitation est si grande qu'il nous est impossible de placer le thermomètre sous l'aisselle. Au bout d'un quart d'heure, qui nous a paru bien long, nous le sortons de la baignoire et le transportons dans son lit après l'avoir préalablement frictionné et enveloppé dans une couverture de laine.

Température immédiatement après le bain, 36°,1.

Nous le revoyons à neuf heures du soir. Pour la première fois depuis le début de sa maladie, il repose, et nous ne l'éveillons pas.

30 juillet. — Température, matin, 39 degrés ; pouls, 96.

Il a dormi toute la nuit d'un profond sommeil qui n'a été interrompu qu'un instant vers dix heures du soir par quelques vomissements bilieux. Les arthropathies ont reparu, mais supportables. Il répond d'une façon très lucide à toutes les questions que je lui adresse. Il désire prendre un nouveau bain, si c'est nécessaire.

30 juillet. — Température, soir, 39°,5; pouls, 100.

Une débâcle intestinale s'est produite dans la matinée. Notre homme est absolument calme. A partir de ce jour son état va s'améliorant progressivement et il entre en convalescence vers le 16 août. Sorti sans doute trop tôt, une légère rechute, ayant duré trois jours, s'opéra au commencement de septembre. Je l'ai rencontré dans la rue le 14 septembre ; il a repris depuis quelques jours ses occupations journalières.

Trois faits me semblent découler de cette observation :

Le rhumatisme cérébral hyperpyrétique peut, grâce à l'antipyrine, devenir absolument apyrétique.

Malgré cette chute de la température à l'état physiologique, cette affection morbide continue à évoluer, et, dans l'espèce, nous avons assisté à ce spectacle étrange d'un homme dont l'altération psychique était plus accentuée et l'état général plus grave en apyrexie qu'en hyperpyrexie.

L'encéphalopathie rhumatismale est créée non par l'hyperthermie mais par la localisation cérébrale du rhumatisme.

Je demeure convaincu que mon malade touchait aux limites extrêmes de la vie, et que, sans le bain, il allait mourir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne renferme aucune pièce qui mérite d'être mentionnée.

COMMUNICATION

Anatomie normale et anatomie pathologique du cerveau. — **M. Luys** prie l'Académie de vouloir bien lui accorder quelques instants d'attention pour lui exposer les résultats de quelques recherches spéciales qui intéressent soit l'anatomie normale, soit l'anatomie pathologique des centres nerveux. — Ces communications sont relatives :

1° A une méthode spéciale de durcissement et de dissection de la substance cérébrale à l'aide de réactifs spéciaux et du clivage de ses fibres.

2° A l'emploi du plâtre pour prendre les empreintes des fibres et de certaines régions cérébrales disséquées à l'aide des procédés précédemment indiqués.

3° A l'état morphologique spécial du cerveau chez les hystériques et à l'existence de malformations spéciales dans la répartition des fibres de l'écorce.

I. Relativement au premier point, j'ai reconnu, dit M. Luys, qu'après avoir successivement immergé la substance cérébrale d'abord dans un bain de bichromate de potasse à saturation, puis d'alcool méthylique auquel succédait un autre bain de chloral saturé, j'obtenais un durcissement spécial qui me permettait de

détacher des lambeaux de substance blanche, comme on détache des fibres de bois en les suivant selon leur direction, et de pouvoir ainsi suivre les fibres, par une sorte de clivage, dans leur direction naturelle.

Sur les pièces ainsi préparées depuis déjà plus de deux ans, ainsi que sur les images photographiques de ces mêmes pièces, que je présente en ce moment, on voit très nettement l'isolement et la disposition de deux systèmes de fibres blanches disposées harmonieusement autour des noyaux centraux.

L'un, celui qui se voit à la face interne du cerveau, représente l'ensemble des fibres radiées thalamo-corticales, qui vont des couches optiques vers tous les points de la périphérie corticale. Ce système de fibres comprend dans son ensemble les fibres postérieures signalées par Kolliker, les fibres de la couronne de Reil, et enfin celles de la capsule interne, qui ne sont qu'une dépendance de ce système rayonné spécial, fibrillaire, constituant (1) un système à part du précédent, qui, en raison de sa connexion avec l'écorce et son noyau central, peut être dénommé système des fibres cortico-striées.

Ces fibres spéciales qui paraissent servir de trait d'union entre les régions psycho-motrices de l'écorce et les noyaux réputés moteurs du cerveau, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la transmission des incitations motrices intra-cérébrales.

II. Les pièces que je présente en ce moment ont pu, même à l'état frais, étant suffisamment durcies, recevoir une couche de plâtre qui a pris l'empreinte de leur relief et permis de conserver l'aspect naturel de leur état frais. C'est une méthode nouvelle que celle de l'emploi du plâtre dans ce domaine spécial de l'anatomie, qui permet de pouvoir conserver, soit pour les collections, soit pour les démonstrations des cours, des spécimens authentiques de tel ou tel département.

C'est ainsi qu'en dehors de ces deux systèmes de fibres cérébrales, thalamo-corticales et cortico-striées, dont j'ai pu avoir des moulages très expressifs, j'ai pu encore obtenir le relief (chose que je crois n'avoir encore été faite par aucun anatomiste), de ce noyau de substance grise spéciale, décrit par Stilling à la base du cerveau, et qui, à l'état normal, présente le volume d'un gros pois. Sur une de mes préparations, on voit cette petite masse nerveuse sous forme d'un demi-sphéroïde; et, sur une autre, on constate l'existence de la petite excavation qu'il a laissée dans les régions où il est situé.

III. Voici enfin le cerveau durci et momifié d'une hystérique morte dans mon service et qui présente, au point de vue de la disposition de certaines circonvolutions, des dispositions toutes spéciales, dont je me propose de donner une description complète. Je me borne pour le moment à vous signaler les particularités suivantes :

La malade, qui a succombé à des accidents étrangers à sa maladie primitive, était atteinte de phénomènes hystériques, dans lesquels c'était principalement l'excitabilité nerveuse, l'émotivité, qui était en jeu, les crises convulsives étant modérées et se caractérisant çà et là par des crampes douloureuses, des secousses généralisées qui ne laissent pas de traces permanentes.

Cette malade, qui pendant de longues années a subi des traitements multiples dans les hôpitaux, était en même temps hypnotisable ; mais, il faut bien le dire, les pratiques de l'hypnotisme n'ont jamais amené une sédation notable de son état nerveux.

Elle succomba à des accidents étrangers à sa maladie primitive, et son cerveau me présenta les principales particularités de structure que je vous signale :

L'irrégularité morphologique porte surtout sur le lobe gauche. Là on trouve, au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando, une disposition insolite que je n'ai pas encore rencontrée.

(1) Ces fibres rayonnantes, en raison de leurs connexions réciproques, sont vraisemblablement destinées à jouer un rôle important dans la dissémination des impressions sensorielles vers l'écorce.

C'est l'existence d'un pli supplémentaire qui vient du lobe ovalaire et s'interpose comme un coin entre l'extrémité de la pariétale ascendante qu'il projette en arrière et celle de la frontale ascendante qu'il projette en avant.

Sur ce même lobe, on constate encore un fort épaississement, surtout à la base de la pariétale ascendante, ainsi que les flexuosités multiples qu'il décrit.

Le lobe droit n'est pas intéressé dans la même région, et on voit que la circonvolution frontale ascendante est très nettement interrompue dans sa continuité et offre, par conséquent, une disposition insolite, que j'ai principalement rencontrée jusqu'ici dans le cerveau des aliénés chroniques anciens hallucinés.

En dehors d'autres dispositions de deuxième importance, je signalerai encore : 1° l'extrême développement des lobes carrés à droite et à gauche, fait important à noter pour les auteurs qui sont portés à considérer ces régions comme les territoires propres de la sensibilité et de l'émotivité psychique; et 2° la saillie non moins significative des régions du paracentral, fait qui coïncide encore avec certaines formes d'exaltation cérébrale, dont j'ai eu l'occasion de rencontrer quelques exemples intéressants.

L'examen superficiel du cerveau de cette hystérique hypnotisable me paraît destiné à avoir une certaine importance au point de vue de la classification des symptômes de l'hystérie dans les cadres nosologiques.

On voit donc par ce simple fait que, si l'hystérie est considérée comme un ensemble protéiforme de troubles dynamiques originaux, ces troubles dynamiques ne sont pas seuls à constituer la maladie. Ils expriment un désordre organique sous-jacent, un état cérébral souvent héréditaire, fatalement inhérent au sujet et qui est la caractéristique véritable de l'allure de son esprit et des manifestations névropathiques de toute sorte qu'il présente dans son évolution et auxquelles il ne peut se soustraire. On naît hystérique, on vit hystérique et on meurt hystérique : les nécropsies spéciales que j'ai eu l'occasion de faire à la Salpêtrière ne me laissent aucun doute à ce sujet.

M. GUSTAVE LAGNEAU revient, à cette occasion, sur la dernière communication de M. Luys. A propos des céphalomètres, il rappelle qu'avec le stéréographe de Broca on obtient rapidement des dessins très exacts.

De ses mensurations, M. Luys a conclu à la variabilité très grande du développement frontal, comparativement au peu de variabilité du développement occipital. Cette variabilité de la région frontale est confirmative des recherches statistiques de Parchappe, Lélut, Broca, de MM. Lacassagne et Cliquet, qui ont été amenés à reconnaître qu'en général, sauf quelques exceptions, l'intelligence est en rapport, non seulement avec le développement général du crâne, mais surtout avec le développement de sa partie antérieure.

Quant aux mensurations céphalométriques que M. Luys demande qu'on prenne chaque année sur les écoliers, bien qu'elles soient plus difficiles que les recherches faites en Allemagne et en Belgique sur la coloration des cheveux et des yeux d'un grand nombre d'élèves, elles auraient l'avantage de renseigner sur la marche lente ou rapide, normale ou anomale du développement crânien, suivant l'âge, le type ethnique, l'état de santé, le degré d'instruction, etc.

M. Lagneau constate que M. Luys, comme M. Dujardin-Beaumetz, et M. Rochard, s'élève contre le « surmenage intellectuel » trop souvent suivi « d'hébétude et de démence prématurée ».

M. LUYS ne pense pas que les appareils précédemment en usage aient été capables de lever toutes les difficultés qu'il s'est proposé de vaincre en imaginant ceux qu'il a présentés à l'Académie, et il donne à cet égard quelques explications nouvelles.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a eu pendant quelque temps dans son service la malade dont M. Luys vient d'entretenir l'Académie. Elle y a été traitée par Burq avec les préparations d'or. Cette femme a présenté les phénomènes les plus étranges et les plus extraordinaires de l'hystérie ; elle était hypnotique. Rien n'a pu modifier son état. M. Luys pense-t-il que dans tous les cas où

une semblable hystérie occupe toute la vie d'une femme, on doive trouver des lésions semblables à celles qu'il a constatées chez celle-ci?

M. LUYS avoue son ignorance absolue à cet égard. Le fait qu'il vient de rapporter n'est que le début d'une série d'études à faire. Il ne se croit pas autorisé, sur ce seul fait, à affirmer que l'hystérie est une maladie par malformation cérébrale. C'est l'avenir qui l'apprendra.

M. FÉRÉOL. Toutes les vieilles hystériques ont-elles cette circonvolution supplémentaire dont M. Luys vient de nous montrer un exemple; et inversement ne trouve-t-on pas cette lésion sur des sujets non hystériques?

M. LUYS. Je ne l'avais jamais vue.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 4 h. 1/2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 octobre 1886, M. Pouvreau, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions pour le premier trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le jeudi 14 octobre; il sera clos le samedi 20 novembre, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 octobre, et les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6 novembre (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours);

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 novembre.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 novembre 1886.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1885-1886. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 11 octobre, les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 11 et le mardi 12 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen de la Faculté, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les docteurs français; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Les cartes d'étudiant en médecine, pour l'année scolaire 1886-1887, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain 11 octobre 1886, à midi, pour la nomination aux places vacantes en 1887 d'internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, se composera de MM. les docteurs Berger, Duguet, Gallard, A. Gombault, Kirmisson, A. Marchand et Polaillon.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 14 octobre 1886, à quatre heures du soir, pour la nomination aux places vacantes en 1887 d'externes des hôpitaux et hospices civils de Paris, vient d'être tiré au sort. Les membres désignés sont MM. les docteurs Ballet, Bazy, Chantemesse, Gaucher, Hirtz (Edgard), Marchant et Richelot.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Druhen (Étienne), professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Sanderet de Valonne, nommé professeur honoraire.

M. Chapoy, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Druhen, appelé à d'autres fonctions.

M. Gauderon, suppléant des chaires de pathologie et clinique internes, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Druhen (Ignace), nommé professeur honoraire.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Held, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de pharmacie.

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux civils de Lyon s'ouvrira le lundi 7 avril 1887, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale des hôpitaux de Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 44. — Le registre d'inscription sera clos le vendredi 28 mars 1887, à quatre heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hommage à M. Chevreul. Sous ce titre, l'éditeur Félix Alcan publie une élégante plaquette contenant des mémoires scientifiques inédits dédiés à l'illustre savant et précédés d'une lettre dédicace de M. Berthelot. Ces mémoires portent les titres suivants : *Sur la préparation du gaz ammoniac*, par M. Berthelot; *Sur la sensibilité de quelques réactions spectroscopiques*, par M. E. Demarçay; la *Formule atomique des corps et leurs effets thérapeutiques*, par le docteur Dujardin-Beaumetz; *Du mécanisme et de la variation des êtres vivants*, par M. E. Gauthier, professeur de chimie à l'École de médecine; *Deux lettres inédites de Lavoisier*, par Ed. Grimaux, professeur de chimie à l'École polytechnique; *Les « Produits » en anatomie générale*, par M. G. Pouchet, professeur au Muséum; *Des mouvements inconscients*, par M. Ch. Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ce volume, de format in-4°, est imprimé avec grand luxe sur papier de Hollande, et sort des presses de l'imprimerie Chamerot.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20097

N° 118. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 9 OCTOBRE 1886. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales.

Dans une communication au Congrès français de chirurgie de l'année dernière, M. le docteur Redard a attiré l'attention de ses confrères sur la fréquence de la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales (voir le compte rendu de la séance du Congrès français de chirurgie, *Gazette des hôpitaux*, n° du 11 avril 1885). Il revient aujourd'hui sur ce sujet dans la *Revue de chirurgie* (nos d'août et de septembre), dans le but de donner quelques développements nouveaux à la question et de faire connaître les faits sur lesquels il a basé sa proposition.

Les observations très nombreuses qu'il rapporte, et dont le plus grand nombre ont été recueillies dans le service de M. le professeur Verneuil à la Pitié, se divisent en plusieurs catégories. Il y étudie successivement la glycosurie éphémère à la suite de lésions traumatiques, encéphaliques et médullaires; à la suite de traumatismes légers, de choc traumatique ou opératoire ; de plaies simples, de lésions inflammatoires de la peau, de tumeurs diathésiques enflammées; dans les phlegmons, la lymphangite, l'érysipèle ; dans l'anthrax ; dans la gangrène, et dans la septicémie.

La glycosurie éphémère s'est montrée presque constante, et presque toujours accompagnée d'albuminurie, à la suite des traumas encéphaliques et médullaires avec ou sans fractures, avec ou sans commotion ou contusion cérébrale ou médullaire. Cette variété de glycosurie était signalée depuis longtemps. Il en a été publié de nombreux exemples. Mais peu d'auteurs ont décrit, dans ces cas, des lésions de la moelle allongée et du plancher du quatrième ventricule. C'est par une observation de ce genre que M. Redard commence sa série.

La glycosurie a été rencontrée souvent à la suite de traumatismes légers. Dans plusieurs cas, M. Redard a noté la présence du sucre dans l'urine des blessés atteints de fractures sous-cutanées, sans commotion ni retentissement général. Exemples : un cas de fracture du radius au tiers inférieur, un cas de fracture de la clavicule.

Dans les cas de plaies simples enflammées, la glycosurie s'est montrée d'une fréquence extrême, presque constante.

La glycosurie a été trouvée toujours dans les phlegmons, particulièrement dans les phlegmons diffus.

La détermination de la glycosurie éphémère dans l'anthrax présentait plus d'une difficulté. Il s'agissait d'abord de ne tenir compte que des glycosuries se montrant dans le cours de l'évolution de l'anthrax, et non des diabètes parfaitement confirmés, compliqués, à une certaine période, d'anthrax. Les observations dans lesquelles la glycosurie éphémère, dans l'anthrax, est nettement établie sont très peu nombreuses dans les annales de la science. Dans les cas que M. Redard a directement observés et étudiés, il s'agit de malades antérieurement bien portants et n'ayant présenté à aucun moment des signes de diabète. Au début de l'anthrax, les urines étaient normales à la période d'élimination, surtout lorsque l'inflammation avait une forme diffuse ; lorsque la fièvre devenait vive, la glycose se montrait dans l'urine en quantité notable pour disparaître au moment de la guérison et ne plus se montrer dans la suite.

La glycosurie éphémère a été observée fréquemment dans la gangrène, principalement lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes inflammatoires.

Enfin, dans la septicémie, surtout lorsqu'il existait des complications pulmonaires, M. Redard a fréquemment rencontré la glycosurie et l'albuminurie éphémères, notamment dans un cas de phlegmon de la main, suivi de septicémie et terminé par la mort.

Voici quelques-unes des conclusions que M. Redard a cru pouvoir tirer de ses observations.

D'abord la fréquence des glycosuries éphémères, que l'on trouve dans les affections chirurgicales variées.

La glycosurie éphémère accompagne fréquemment l'albuminurie éphémère. Elles se remplacent quelquefois réciproquement.

Dans ses observations, la glycosurie éphémère s'est presque toujours accompagnée de polyurie passagère, d'augmentation de la quantité d'urée et de la densité de l'urine. La glycose peut être remplacée par de fortes proportions d'urates, d'oxalates, de phosphates.

Les affections chirurgicales qui s'accompagnent de glycosurie passagère sont extrêmement variées. Observée assez souvent à la suite de traumatismes légers, de fractures sous-cutanées, elle est beaucoup plus fréquente et presque con-

stante à la suite de phlegmons graves, gangréneux, à la suite d'anthrax, de lymphangites et d'érysipèle, revêtant un certain degré de gravité, dans un grand nombre de cas de suppuration, au moment de la formation d'abcès.

Il ressort des observations, qu'il existe un rapport bien évident entre la formation du pus et l'apparition de la glycosurie.

Dans presque toutes les observations de phlegmons, d'érysipèle, de septicémie, le sucre est apparu alors qu'il y avait hyperthermie, et les phénomènes généraux graves disparaissaient alors que la température s'abaissait et que les phénomènes alarmants n'existaient plus.

Les affections septicémiques paraissent être celles dans lesquelles on observe le plus souvent la glycosurie éphémère.

Dans la grande majorité des cas, la glycose n'apparaissait dans l'urine qu'à la suite de perturbations graves retentissant sur toute l'économie.

Il y avait lieu de se demander si cette apparition n'était que l'exagération momentanée d'un phénomène normal, ou bien s'il s'agissait, dans ces cas, d'un rappel de glycosurie chez des diabétiques, ou enfin d'un diabète intermittent.

D'après l'examen attentif de ses observations, M. Redard a été conduit à penser qu'il a eu affaire, dans la majorité des cas, à de véritables glycosuries éphémères, analogues aux albuminuries éphémères (voir à ce sujet le mémoire sur l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie, lu à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 11 juin dernier, et la courte discussion qui s'en est suivie, — *Gazette des hôpitaux*, n° du 22 juin 1886). L'interrogatoire des malades, leurs antécédents, ne lui ont pas permis de penser que la glycosurie constatée pût se rattacher au diabète.

Quant à la cause de l'apparition du sucre dans les urines, à certains moments, dans le cours des affections chirurgicales, c'est une question que M. Redard ne s'est pas cru en mesure de résoudre, vu l'insuffisance de nos connaissances sur la production et sur l'élimination dans notre organisme du sucre à l'état normal. Le champ des hypothèses est ouvert à cet égard; nous ne suivrons pas M. Redard dans l'exposé de celles qu'il passe en revue. Bornons-nous à constater, grâce à ses intéressantes observations recueillies avec un soin minutieux, le fait clinique qu'elles démontrent et l'importance qu'il y a à le connaître et à en tenir compte.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'eucalyptol.

Il y a quelques mois, peu de jours avant l'époque de l'interruption temporaire annuelle de ma collaboration à la rédaction de la *Gazette*, parcourant les salles des divers services de l'hôpital Laënnec, j'arrivai dans le service de M. Ball, où il me fut montré plusieurs malades atteints à divers degrés, mais en général à des degrés avancés, de phthisie pulmonaire. Ces malades étaient actuellement soumis, avec l'assentiment du chef du service, à une expérimentation thérapeutique par les injections sous-cutanées d'eucalyptol. Des renseignements fournis sur leur état au moment de leur entrée à l'hôpital, de leur interrogatoire et de l'examen de leur état présent, il résultait cette impression que tous, à des degrés divers, avaient éprouvé un amendement notable, tout au moins dans leur état général, — j'étais moins en mesure d'apprécier le degré et l'étendue des modifications qui avaient pu survenir dans les lésions locales. — Cette impression me laissa naturellement le désir de connaître, avec plus de détails que je n'avais pu en recueillir en si peu de temps, le mode de préparation et le dosage de l'agent soumis à l'épreuve, le procédé opératoire et les effets ultérieurement obtenus. J'ai été servi à point, à mon retour, par l'expérimentateur lui-même, M. le docteur J. Roussel, qui a bien voulu mettre à ma disposition le résumé d'une communication qu'il a faite sur ce sujet à la Société de médecine pratique et à la Société médicale du quartier de l'Élysée.

Disons d'abord comment M. Roussel a été amené par une série d'études préalables sur la méthode des injections sous-cutanées ou parenchymateuses, en général, et sur la meilleure instrumentation et les meilleurs procédés, aussi bien que sur l'emploi des divers agents antiseptiques sous cette forme, au choix qu'il a fait de l'eucalyptol pour le traitement de la phthisie.

Partant de ce principe que la méthode de la pénétration des médicaments actifs dans l'économie par les voies intra-veineuses ou hypodermiques doit, dans l'avenir, être de plus en plus substituée à l'introduction par la voie stomacale, c'est à cette méthode, qui tend à se généraliser, comme on a pu le voir encore par quelques-uns des faits exposés dans notre dernière Revue, qu'il s'est arrêté pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Le choix de l'essence d'eucalyptus lui a été inspiré par l'observation de ce fait, que l'élimination de cette essence se produit spécialement par les bronches, l'haleine s'imprégnant rapidement de son odeur spéciale, quelle qu'ait été la méthode d'absorption. L'effet connu de la désinfection des plaies de mauvaise nature par l'essence d'eucalyptus, conduisait naturellement à penser que les plaies laissées dans le poumon par la fonte des tubercules seraient utilement modifiées par les effluves eucalyptiques imbibant le parenchyme pulmonaire. De là l'indication.

Mais comment et sous quelle forme injecter l'essence d'eucalyptus?

Les solutions d'extrait et l'eau distillée se sont montrées insuffisantes, n'apportant dans l'haleine que des effluves insignifiantes et passagères. L'essence, au contraire, à peine injectée sous la peau, répand dans le courant sanguin sa substance volatile, mais dès ses premiers essais M. Roussel a été arrêté par la très vive douleur produite par l'injection.

Ayant vu à l'exposition de Vienne, en 1883, un eucalyptol plusieurs fois distillé, qui, après élimination par décantation et filtration d'une résine amère et âcre, ne laissait plus qu'une partie limpide, transparente, d'une saveur plus douce et plus fine que celle des autres essences, c'est avec cet eucalyptol ainsi rectifié qu'il a repris et poursuivi ses expériences.

A dater de ce moment, les injections ont cessé d'être douloureuses et ont été facilement tolérées, sans accidents locaux ni généraux.

Bref après des recherches sur la quantité et la quotité des doses nécessaires, M. Roussel s'est arrêté au traitement suivant, qu'il emploie depuis quatre ans sur des phthisiques à toutes les périodes de la maladie et dans toutes ses formes.

Il fait, pendant la première semaine, une injection par jour de 20 à 30 centimètres cubes d'eucalyptol, puis il continue régulièrement tous les deux jours, soit trois fois

par semaine, une injection de 0,30 à 0,40 pour arriver à 0,80, dose qu'il trouve rarement utile de dépasser, mais qu'il croit pouvoir être portée à plus d'un gramme, sans perturbation dans l'état du sujet.

L'essence doit être toujours injectée absolument sous le derme, sous peine de vives douleurs. La hanche est le lieu d'élection.

Trois ou quatre minutes après l'injection, le malade annonce la perception dans la bouche et dans le nez de l'odeur caractéristique; elle persiste pendant cinq ou six heures pour les premiers jours, et dès la seconde semaine elle reste persistante.

A la sixième ou dixième injection, en général, les malades constatent eux-mêmes que leurs crachats, de verts, gris ou rouillés, massifs et gluants qu'ils étaient, sont devenus d'un jaune pâle ou blancs, liquides, mousseux, et se détachent beaucoup plus facilement le matin. En même temps disparaissent les quintes de toux si déchirantes et si pénibles. Enfin ils conviennent qu'ils n'ont plus le goût désagréable et fétide qui leur venait à la bouche et provoquait souvent le vomissement. Ils ont beaucoup moins mal à la gorge, avalent plus facilement, mangent avec appétit, respirent beaucoup mieux, dorment toute la nuit, vont et viennent dans la journée; en somme, ils sont très satisfaits.

A cette même époque, l'auscultation et l'examen des crachats permettent de reconnaître que la respiration et la sonorité ont reparu dans les points mats, que les bruits stéthoscopiques ont diminué d'intensité et d'étendue.

Le résultat de plusieurs de ses examens microscopiques de crachats pris avant, pendant et après le traitement, lui ont montré que, chez une vingtaine de phthisiques confirmés, à diverses périodes de la maladie, dont les crachats fourmillaient de microbes caractéristiques de Koch, après une trentaine d'injections, il fallait répéter de nombreuses recherches pour trouver dans les expectorats du matin quelques rares bacilles. Après un traitement variant de deux à trois mois et demi, ces examens microscopiques ont été négatifs.

Tels sont les faits exposés par M. J. Roussel. Ils demandent vérification et confirmation.

Tumeurs adénoïdes du pharynx.

M. le docteur Henri Chatellier, ancien interne des hôpitaux de Paris et aide-préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté, vient de publier une très bonne monographie sur les tumeurs adénoïdes du pharynx. Bien que, sans parler des ouvrages des médecins anglais, allemands, belges et hollandais, nous possédions déjà dans notre langue de très estimables travaux sur ce sujet, ceux notamment de MM. Lœwenberg et Calmettes, nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux un rapide exposé des faits principaux contenus dans le travail de M. Chatellier, sur une affection encore peu connue de la majorité des praticiens.

De l'étude anatomique et anatomo-pathologique, à laquelle s'est livré d'abord M. H. Chatellier, il ressort que les tumeurs adénoïdes du pharynx sont constituées par le tissu adénoïde de His, qu'elles ne contiennent aucune trace de dégénérescence graisseuse des éléments anatomiques ni de fibres nerveuses à myéline; — ce qui est en concordance avec les observations de M. le professeur Cornil.

Au point de vue étiologique, il y a à tenir compte du rôle important de l'hérédité, de l'influence du tempérament lymphatique et de la constitution strumeuse. L'étiologie des tumeurs adénoïdes est inséparable de celle de l'angine granuleuse. Aussi coïncident-elles très souvent ensemble. L'une comme l'autre lésions procèdent des deux mêmes éléments : une irritation d'intensité variable suivant l'âge et une prédisposition définie.

Les symptômes sont fonctionnels ou physiques.

Quels sont les symptômes fonctionnels ? Des troubles de la respiration, une diminution ou même, dans certains cas extrêmes, la suppression complète de la respiration nasale.

Des troubles de la phonation, résultant de l'altération des parois du conduit *porte-son* (le pharynx) et de l'oblitération des cavités de résonnance, qui entraînent des changements dans le nombre et la quantité des harmoniques qui se superposent au son fondamental et en altèrent le timbre. D'où l'impossibilité de prononcer certaines voyelles, les ondes sonores ne pouvant aller résonner dans le diverticule nasal et y produire les harmoniques qui donnent au son le timbre nasal.

Des troubles de l'articulation : les tumeurs adénoïdes, en comblant la cavité de la voûte pharyngienne, s'opposant à toute résonnance nasale et à la prononciation correcte des consonnes *m*, *n*, par exemple.

Les symptômes physiques sont révélés par les divers modes d'exploration, la rhinoscopie antérieure et postérieure et l'exploration digitale. Nous n'avons pas besoin d'y insister.

Les complications nombreuses et parfois sérieuses des tumeurs adénoïdes du pharynx, telles que l'inflammation, la pharyngite notamment, les altérations consécutives de la face, les déformations du thorax, les troubles de l'audition (otite moyenne), méritaient une description à part, qui complète cette intéressante monographie.

Les tumeurs adénoïdes ont une évolution déterminée et limitée, qu'il n'était pas moins utile de faire connaître.

C'est de quatre à six ans que le tissu adénoïde du pharynx nasal atteint tout son développement. Cet état se prolonge pendant plusieurs années, jusque vers la dixième ou même la quinzième. A partir de ce moment, le tissu adénoïde entre dans une phase régressive. Mais ces tumeurs laissent presque toujours après elles les traces de leur existence. Elles ne récidivent pas.

Le traitement de l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal, vainement tenté par des moyens purement médicaux, doit être chirurgical. Celui auquel on accorde généralement la préférence est l'ablation. Le procédé le plus usité consiste à couper et à arracher les tumeurs au moyen d'une pince (soit la pince de Lœwenberg, soit l'adénotome de Delstanche). Le manuel est le même, quel que soit celui de ces deux instruments dont on se serve.

Le malade étant assis en face de l'opérateur, la cavité buccale, éclairée au moyen d'une lumière directe ou réfléchie, celui-ci, pendant qu'il abaisse la langue de la main gauche, introduit par la main droite la pince fermée, les mors à plat jusqu'au fond de la bouche, puis élevant les mors en haut par un mouvement de rotation autour du grand axe de l'instrument, il les fait pénétrer en arrière du voile du palais. Arrivé en ce point, on ouvre les mors de l'instrument, en le portant aussi haut que possible, puis on les rapproche en exerçant une pression suffisante,

et par un mouvement de torsion on détache la portion du tissu saisi.

Dans les différentes séances que nécessite habituellement cette opération, il faut avoir le soin de porter l'instrument dans tous les points de la cavité naso-pharyngienne, afin d'enlever autant que possible tout le tissu hypertrophié.

L'hémorrhagie qui suit l'opération n'a pas de gravité et s'arrête au bout de quelques instants.

La réaction inflammatoire consécutive est nulle ou à peine sensible.

La cautérisation, érigée par certains auteurs en méthode générale, doit être réservée, d'après M. Chatellier, pour terminer le traitement, alors que le pharynx nasal est déblayé des masses adénoïdes et qu'il n'y reste plus que de petits amas isolés ou étendus en nappe. Les caustiques chimiques les plus employés, en pareil cas, sont le nitrate d'argent et l'acide chromique cristallisé.

Reste à obvier aux complications, telles que la pharyngite granuleuse, qui accompagne souvent les tumeurs adénoïdes; les déviations de la cloison du nez, l'état béant de la bouche, les troubles auriculaires, etc.

OBSERVATION DE PURPURA HÉMORRHAGICA

Par M. le docteur PONS SIMON.

T... E., âgé de vingt et un ans, tempérament sanguin, constitution paraissant jusqu'ici très robuste, s'est alité le 15 juin, se plaignant d'un violent mal de tête et de douleurs dans les membres. Son père étant rhumatisant de longue date, je fus porté à diagnostiquer un rhumatisme articulaire, d'autant plus que la douleur siégeait principalement aux articulations du cou-de-pied et du genou des deux membres (articulations offrant un léger gonflement et une exacerbation de la douleur à la pression), et, d'autre part, que l'auscultation du cœur me révélait un affaiblissement des bruits normaux et des frottements de péricardite. Le malade, de pauvre condition, me déclara avoir souvent couché à la campagne dans des cabanes, et avoir eu beaucoup à souffrir de l'humidité : conditions favorables à mon diagnostic. L'appétit était conservé ; la langue plutôt rouge que saburrale, sans fuliginosités des gencives. La fièvre ne dépassait jamais 38 degrés.

Je prescrivis la médication antirhumatismale ordinaire : salicylate de soude, purgatifs légers et quotidiens, frictions calmantes sur les parties douloureuses.

Quelques jours après, je revis mon malade ; les douleurs articulaires avaient disparu, le mal de tête seul persistait. Il se plaignait aussi de démangeaisons insupportables survenues pendant la nuit. Je découvris, en effet, sur le thorax et l'abdomen, une éruption vésiculeuse ressemblant fort à une miliaire ; les vésicules, très petites, en saillie, contenaient une gouttelette de liquide séreux ; l'espace séparant les vésicules les unes des autres était d'un rouge vineux, et, sans les vésicules, on aurait dit une large plaque de scarlatine. La fièvre n'avait pas augmenté. Je fis saupoudrer le tout avec de la poudre de riz ; cinq jours après, la desquamation commençait.

La céphalalgie et l'insomnie persistaient encore ; le malade devenait de plus en plus triste ; il s'anémiait progressivement. J'examinai les urines : elles renfermaient de l'albumine en petite quantité. La médication antirhumatismale fut remplacée par les toniques, extrait de quina, préparations ferrugineuses. Le malade se maintint dans cet état jusqu'au 15 juillet, époque où il eut dans la même journée quatre épistaxis assez abondantes. A mon arrivée, je fus tout surpris de découvrir sur presque tout le corps, et régulièrement espacées, des taches de purpura. Les parents avaient bien remarqué ces taches, mais ils les prenaient pour des piqûres de puce. Ces macules étaient de la grandeur de piqûres de puce fraîchement faites, d'un rouge écarlate, régulièrement arrondies, et presque symétriquement disposées ; l'espace de peau saine qui séparait les macules les unes des autres était assez considérable. En même temps le malade urinait difficilement ; il y avait du sang dans les urines.

La médication tonique fut largement instituée : vin de quinquina, sirop de protoiodure de fer, perchlorure de fer liquide (40 gouttes par jour dans un verre d'eau sucrée). L'amélioration ne tarda pas à se produire ; les macules devinrent plus ternes et s'effacèrent ; les épistaxis et l'hématurie ne vinrent plus aggraver la situation ; mais avec la complète disparition de ces symptômes, coïncida l'apparition d'une nouvelle poussée du rhumatisme sur les articulations ; l'épaule et le poignet des deux membres supérieurs furent pris, et ces douleurs articulaires ont nécessité une cure aux eaux d'Amélie-les-Bains, d'où le malade est revenu le 15 septembre dans un état à peu près satisfaisant.

Dans cette observation, doit-on rattacher comme étiologie le purpura à cette poussée rhumatismale du début ou à cette éruption vésiculeuse survenue inopinément ? ou bien la miliaire et le purpura ne sont-ils pas des expressions successives d'un même état, état rhumatismal ? M. Jaccoud, dans l'étiologie fort obscure du purpura, cite les mauvaises conditions de température et d'habitation, conditions favorables aussi à l'explosion du rhumatisme. Je serais porté à croire que le purpura hemorrhagica ne constitue jamais une entité morbide bien définie. Ne serait-ce pas plutôt un symptôme consécutif à une altération du sang ou à un état particulier des vaisseaux capillaires, altération et état particulier dépendant eux-mêmes d'une diathèse agissant profondément sur l'économie ?

Ici le rhumatisme a fourni le terrain, il a été la cause débilitante : il est vrai que l'anémie, la scrofule, la tuberculose, une fièvre, etc., pourraient en faire tout autant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre 1886. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Imperforation de l'hymen. — M. LE DENTU fait un rapport sur un cas d'imperforation de l'hymen, observé, par M. Ozeski (de Montgeron), chez une jeune fille de quatorze ans. Cette malade souffrait beaucoup. M. Ozeski, après avoir fait le cathétérisme de la vessie, ponctionna l'hymen et retira 575 grammes de liquide sanguin. Les suites de l'opération furent simples. Un an après, M. Ozeski fut obligé de compléter l'incision qu'il avait faite. Ce fait vient en corroborer d'autres du même genre.

Sondes à demeure. — M. LE DENTU présente deux sondes imaginées par M. Bruch (d'Alger). On sait la difficulté qu'on éprouve à faire rester à demeure dans la vessie des sondes molles. C'est dans le but de parer à cette difficulté que M. Bruch a fait construire ces deux sondes. L'une contient un petit mandrin de baleine et n'est qu'une modification de la sonde de M. Le Fort. L'autre est molle dans les trois cinquièmes de son étendue et ferme dans les deux autres cinquièmes. Cette invention paraît avantageuse, et M. Le Dentu se propose de l'employer.

M. MARC SÉE croit que toutes ces inventions sont inutiles. Il se contente de traverser la sonde avec une épingle anglaise qui suffit très bien pour la fixer.

M. LE DENTU n'aurait pas confiance dans ce mode de fixation, la sonde sortant très facilement de l'urèthre.

M. TERRIER préfère de beaucoup les sondes molles aux sondes rigides comme étant bien moins pénibles pour les malades.

M. DESPRÉS, très partisan de la sonde à demeure dans un grand nombre de cas, emploie la vieille sonde en gomme qui ar-

rive à être très bien supportée. Toutefois il reconnaît que l'appareil présenté par M. Le Dentu peut avoir son utilité.

M. LE DENTU fait observer qu'il n'est pas question de discuter l'opportunité de la sonde à demeure. Dans les cas où elle est indiquée, et il y en a beaucoup, il importe d'en assurer la fixation. Tous les artifices tendant à ce but sont donc utiles.

Articulation temporo-maxillaire ; sa luxation. — M. FARABEUF fait une communication sur l'articulation temporo-maxillaire au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

Il fait d'abord observer que l'apophyse coronoïde occupe un siège très variable selon les individus ; tantôt elle est très basse, au niveau du point sous-malaire ; tantôt très haute, à 30 millimètres au-dessus de ce point. Dans ce dernier cas, la luxation paraît impossible. En second lieu, la distance qui sépare la branche montante du maxillaire inférieur du point sous-malaire varie de 5 à 20 millimètres. Quand elle est de 20 millimètres, la luxation par contact osseux est également impossible.

Passant ensuite en revue les ligaments et les muscles de cette articulation, M. Farabeuf entre dans diverses considérations à l'aide desquelles il cherche à expliquer les causes de la luxation et de sa fixité. Il conclut en admettant trois variétés de luxation ou trois conditions de permanence de cette luxation :

1° Accrochement sous-malaire (il n'est pas souvent possible);

2° Contact rétro-malaire ;

3° Point de contact osseux en raison de la conformation anatomique, et alors tension des ligaments sphéno et stylo-maxillaires.

Il résulte de ces considérations que pour réduire il faut exagérer la béance de la bouche avant d'exercer la propulsion.

M. PONCET croit devoir à son collègue M. le professeur Mathieu, de répondre quelques mots à M. Farabeuf sur la théorie qu'il vient d'exposer.

Tout ce qu'il a dit sur le rôle des ligaments a été particulièrement bien décrit par M. Mathieu qui a bien vu cette disposition des ligaments et le rôle double du ménisque articulaire. Pour lui, la permanence des luxations sous-méniscoïdes tient à l'interposition du fibro-cartilage, et il admet bien là quelque chose d'analogue aux luxations du pouce : la difficulté, c'est le refoulement du bourrelet du ménisque, comme cause de réduction.

M. Farabeuf n'a rien dit qui détruise cette assertion.

Quant à la théorie de l'accrochement et du contact, j'avoue qu'avec la présence du muscle crotaphyte, elle n'est point impossible à admettre comme cause de difficulté dans la réduction.

Le tendon du muscle s'oppose toujours à cet accrochement de l'apophyse coronoïde.

M. Farabeuf ajoute, dans la partie réellement neuve de son travail, la théorie du contact à celle de l'accrochement.

Là encore, il m'est impossible d'admettre qu'un contact soit un obstacle à la rentrée du condyle.

Le centre du mouvement de la mâchoire se trouvera toujours aux environs de l'angle, par la conformation même du maxillaire supérieur, ce qui n'exclut pas dans la région articulaire des centres multiples pour le ménisque, et c'est en abaissant l'angle de ce mouvement aux molaires, que vous ferez basculer le condyle en arrière de la portion transverse.

M. TILLAUX est absolument partisan de la théorie musculaire. Il n'y a pas, dit-il, de luxations de la mâchoire irréductibles. Il estime que la luxation se produit dans un mouvement forcé pendant le bâillement. Il est convaincu que c'est le changement de direction des muscles qui maintient la mâchoire dans sa nouvelle situation. C'est ce qui se passe dans toutes les luxations. M. Tillaux n'accepte donc pas la théorie ligamenteuse ; ce sont les muscles qui sont en cause et non les ligaments. Il faut donc mettre les muscles dans le relâchement. C'est une erreur de M. Farabeuf de croire qu'il faut, pour réduire, exagérer la béance de la bouche, car on augmente ainsi la luxation.

M. Tillaux se rattache donc à la théorie musculaire pure et simple pour expliquer le maintien de la luxation.

M. FARABEUF n'a voulu que montrer des causes de permanence de fixité et non d'irréductibilité.

Extraction d'une fourchette introduite dans l'estomac. — M. POLAILLON présente le malade auquel il a extrait une fourchette. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 911.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins.

Par M. Ch. Desmaze.

Dans son *Trésor judiciaire de la France* (1), M. Charles Desmaze, ancien conseiller à la Cour impériale de Paris, a relevé d'après leurs registres les curiosités des anciennes justices. On lira avec intérêt le chapitre que nous en détachons et qui a pour titre : « Barbiers et médecins ».

I

On connaît peu l'histoire de la médecine et de la chirurgie au moyen âge. On s'imagine que les médecins de nos pères étaient des ignorants et des charlatans, semblables à ceux dont Molière a tracé des portraits (2). On croit que la science n'avait rien à voir dans la médecine telle qu'on la pratiquait à cette époque, et que les procédés curatifs des malades étaient tous puisés dans un empirisme irréfléchi ou dans des visions extravagantes. Cet état de choses était général ; mais il n'était pas sans quelques éclatantes exceptions.

Dans la seconde moitié du xe siècle plusieurs chirurgiens fameux, chassés d'Italie par les désordres civils, cherchèrent un asile en France. Ils y apportèrent les traditions de la science antique et les œuvres des Arabes, notamment d'Aboul-Kasis, que l'on peut regarder comme le restaurateur de la chirurgie. Plusieurs de ces exilés vinrent enseigner à Paris, et formèrent une école célèbre connue sous le nom d'École des Quatre-Maîtres. Avant eux, la médecine et la chirurgie formaient, en France, deux arts séparés, rivaux, ennemis. Les maîtres italiens proclamèrent l'union intime de la médecine et de la chirurgie, union qui fut des siècles à s'accomplir, empêchée qu'elle était par des passions étroites et égoïstes. Toutefois, s'ils ne purent faire prévaloir leurs idées, ils trouvèrent quelques imitateurs, parmi lesquels brille au premier rang Henri de Mondeville, dont M. le docteur Chéreau a fait connaître la vie et les ouvrages dans une notice étendue (3).

A partir du XIIe siècle, l'étude de la médecine fut interdite aux prêtres et aux moines (4) ; les docteurs étaient astreints au célibat, et cette règle subsista jusqu'à la réforme opérée dans l'Université par Guillaume d'Estouteville en 1452.

Paul IV, Pie IV, défendirent aux juifs d'exercer la médecine, et cette interdiction fut renouvelée par Grégoire XIII (bulle du 30 mars 1581).

Dès 1285, il y avait au palais du Roi Philippe le Bel deux médecins ou physiciens : maître Foucques de la Charité, médecin devers Madame la Royne, et maître Dudes. Chacun avait dix-huit deniers de gages par jour, trois provendes d'avoine et deux valets, deux surgiens servant par quartier.

---

(1) In-8°. — Paris, 1867. Henri Plon.

(2) L'Université de Cordoue était déjà florissante lorsque l'Université de Paris naissait à peine. — Averrhoës enseignait à Cordoue, et son disciple Maïmonide a laissé (1139-1208) de nombreux ouvrages de médecine, parmi lesquels on signale encore aujourd'hui son *Traité des poisons* ou *Traité Fadhiliteh*, dont un triple manuscrit, exploré et traduit par M. Rabbinowicz, se trouve à la Bibliothèque nationale de Paris. Maïmonide conseille contre les piqûres de serpent les pratiques encore opérées de nos jours : ligature, débridement et succion de la plaie.

(3) Mondeville fut chirurgien de Philippe le Bel.

(4) Alfred Franklin, *Recherches sur la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris*. — Aubry, 1864.

« C'est l'ordonnance de l'ostel le Roy Philippe, faite à Vicenes le lendemain de la S. Vincent de l'an MCCIIIIXXV. »

En 1289, on voit cinq médecins : Dudes, Jean de Rosai, Robert Lefèvre, Foucques de la Charité et Guillaume d'Aurillac.

Une ordonnance sans date, paraissant être de la fin du XIIIe siècle, accorde à un conseil « de VI des meilleurs et des plus loiaus cyrurgiens de Paris, par le prevot de Paris esleus, lesquels ont juré sur sains, que ens bien et loyaument encercheront et examineront ceus qu'ils creront et cuideront qu'ils soient dignes d'ouvrer, et n'en déporteront ne greveront, ne par amour ne par haine. Et bandront par écrit les noms de ceux qui seront dignes et de ceux qui ne seront dignes d'ouvrer.

« Les VI jurés auront pour mestier, le quart denier des amendes prononcées contre les contrevenans.

« Les noms des VI jurés exameneurs son teil : mestre Henri dou Perche, mestre Vincent son flux, mestre Robert le Convers, mestre Nicholas son frère, mestre Pierre des Hales et mestre Pierre Jire (1). »

— Le 28 mars 1278, « donné à une fame, qui garit monseigneur Robert de son œil, por poivre qui lui estoit entré dedans (2). »

— En 1301, tous les vingt-six barbiers de Paris approuvèrent l'acte suivant : « L'an de grâce mil trois cenz et j., le lundi après la mi aoust, furent semons tuit les barbiers, et il leur fu defendus, sus peine de cors et de avoir qu'ils n'ouvreront de l'art de cirurgie, devant ce qu'il soit examinez des mestres de cirurgie.

« Item, que nul barbier, si ce n'est en aucun besoin d'estancher le blessé, il ne se pourra entremettre dudit metier, et sitôt que il aura atenchié ou afeté, il le fera sçavoir à joustice, c'est à savoir au prevot de Paris. »

On tenta plusieurs fois de renouveler cet ordre aux médecins de déclarer les blessés; on essuya de nobles refus.

— « Le ban des barbyeurs de Douai (quatorzième siècle) défend que nul barbyer ou barbyeresse ne reche, ne sainne, ce qui doit être pratiqué par personne à ce commise par especial, ne faisant métier de barbyer. — Que aucun desdits barbyeurs ou barbyeresse n'aille ou envoie cliquetant aval la ville, disant de maison en maison : Voulez-vous rere? sous peine de quarante sols d'amende. — Que nuls desdits barbieurs ou barbieresses ne rasent le dimanche, si ce n'est nouveau prestre ou nouvelle couronne, ou enfant nouveau-né, ou personne, par nécessité, commandant de le faire. — Qu'ils ne soient si hardis barbyers ou barbyeresses de jeter dans l'eau ou rivière de cette ville le sang des saignées par eux faites, mais le portent dans les champs, avec les chaviaulx des rasures qu'ils auront, le plus loin de la ville qu'il sera possible, et qu'ils les enfouissent ou fassent enfouir, à peine de dix livres d'amende et de bannissement de la ville (3). »

1303 — « Le lundi après la Sainte-Luce, sentence consulaire prononcée dans la maison de Moissac et condamnant à cinquante sols d'amende une femme lombarde pour avoir, dans une dispute, souhaité à une autre femme le *mal vénérien*. » Cette terrible maladie, que François Ier aurait prise en Italie et à laquelle il aurait succombé, ne serait pas d'origine américaine, puisqu'elle était connue à Moissac *cent quatre-vingts ans au moins avant la découverte du nouveau monde*.

Ce point constaté désormais, nous devons une réhabilitation à l'Amérique; mais alors d'où vient donc, Seigneur, votre fléau (1)?

1351. — L'opération de la cataracte fut effectuée sur Gilles ou Gillon le Muist, abbé de Saint-Martin de Tournai, par Jehan de Mince (2). Gilles, alors âgé de quatre-vingts ans, recouvra bientôt la vue.

— Il y avait en France des médecins publics, comme il y en avait dans la Grèce ancienne, d'après les découvertes de la science (3).

— A Valenciennes, « maistre Jehan Lemie avait (1348) comme médecin, pour le pension de la demi-année..... x livres. »

Il lui est en outre alloué :

« Pour le lewier de 1 keval qu'il eust, quand on alla à Goumegnies..... II sols VI deniers. »

— « A mestre Jehan Lemie, par l'assens dou prouvost et des jurés et dou conseil de le ville, le mierkedi, devant le jour de mai, pour amender son service de le labeur qu'il avoit eu de plusieurs navrés warir, et pour le cure qu'il fist à chiaus qui furent navrés entre deux pons d'Anzaing;..... x livres (4). »

Chirurgiens de Paris. Règlement de 1311, 14 mars 1373. — « Une femme peut être barbière, mais non saigner, ne voir le lieu ne autre de faits de chirurgie, si ce n'est par valets, qui seront examinés par aucuns de la Cour. »

— Lettres de Charles V au Louvre (décembre 1372), qui maintiennent les barbiers de Paris dans le droit de panser les clous, bosses, les apostumes et les plaies non mortelles (5).

Mai 1396. — Lettres de Charles VI relatives aux démonstrations anatomiques de la Faculté de Montpellier.

— Le neveu de l'archiâtre du défunt roi Charles V, Guibert de Celsoy ou de Salceto, doyen de la Faculté de médecine de Paris, fut mandé près de Charles VI.

Le neveu était l'héritier des secrets de son oncle comme il était l'héritier de sa fortune et de sa maison de la rue Saint-Jacques, adossée à l'église Saint-Séverin et portant pour enseigne une croix de fer.

On alla donc le quérir chez lui, et on le mit en présence du royal malade. Antoine Guibert de Celsoy passait pour un médecin de grande valeur comme son oncle. Son épitaphe, qu'on lisait encore, il y a quelques années, dans la petite église de Saint-Maur, au village de Celsoy, près de Langres, affirme que :

Maître fus es arts excellent
Et en médicine ensenient,
De la practique souverain
Pareil n'avoit en corps humain.

Il ne fallait plus songer à déclarer incurable la maladie de Charles VI, car on avait pendu, peu de temps auparavant, deux cordeliers appelés en consultation, et qui avaient déclaré la science humaine impuissante contre un mal surnaturel, selon eux. Cette déclaration faite, on les obligea à exorciser le Roi, et le Roi se trouvant plus mal après les exorcismes, on envoya au gibet les pauvres moines, sous prétexte qu'au lieu de chasser les mauvais esprits, ils en avaient invoqué de plus redoutables encore.

Donc, Antoine Guibert, après avoir mûrement étudié, pendant plus d'une semaine, les symptômes de la démence du Roi, déclara que toute maladie mettait à s'en aller autant de temps qu'elle avait mis à venir, et il entreprit la cure.

Vers la sixième année du traitement de Charles VI, Antoine Gui-

(1) *Ordonnances relatives aux métiers de Paris*, par Depping.

(2) A. Monteil, *Traité des matériaux manuscrits.* — Voir à la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Montpellier un manuscrit du XVIIIe siècle, contenant : 1° serment des chirurgiens; 2° statuts accordés aux chirurgiens par saint Louis (1268); 3° statuts de l'École de chirurgie; 4° noms des prévôts de chirurgie depuis 1675; 5° liste des chirurgiens morts à Paris depuis 1315; 6° lettres de noblesse accordées par Louis XIV à divers chirurgiens. (Catalogue des manuscrits, Imprimerie impériale, 1849 [*sic*].)

(3) Archives de la ville de Douai, cartulaire 00, f° 18, armoire 17. — Voir aussi lettres des 3 juillet 1430 et 12 septembre 1481, layette 144.

(1) Archives des sentences consulaires de Moissac, fol. 26-32.

(2) Gillon le Muist, né en février 1272, prit l'habit de religieux à l'abbaye de Saint-Martin de Tournai et composa des rimes sur la vie des RR. PP. Andrieu de Florence et Jehan des Près, jadis évêques de Tournai.

(3) Inscription trouvée dans l'île de Carpathos, par M. Carle Wescher, membre de l'École d'Athènes.

(4) Manuscrit de la ville de Valenciennes, cité par M. Caffiaux.

(5) *Ord.* t. V, pp. 530-571.

bert, prétextant sa mauvaise santé, se donna des aides et des suppléants, ralentit ses visites à la cour, n'y reparut plus que rarement, et mourut vers 1409, laissant une réputation rivale de celle de son oncle.

Ce fut avec les dons de la Reine et les munificences des courtisans que Guibert fit élever, dans son village natal de Celsoy, une église qui subsiste encore, et dans laquelle il consacra à la mémoire de son oncle un magnifique monument, sur lequel on lit l'inscription suivante :

Médecin fut des Rois de France
Jehan et deux Charles sans doubtance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 octobre 1886, M. Martino, médecin-major de première classe au 32e d'artillerie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 6 octobre 1886, M. le docteur Merle, médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbon-Lancy, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20099

N° 119. — MARDI 12 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 12 OCTOBRE 1886. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Typhlite stercorale et peut-être tuberculeuse.

Au n° 21 de la salle Sainte-Anne est couchée une malade entrée dans le service le 6 de ce mois, pour des accidents abdominaux. C'est une femme maigre, épuisée, aux chairs blanches, aux veines transparentes, qui a été prise, dix jours avant son arrivée ici, d'une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen, avec fièvre, alternatives de constipation et de diarrhée, puis nausées et vomissements verts.

Le soir de son entrée à l'hôpital, la fièvre était intense (température, 41 degrés ; pouls, 132), la face était grippée, l'œil enfoncé, le facies abdominal ; la malade se plaignait d'une douleur continue dans le côté droit du ventre ; la langue était un peu saburrale ; on constatait un empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite, au niveau de la région cœcale, s'accompagnant d'un ballonnement diffus, général, du ventre, c'est-à-dire d'un véritable péritonisme qui rendait difficile l'examen abdominal.

Les antécédents, importants à connaître, étaient, en outre d'une rougeole dans l'enfance, une susceptibilité gastrique et intestinale depuis un certain nombre d'années et caractérisée par des alternatives de constipation et de débâcle, ainsi qu'une grossesse il y a cinq ans, et, dix jours après la naissance de l'enfant, un phlegmon péri-utérin. Nous avions par conséquent à nous demander si, chez notre malade, nous nous trouvions en présence d'une typhlite purement stercorale ou d'une typhlite avec réveil d'un phlegmon mal éteint, ou quelque autre chose encore sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

L'examen direct, le toucher vaginal, nous montra que l'utérus devait être considéré comme hors de cause, ainsi que les ligaments larges. Cependant il existait un certain paradoxe entre l'état local qui bientôt s'amenda, et l'état général avec une température de 41, 40 et 39 degrés, et hier soir encore de 38°,6 avec une fièvre à exaspération vespérale. En somme l'évolution n'était pas celle d'une typhlite ordinaire, d'une typhlite stercorale, suite de constipation ou de la présence dans le cœcum d'un de ces corps étrangers comme on en rencontre si fréquemment chez les enfants entre neuf et quinze ans.

Sa constipation habituelle ne suffit pas à nous expliquer la persistance de certains accidents depuis vingt-deux jours. D'ailleurs cette femme n'a pas le facies d'une typhlite stercorale. De plus, quoique soulagée, elle souffre encore et conserve un certain degré de paralysie des fibres musculaires de l'intestin.

Pour moi il existe certainement autre chose, et cette femme a les allures d'un sujet déchu ; d'ailleurs abandonnée par le père de son enfant, elle a été en proie depuis plusieurs années à une misère très grande, très noire, et condamnée à une alimentation des plus mauvaises. D'autre part, cependant, les poumons sont sains. Mais elle se trouvait dans toutes les conditions voulues pour le réveil d'une inflammation qui sommeillait peut-être.

Elle a été traitée, avec raison, dès son arrivée, par une application de sangsues, et quoique très soulagée par cette émission sanguine et l'huile de ricin à petite dose, cependant cette femme reste dominée par un appareil fébrile qui persiste quand même. Aussi je reste persuadé qu'il y a quelque chose du côté du tissu cellulaire, je ne dis pas que ce soit un commencement de phymatose, je n'en ai pas la preuve, mais nous savons que la typhlite tuberculeuse, quoique rare, a certaines modalités insidieuses qui mettent souvent le diagnostic en échec pendant quelque temps. Bref je reste dans le doute, jusqu'à plus ample informé, sur le diagnostic de typhlite stercorale simple chez notre malade avec une certaine tendance à penser qu'elle est symptomatique d'un quelque chose qui pourrait être ou le réveil d'un phlegmon mal résolu ou une tuberculose commençante, surtout en considérant d'une part l'amaigrissement de cette femme, et de l'autre, la persistance de la fièvre, malgré la diminution notable de l'empâtement, la cessation du péritonisme, la disparition de l'affection locale depuis plus de huit jours.

De là, la plus grande difficulté à émettre un pronostic, car peut-être s'agit-il de quelque tuberculose latente. En tous cas, nous devons être extrêmement prudents, réservés, à nous prononcer sur l'avenir de cette malade, car aucune affection abdominale ne prédispose à une rechute comme la typhlite, et à des rechutes soudaines. Je vous citerai à ce propos la thèse de M. Spillmann, qui renferme un petit

nombre d'observations, mais toutes très bien prises. Ainsi un jeune homme est atteint, à l'âge de vingt-quatre ans, et à la suite d'écarts de régime, d'une première typhlite qui guérit très bien ; néanmoins deux ou trois ans plus tard, sans cause appréciable, il est pris subitement de nouvelles douleurs vives dans la région cœcale avec péritonisme, etc., en un mot de toute la symptomatologie d'une nouvelle typhlite. Il en guérit encore et sa guérison se maintient jusqu'à ce qu'une nouvelle rechute se produise tout à coup également et sans cause connue. C'est ainsi que quelques malades ont jusqu'à trois et quatre récidives de cette même maladie.

Et pour peu que l'individu soit prédisposé à la tuberculose, celle-ci fait à un moment donné une localisation abdominale.

En sera-t-il de même chez notre malade? Il est probable qu'elle quittera l'hôpital plus ou moins bien rétablie, avant que nous ayions pu juger du bien ou mal fondé de nos hypothèses ; et nous conserverons pendant quelque temps encore nos appréhensions sur son avenir pathologique, nos appréhensions de voir se déclarer franchement quelque affection diathésique, quelque phymatose, ainsi que nous le disions tout à l'heure.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

De l'hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement des tumeurs fibreuses multiples de l'utérus ; morcellement des tumeurs ; pincement définitif des ligaments larges; absence de fermeture du vagin.

Dans une précédente leçon (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 445), nous avons appelé l'attention sur la gravité des petites tumeurs fibreuses de l'utérus. Nous avons insisté sur ce fait qu'un certain nombre d'entre elles sont incompatibles avec la vie, soit parce qu'elles déterminent des douleurs ou des hémorrhagies incessantes, soit parce qu'elles exercent sur les organes voisins, en particulier la vessie et le rectum, une compression qui amène des accidents intolérables, soit parce qu'elles provoquent du côté des viscères éloignés des accidents réflexes inquiétants, surtout chez les malades prédisposées.

Lorsque ces tumeurs siègent dans le col de l'utérus, rien n'est plus facile que de les extraire, même lorsqu'elles sont multiples, en conservant le tissu utérin qui les entoure.

Quand elles siègent dans le corps de l'utérus, si elles ne sont pas trop nombreuses, elles peuvent également être extraites en conservant la matrice par le procédé que nous avons imaginé le premier et précédemment décrit. Mais lorsqu'elles sont nombreuses et situées de façon que leur ablation totale entraînerait de trop grands délabrements de l'utérus, il est préférable de terminer l'opération par l'ablation totale de l'organe. C'est ce qui eut lieu chez la malade dont voici l'observation.

Observation. — Au commencement de juillet de cette année, Mme L..., âgée de vingt-cinq ans, vint nous consulter à l'hôpital Saint-Louis, pour des névralgies lombo-abdominales intenses qui dataient de cinq ans, pour des métrorrhagies presque continues depuis trois ans, et qui étaient accompagnées de syncopes, de vomissements continuels, de rétention d'urine et des matières fécales. Sous l'influence de ces troubles fonctionnels, l'amaigrissement était extrême et le moral déplorable.

L'examen de l'utérus montra que cet organe était la cause de tous les désordres. Il remontait à l'ombilic et était littéralement farci de petits fibromes isolés, sous-péritonéaux, interstitiels et sous-muqueux du corps et du col dont les saillies étaient facilement reconnaissables du côté de la vessie, du vagin, des ligaments larges et du rectum qu'ils comprimaient. Il ne nous semblait guère possible d'enlever ces tumeurs, malgré leur petit volume, tant elles paraissaient être innombrables, sans enlever en même temps la matrice. Cependant nous nous décidâmes à le tenter, quitte à terminer l'opération par l'hystérectomie totale, si cela devenait nécessaire.

La malade étant préparée à l'avance et couchée sur le côté gauche, dans la position de fistule vésico-vaginale, après avoir rasé la vulve, et lavé le vagin avec des liquides antiseptiques, nous fîmes rétracter la paroi postérieure du vagin avec une large valve située en avant et en haut, puis nous plaçâmes une autre valve un peu moins large du côté de la paroi antérieure. Le col fut ensuite saisi avec des pinces de Museux, dans le but de l'abaisser. Mais les tumeurs étaient tellement volumineuses qu'elles opposèrent de la résistance à cet abaissement. Nous incisâmes alors la muqueuse du vagin au pourtour du col de l'utérus, et nous fûmes arrêtés aussitôt par la présence des petits fibromes interstitiels du col, qui faisaient saillie dans les culs-de-sac vaginaux, surtout dans l'antérieur. Ces petites tumeurs, du volume d'un pois à une châtaigne, mises à nu, furent aussitôt saisies, morcelées et extraites; nous cherchâmes ensuite à poursuivre la dissection de la partie profonde du col, nous arrivâmes assez vite au cul-de-sac de Douglas, en refoulant les tissus avec l'extrémité mousse du rétracteur, et nous pûmes sans difficultés introduire de ce côté le doigt dans le péritoine. Nous reconnûmes ainsi que le corps de l'utérus, de même que le col, était partout farci de fibromes. Il nous fut bien autrement difficile d'arriver dans le péritoine par le cul-de-sac antérieur ; de ce côté, il nous fallut avant d'y parvenir enlever successivement plusieurs tumeurs du volume d'une noisette à une pomme d'api. Lorsque ces tumeurs furent enlevées, en prenant la précaution de bien isoler la vessie et l'uretère avec une valve coudée de mon modèle, j'introduisis également le doigt dans le péritoine et je constatai, en saisissant les ligaments larges, qu'ils étaient eux-mêmes très élargis et très allongés par de nombreuses masses de même nature que les précédentes.

En raison de la présence de ces corps étrangers, il était impossible de songer à les saisir avec les longues pinces hémostatiques à mors courbés sur le champ, que j'ai fait construire pour l'hystérectomie comme pour beaucoup d'autres opérations du même genre, il y a une vingtaine d'années. Je pris alors le parti, qui m'a si souvent réussi dans des cas analogues, de faire la section bilatérale du col et du corps de l'utérus pour bien apprécier les rapports de l'organe avec les ligaments larges et les viscères voisins. Cette section montra que l'utérus était rempli dans toute son épaisseur, aussi bien au-dessous des tuniques muqueuse et péritonéale que dans la tunique musculaire, de fibromes dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'un petit œuf de poule. Je fis successivement l'ablation de cinquante de ces petites masses sans trop de difficultés, puis j'excisai les lèvres du col et la partie inférieure du corps pour mettre à nu les masses supérieures ; tout ce temps de l'opération put être exécuté sans perte de sang, grâce à l'application de cinq pinces hémostatiques à mors longs que j'avais appliquées au cours de la manœuvre sur la base des ligaments larges.

Voyant qu'il serait impossible d'enlever les autres tumeurs en conservant ce qui restait du corps de l'utérus, je pris le parti d'enlever cet organe en totalité. Cette portion de l'organe étant suffisamment réduite de volume, j'introduisis le doigt par le cul-de-sac de Douglas et fis basculer son fond en arrière du côté du vagin, je le fixai dans cette position avec des crochets ; ce mouvement de bascule imprimé à l'utérus me permit de voir la partie

supérieure des ligaments larges et d'appliquer sur eux cinq pinces hémostatiques semblables aux premières. Il ne me resta plus alors qu'à exciser l'utérus en dedans de ces pinces que je laissai à demeure, ainsi que quelques pinces ordinaires qui avaient été placées sur les parties avivées du vagin. Entre ces pinces, je vis apparaître un kyste de l'ovaire gauche du volume d'un œuf de poule à parois minces et transparentes que je vidai par ponction et que j'excisai après avoir mis une nouvelle pince à demeure sur son pédicule. Ceci fait, l'épiploon se présenta à son tour; mais comme il ne tendait pas à s'engager dans le vagin, il fut inutile de s'en occuper. Entre toutes les pinces laissées à demeure, nous engageâmes jusqu'au fond du vagin deux éponges iodoformées. L'opération avait duré une heure.

Les suites furent des plus heureuses. A part quelques vomissements chloroformiques qui survinrent le troisième jour, la malade ne présenta aucun accident à signaler, ni fièvre, ni douleur. Les pinces furent retirées au bout de quarante-huit heures par M. le docteur A. Brochin, et quinze jours après la malade pouvait se lever. Depuis lors la santé n'a rien laissé à désirer.

Comme on le voit, cette observation est tout particulièrement intéressante en raison des difficultés opératoires qu'il a fallu surmonter.

En pareil cas le morcellement seul me paraît suffire pour enlever toutes les tumeurs que portait cette malade, et il n'y avait d'autre ressource que de recourir à l'hystérectomie totale.

Cette opération d'ailleurs, grâce aux perfectionnements que nous lui avons apportés, n'est pas plus dangereuse et est bien autrement efficace que la castration qui a été proposée dans des cas analogues sans motif plausible et admise par quelques chirurgiens. On a pu voir que l'ablation de l'utérus a été singulièrement facilitée par le pincement préalable des ligaments larges. Cette méthode que nous avons imaginée pour l'ablation de toutes les tumeurs, et que nous avons appliquée le premier à l'hystérectomie totale, est loin pour nous d'être nouvelle. C'est donc par une étrange confusion que quelques chirurgiens qui, dans ces derniers temps, ont répété tous les temps de l'opération en se servant de notre procédé et de nos pinces, ont cru réellement avoir fait une innovation. Il ne faut pas oublier que le pincement préventif des vaisseaux est un mode opératoire qui n'a jamais été pratiqué avant nous, qui, par conséquent, nous appartient et que nous avons institué comme méthode générale.

En effet, ce n'est pas seulement dans le but d'abréger la durée des opérations en se mettant à l'abri des hémorrhagies, que nous avons imaginé le pincement préventif des vaisseaux qui se rendent aux organes ou aux tumeurs à enlever; c'est bien aussi dans le but de faire l'hémostasie définitive en laissant les pinces à demeure toutes les fois que cela est nécessaire, sans qu'il soit besoin de faire de ligatures. Or nous avons montré, dans ces dernières années, que non seulement nos pinces à mors longs et courbes sur le champ doivent être utilisées dans l'hystérectomie totale pour pincer les ligaments larges et faire l'hémostasie préventive, mais encore qu'elles suffisent pour faire l'hémostasie définitive, sans qu'il y ait de danger à les laisser à demeure, lors même que leur présence empêche de fermer la plaie. Les pansements antiseptiques assurent alors la guérison sans accidents. Est-ce à dire, après que l'utérus est enlevé et que l'opération est terminée, qu'il y a avantage à laisser à demeure dans tous les cas nos pinces, et à ne jamais faire la ligature des ligaments larges et à suturer le fond du vagin? Tel n'est pas notre avis, et c'est seulement sur ce dernier point que nous différons de ceux de nos collègues qui n'ont ajouté que cela à notre procédé opératoire.

ROLE PHYSIOLOGIQUE

DU TISSU PULMONAIRE DANS L'EXHALATION DE L'ACIDE CARBONIQUE

Par M. L. Garnier.

L'oxygénation du sang veineux dans les poumons, sa transformation en sang artériel se comprend très facilement, étant donné que l'oxygène s'y trouve presque en entier combiné à l'hémoglobine (14/15e dans les expériences de M. P. Bert) qui s'en empare, alors même que la tension du gaz dans l'air alvéolaire est bien inférieure à celle qu'il possède dans l'air atmosphérique.

Il n'en est plus de même du dégagement de l'acide carbonique du sang veineux. Outre que sa tension dans l'air du poumon est assez forte (de 5,4 à 3,8 p. 100, suivant les auteurs), il résulterait des recherches de Wolffberg et Nussbaum que la tension du gaz carbonique dans le sang venant du cœur serait à peu près la même que celle du gaz libre dans les alvéoles; d'ailleurs M. P. Bert a démontré que, même au contact de l'air pur, le sang veineux ne perd que très lentement son acide carbonique, et que l'influence du vide n'accélère le dégagement qu'à de basses pressions.

Il s'ensuit que le départ de CO^2 se trouve soumis aux conditions physiques les plus défavorables, et qu'il y a lieu de chercher si une action chimique n'intervient pas pour provoquer ce dégagement au contact de l'air alvéolaire.

Mes recherches m'ont conduit aux résultats suivants :

1° Si l'analyse chimique du poumon ne m'a pas permis d'en extraire un acide déterminé, j'ai du moins constaté sur trois poumons de bœuf et de mouton très frais que le tissu pulmonaire hâché avec de l'eau froide donne, par expression, un liquide qui, bien que mélangé au sang alcalin, est toujours faiblement, mais nettement acide.

2° Le tissu pulmonaire rendu exsangue par une injection d'eau distillée dans les vaisseaux, sur des chiens chloroformés, est encore faiblement acide, et cette acidité n'est pas due à l'acide carbonique.

3° L'outremer bleu, injecté en pulvérisation dans le poumon de cobayes vivants, se décolore après un certain temps de séjour dans le parenchyme (26 jours dans mes expériences), qui retient les éléments minéraux de la matière colorante, silice et alumine. Cette décoloration, déjà indiquée par Dressler, ne peut se produire qu'au contact d'un acide fort; la taurine, l'acide carbonique et les bases sont sans action.

La conclusion est la suivante : il existe dans le tissu pulmonaire un corps à fonction acide, différent de la taurine, auquel doit être attribuée l'action de ce parenchyme sur les réactifs de coloration que j'ai mentionnés. Que ce corps soit ou non l'acide pneumique, de Verdeil, que je n'ai d'ailleurs pas retrouvé, le fait de l'acidité du poumon a en lui-même une grande importance physiologique.

J'ai dit combien il est difficile d'expliquer par une simple action physique le passage de l'acide carbonique du sang veineux dans l'atmosphère des alvéoles, la tension de dissociation de ce gaz étant contre-balancée en partie, sinon même totalement, par la tension propre à CO^2 qui existe déjà dans les alvéoles; mais, si le tissu pulmonaire est acide, une réaction doit se produire entre cet acide et les combinaisons carboniques du sang veineux, bicarbonate et phospho-carbonate de soude, réaction qui aboutit à la mise en liberté du gaz carbonique, qui acquiert ainsi une tension de beaucoup supérieure à la simple tension de dissociation qu'il possède dans les combinaisons mentionnées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 octobre 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Le ganglion sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. — M. TROISIER rappelle que le cancer de l'œsophage ou du poumon se propage assez souvent aux ganglions sus-claviculaires. Il se propose de prouver qu'il en est de même du cancer de l'estomac. Il n'a jamais négligé de les rechercher et les a rencontrés dans trois cas.

Le premier a trait à un homme de quarante-huit ans, qui présentait des symptômes vagues de cancer stomacal sans tumeur appréciable. Bientôt apparut une tumeur sus-claviculaire. Comme il n'y avait aucun signe de cancer de l'œsophage ou du poumon, il pensa que l'affection avait pour siège l'estomac. Bien qu'il n'y eût pas d'autopsie, la marche de la maladie, l'apparition d'un empâtement au niveau du creux épigastrique, la cachexie, confirmèrent ultérieurement le diagnostic.

Dans le second cas, les signes furent beaucoup plus nets jusqu'à la mort; à ce moment les ganglions sus-claviculaires avaient acquis le volume d'un œuf de poule. Dans le troisième cas, il s'agissait d'un cancer en nappe de l'estomac, compliqué également d'un ganglion sus-claviculaire. Ici il ne peut y avoir aucun doute, l'autopsie ayant été faite.

M. Troisier cite les auteurs allemands qui ont signalé la présence des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. En France, il n'y a eu jusqu'ici qu'un seul fait, publié à la Société anatomique par M. Merklein.

En résumé, le cancer de l'estomac peut exceptionnellement se propager aux ganglions sus-claviculaires, ainsi que le prouvent les faits que vient de communiquer M. Troisier.

Kyste hydatique du foie pris pour une tuberculose. — M. GUYOT communique l'observation d'un jeune lieutenant de vingt-quatre ans qui, le 29 septembre 1885, vint du Havre pour le consulter. Il éprouvait depuis quelques jours une grande fatigue et se plaignait d'une douleur très vive à la base de la poitrine, à droite et en avant. Il avait, en outre, de l'inappétence, des digestions pénibles, des sueurs et de la fièvre à certains moments. La percussion révélait de la matité en avant du mamelon jusqu'au rebord des fausses côtes, une sonorité normale en arrière, de la submatité dans la fosse sus-épineuse et une matité très nette dans la fosse sous-épineuse. A l'auscultation on entendait des froissements pleuraux à droite et en avant, et du frottement dans la ligne sous-axillaire; il n'y avait ni toux, ni expectoration; la langue était saburrale. Comme antécédents : entérite et diarrhée à Saint-Cyr; père arthritique bien portant; mère morte d'affection cérébrale. Le diagnostic porté par M. Guyot fut : pleurésie sèche avec troubles gastro-intestinaux. Ces symptômes persistèrent et la douleur, très vive à la partie antérieure de la poitrine, s'irradiait à la fosse sous-épineuse et à l'épaule droite. M. Guyot admet alors l'existence d'une congestion hépatique, rejette l'idée d'une tuberculose et réserve le diagnostic.

M. Potain, appelé en consultation, affirme une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution et conseille Amélie-les-Bains.

M. Garnier (d'Amélie-les-Bains) partage l'avis de M. Potain tout en insistant beaucoup sur la congestion du foie. M. Guyot lui soumet alors l'hypothèse d'un kyste hydatique du foie. Après trois mois de régime lacté, on constate une véritable résurrection, et à la fin de décembre le malade paraît complètement guéri; il reprend de l'embonpoint.

M. Garnier s'était arrêté au diagnostic de congestion hépatique et pleuro-pulmonaire sous l'influence arthritique.

Un médecin de Nice porta le même diagnostic.

Après avoir repris pendant quelque temps son service à Lisieux, ce jeune homme retombe malade. Le médecin du régiment constate de la congestion hépatique, et dans la poitrine des râles sous-muqueux disséminés. Le malade revient à Paris. Le 26 mai 1886, M. Guyot constate de l'amaigrissement, une langue saburrale, de la diarrhée, et les mêmes symptômes qu'en 1885; fièvre, sueurs, matité absolue au niveau du mamelon, dilatation très légère des espaces intercostaux, pas de frémissement hydatique, pas de teinte sub-ictérique, rien dans l'urine. Cette fois M. Guyot porte le diagnostic de kyste hydatique du foie.

M. Millard, appelé en consultation, diagnostique une pleurésie sèche sans tuberculose et conseille les révulsifs et le Mont-Dore. M. Hanot affirme l'existence d'une pleurésie sèche diaphragmatique sans tuberculose, et nie toute affection du foie; il conseille un vésicatoire et le Mont-Dore. L'application d'un large vésicatoire n'amène aucune amélioration. L'état s'aggrave; la douleur très vive nécessite des injections sous-cutanées de morphine.

M. Potain, consulté une seconde fois, revient sur son premier diagnostic, n'affirme plus la tuberculose et laisse à la sagacité de M. Guyot de se prononcer sur la nature de cette affection.

La diarrhée et l'excitation nerveuse s'aggravent notablement; on renonce au Mont-Dore. Dans une nouvelle consultation, M. Millard admet la possibilité d'un kyste suppuré du foie et conseille plusieurs ponctions exploratrices.

M. Grancher, consulté à son tour, porte d'abord le diagnostic de pleurésie sèche avec tuberculose, et, après un second examen, admet le diagnostic et le traitement de M. Millard.

Le 4 juillet, vomissements, diarrhée fétide, intolérance absolue de tout aliment. M. Guyot fait deux ponctions exploratrices qui donnent du pus sans crochets.

Le 6 juillet, M. Duplay, appelé comme chirurgien, fait une ponction avec un plus gros trocart et donne issue à 800 grammes de pus mêlé de sang. Il n'y a aucune amélioration.

Le 10, le malade rend deux selles sanguinolentes avec deux épaisses membranes que M. Guyot considère comme des débris de la paroi du kyste. L'examen histologique montre, en effet, des crochets dans ces membranes. L'état s'aggrave de plus en plus et, malgré deux transfusions, des injections d'éther, un large vésicatoire sur la région épigastrique pour arrêter les vomissements qui sont incessants, le malade succombe le 15 juillet.

M. Guyot croit que le diagnostic de kyste hydatique du foie était possible dès le mois de mai, et l'on pouvait espérer que la laparotomie eût pu sauver le malade à cette époque; toutefois le kyste s'étendant à la face connexe du foie, l'issue fatale était peut-être inévitable.

M. OLLIVIER a observé l'année dernière, chez un sous-officier revenant du Tonkin, des hémoptysies, des sueurs nocturnes et de la diarrhée. Ne trouvant aucun signe pulmonaire, il constata que le foie était augmenté du tiers de son volume. Comme il y avait de l'expectoration, il en examina les produits et reconnut l'existence de crochets. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique du foie, ouvert dans le poumon. Le malade mourut sans avoir voulu accepter la ponction qui lui avait été proposée. M. Ollivier rapporte un second fait analogue qui, joint au précédent, prouve que ces faits ne sont pas aussi exceptionnels.

M. E. LABBÉ fait observer que la pleurésie sèche est presque la règle dans les kystes hydatiques du foie.

M. GUYOT répond à M. Ollivier que son malade n'a jamais eu d'expectoration. Il n'y a jamais eu que des symptômes de pleurésie sèche; le foie n'était nullement congestionné.

M. MILLARD rappelle, lors de la première consultation, avoir diagnostiqué des accidents pleuraux d'origine tuberculeuse, puis la seconde fois avoir diagnostiqué un kyste hydatique de la face convexe du foie.

M. OLLIVIER est loin de partager l'opinion de M. Labbé sur la fréquence de la pleurésie diaphragmatique dans les kystes hydatiques du foie. La cirrhose donne lieu plus fréquemment à cette pleurésie diaphragmatique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les mouvements inconscients.

Le centenaire de M. Chevreul a donné l'occasion de rappeler que c'est à ce vénérable savant que l'on doit la première démonstration scientifique du fait des mouvements musculaires inconscients, c'est-à-dire qui ne sont ni connus ni voulus de celui qui les exécute. Cet ordre de faits, qui a donné la clef d'une série de phénomènes restés jusque-là dans le domaine du merveilleux et du surnaturel, a été récemment l'objet d'une série d'intéressantes études nouvelles, dans lesquelles s'est particulièrement signalé M. Charles Richet. C'est encore à lui que nous devons l'intéressante dissertation sur les mouvements inconscients, qui fait partie de l'*Hommage à M. Chevreul à l'occasion de son centenaire*, par MM. Berthelot, Demarçay, Dujardin-Beaumetz, E. Gaulier, Ed. Grimaux, G. Pouchet et Ch. Richet, que vient de publier la librairie Alcan. Nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur rappeler ici quelques-uns des faits principaux que cette étude a mis en lumière.

Toute émotion intérieure psychique détermine un mouvement extérieur musculaire.

Une pensée se traduit au dehors par des mouvements.

Ces mouvements peuvent être : *a.* volontaires et conscients ; *b.* involontaires et conscients ; *c.* involontaires et inconscients.

Les mouvements involontaires et inconscients peuvent acquérir, dans certains cas, une énergie extraordinaire, si bien qu'on est tenté d'attribuer à une force étrangère les effets qu'ils produisent.

Telles sont les propositions que M. Ch. Richet s'est proposé de démontrer.

Toute émotion intérieure psychique détermine un mouvement extérieur musculaire, fort ou faible, mais qui, vraisemblablement, ne manque dans aucun cas ; quand on ne l'a pas constaté, c'est que l'observation n'a pas été suffisante. Un individu qu'on menace et qui a peur fait une grimace involontaire. Si, dans ce moment, on lui tient la main, on sentira un très léger tremblement des doigts ou du poignet, ou une accélération du pouls avec un trouble dans la respiration et dans la coloration de la face.

Il en est de même pour toutes les autres émotions et pour toutes les pensées. Chaque fois qu'une émotion ou une image se présente à l'esprit, il y a simultanément un changement dans la pression du sang, dans le rythme du cœur et de la respiration, dans la tension des divers muscles, dans la sécrétion des glandes, dans la circulation périphérique des divers organes.

On peut donc établir ce principe, qui unit d'un lien étroit la psychologie à la physiologie : que toute pensée se traduit au dehors par un mouvement.

Il va de soi que ce mouvement est involontaire, mais il faut ajouter qu'il est souvent inconscient.

Cette inconscience se présente sous deux formes différentes.

Dans un cas, il ne peut y avoir conscience, par suite de la nature même de ce mouvement, qui échappe à notre sensibilité consciente. Tel est le cas des mouvements de l'iris, de l'intestin, du rythme du cœur, de la tension de la circulation périphérique, qui échappent, au moins dans certaines limites, à l'appréciation de la conscience.

Dans l'autre cas, si ces mouvements sont inconscients, c'est d'une part parce qu'ils sont faibles, et d'autre part parce que notre attention est distraite. Pour les rendre conscients, il faut recourir à un appareil de renforcement qui les développe et les amplifie. C'est ce que fit M. Chevreul en 1833, à l'aide de son pendule explorateur (anneau de fer suspendu à un fil de chanvre), traduisant par une grande oscillation des mouvements imperceptibles de la main.

C'est par une application de l'idée ingénieuse de M. Chevreul qu'un habile prestidigitateur en est venu, dans ces derniers temps, à deviner la pensée de tels ou tels individus, rien qu'en leur tenant la main.

« On ne soupçonnera jamais, dit M. Ch. Richet, qui a répété lui-même ces curieuses expériences, à quel point des individus de bonne foi indiquent par des mouvements de la main la pensée intérieure qui les anime. Sans le savoir et sans le vouloir, ils guident avec une grande force, et ils sont étonnés eux-mêmes des résultats obtenus, tellement leurs mouvements échappent à leur appréciation. »

Dans les propositions ci-dessus énoncées, il en est une à laquelle M. Ch. Richet a cru devoir donner quelques développements ; c'est la troisième, celle qui est ainsi formulée : les mouvements involontaires et inconscients peuvent acquérir, dans certains cas, une énergie telle qu'on soit tenté d'attribuer à une force étrangère les effets qu'ils produisent. On y trouvera, en effet, l'explication de certains phénomènes dits de spiritisme. Il s'agit des tables tournantes.

Les fins de non-recevoir d'imposture et de supercherie ne pouvaient résister à l'évidence des faits et à la bonne foi du plus grand nombre de ceux qui les avaient constatés. Il fallait en prendre son parti et demander une autre explication à l'observation et à l'expérience. C'est encore M. Chevreul qui a émis, le premier, en 1855, l'explication la plus rationnelle du fait, en l'attribuant à l'action combinée de mouvements involontaires et inconscients.

Cette interprétation du fait brut acquise, il restait à expliquer l'apparente intelligence des mouvements produits, comme en réponse à des questions posées.

Rien de plus simple, suivant M. Ch. Richet. Ces mouvements prétendus intelligents de la table, ne sont autres que les mouvements inconscients d'un *medium*. Qu'est-ce que ces médiums ? Ceux-là mêmes, mais ceux-là seuls, qui peuvent, involontairement et inconsciemment traduire leur pensée par des mouvements plus ou moins étendus de la main. — La force mystérieuse à laquelle on était disposé à attribuer les mouvements de la table tournante n'est autre que l'action musculaire d'un de ces médiums.

On est donc autorisé à faire rentrer dans l'ordre des phénomènes normaux et simples les phénomènes dits spiritiques. Le spiritisme envisagé ainsi constitue une méthode précieuse pour l'étude non seulement des mouvements, mais encore des pensées inconscientes.

« En effet, ajoute M. Ch. Richet, ces mouvements inconscients ne sont pas livrés au hasard : ils suivent, au moins lorsqu'on opère avec certains médiums, une vraie direction logique, qui permet de démontrer à côté de la pensée consciente, normale, régulière, du médium, l'existence simultanée d'une autre pensée collatérale qui suit ses périodes propres et qui n'apparaîtrait pas à la conscience si elle n'était pas révélée au dehors par ce bizarre appareil d'enregistrement.

C'est ainsi que si l'on place un médium à une table, on pourra, après avoir fait des questions, obtenir des réponses ; réponses logiques, déductives, qui surprendront le médium lui-même, car souvent il ignorera les faits révélés par sa mémoire inconsciente et traduits en mouvements par ses contractions musculaires inconscientes. »

En résumé, réserves faites sur plus d'un point obscur que M. Ch. Richet s'est donné la tâche d'éclairer par une série d'expériences extrêmement ingénieuses, dont il sera temps de parler lorsqu'il aura atteint la solution cherchée, notre savant confrère s'est considéré comme autorisé à formuler la conclusion suivante :

« Toutes les forces dites surnaturelles ne sont que des forces humaines, musculaires ou psychiques. Mais comme elles sont soustraites à notre conscience, elles nous paraissent reconnaître une cause différente de nous, explication qui est aussi peu rationnelle que possible.

En réalité, ajoute-t-il, il semble qu'il y ait non seulement un inconscient musculaire, mais encore un inconscient intellectuel, et je crois que, sous l'influence de certaines conditions psychologiques spéciales, des consciences, des personnalités diverses coexistent avec notre conscience et notre personnalité principales. »

De quelque manière que l'avenir transforme cette théorie psychologique de l'inconscience, le problème posé n'en est pas moins important; et c'est à M. Chevreul que M. Ch. Richet fait remonter l'honneur d'en avoir tracé les premières lignes.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Paris, 9 octobre 1886.

Très honoré confrère,

Après une nouvelle étude des documents officiels, et confiant dans l'autorité qu'ils lui apportent, le comité d'organisation de l'Association médicale mutuelle a décidé d'entrer dans la voie des réalisations pratiques.

Tout docteur en médecine français, habitant le département de la Seine, honorablement connu de ses confrères, et âgé de moins de cinquante-cinq ans, peut être admis. En versant une cotisation mensuelle de 10 francs, il aura droit à une indemnité de 10 francs par journée de maladie durant au moins huit jours, aussi longtemps que se prolongera l'incapacité totale de l'exercice professionnel.

Les chiffres du rapport ministériel sur les opérations des Sociétés de secours mutuels nous permettent d'espérer que la moyenne des journées de maladie ne dépassera pas cinq par associé et par an.

Les chiffres de ce rapport embrassent une période de quatorze années, et la loi des moyennes y est à peu près invariable (voir *Tribune médicale*, 3 octobre).

D'autre part, il ne s'agit pas d'un essai à tenter; l'expérience a été faite avec un plein succès par les médecins anglais.

En deux ans et demi, l'Assurance médicale anglaise, branche maladie, a réalisé un capital réserve de 128 650 francs.

Les cotisations du dernier exercice 1885-1886, ont produit 90 175 francs, sur lesquels 35 400 francs seulement ont été absorbés par le service des indemnités payées à 102 membres, pour 3 102 journées. L'effectif qui était de 607 au début s'est élevé à 676 à la fin de cet exercice. Le bénéfice de l'année est donc de 54 775 francs.

Si nous calculons les moyennes, nous trouvons :

Cotisations annuelles, 133;
Indemnité quotidienne, 11,41.
Moyenne des journées de maladie par associé, 4,59 à 5,11.

La concordance de ces résultats avec ceux que constate le rapport ministériel français, les moyennes constantes au-dessous de celles qui ont servi de base à nos calculs des probabilités nous permettent d'espérer des résultats tout aussi brillants que ceux obtenus par nos confrères anglais, et surtout d'affirmer la réalisation possible de notre œuvre.

Nous espérons pouvoir non seulement tenir nos promesses, mais aussi donner dans quelques années une indemnité importante aux veuves et aux orphelins de nos associés, indemnité calculée sur leur part du capital social, et d'autant plus importante qu'ils auront fait un plus long séjour dans l'association.

Nous répétons que nous ne cherchons pas à créer une concurrence aux associations existantes, à côté desquelles l'association mutuelle ne désire prendre qu'une place modeste, tout en leur étant plutôt utile en diminuant le nombre des confrères malheureux qui font appel à leur généreuse intervention.

Nous avons placé notre association sous le patronage de confrères universellement aimés et respectés, appartenant à la Faculté et aux hôpitaux, n'acceptant d'eux que leur concours moral, auquel nous attachons le plus grand prix.

L'association est soumise à l'autorisation ministérielle, et son siège provisoire est 8, boulevard Saint-Denis.

Voulez-vous nous faire l'honneur de le dire aux lecteurs de la *Gazette*, vous obligerez

Votre dévoué et respectueux,

Dr G.-G. Lagoguey.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 octobre 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal de la marine : MM. les médecins de première classe Chassaniol et Martinenq.

Au grade de médecin de première classe ; MM. les médecins de deuxième classe Parnet et Hervé.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 octobre 1886, la franchise est accordée aux maires pour correspondre, dans l'intérêt du service de protection des enfants du premier âge, avec les médecins inspecteurs de ce service ; cette franchise est également accordée aux médecins inspecteurs pour correspondre avec les préfets, les sous-préfets et les maires de leur circonscription médicale.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1886, un concours s'ouvrira le 1er avril 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 octobre 1886, une chaire de zoologie, anatomie et physiologie comparée est déclarée vacante à la Faculté des sciences de Paris.

— M. le docteur Gillet, médecin principal de la marine, est nommé médecin de l'escadre d'évolutions.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures.

1° Anatomie topographique : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques. — 2° Anatomie descriptive : M. le docteur Ricard, premier prosecteur. — 3° Physiologie : M. le docteur Walther, deuxième prosecteur. — 4° Histologie : M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert pendant toute la durée des travaux anatomiques.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés préparateurs : 1° d'anatomie pathologique, M. Meurer; 2° de chimie, M. Lignon; 3° de pharmacie, M. Libold; 4° de clinique médicale, M. Roux; 5° de médecine légale, M. Saint-Cyr.

Sont maintenus dans leurs fonctions de préparateurs des laboratoires : MM. Despeignes, Gaillard, Honnorat, Trévoux, Serullaz, Doyon, Pollosson, Jacquemet et Barral.

Sont maintenus dans leurs fonctions d'aide de cliniques : MM. Lacour, Jubin et Brizard.

Sont maintenus dans leurs fonctions de chefs des travaux des laboratoires : MM. Magnin, Rodet, Chandelux, Bard, Didelot, Linossier, Reboul, Levrat, Beauvisage, Coutagne, Florence, Aubert et Blanc.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Houssay, docteur ès-sciences, est nommé maître de conférences de zoologie.

M. Rigallot, licencié ès-science, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux de physique.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa séance ordinaire le mercredi 27 et le jeudi 28 octobre courant, à huit heures du matin, à la mairie du Ier arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois).

Ordre du jour. — 1° Correspondance ; — 2° Traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache, par M. le docteur Moure (de

Bordeaux); — 3° Rôle physiologique du muscle aryténoïdien, par M. le docteur Moura (de Paris); — 4° *a*. Épistaxis. Tamponnement postérieur des fosses nasales. Otites suppurées des deux côtés consécutives; *b*. Épistaxis. Otites bilatérales hémorrhagiques. Suppuration de l'oreille droite; pneumonie. (Deux observations), par M. le doctenr Gellé; — 5° Anomalie d'insertion thyréoïdienne de la corde vocale droite, par M. le docteur Moura; — 6° Développement anomal du pavillon de l'oreille chez un adulte, par M. le docteur Ménière; — 7° Création d'un Institut français d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tumeurs du mésentère, par le docteur Augagneur, chirurgien en chef de l'Antiquaille, etc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des cataractes et de leurs opérations, conférences cliniques, par M. le docteur Galezowski. Broch. in-8° de 52 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Petit Compendium médical, quintessence de médecine pratique, par M. le docteur Antonin Bossu. 1 vol. in-32 bijou. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, F. Alcan; et Bloud et Barral.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20113

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un rapport étendu et consciencieux de M. Charpentier sur la communication faite au mois de mars dernier par M. le docteur Vuillet, relativement à son procédé de dilatation du col et de la cavité de l'utérus, pour le diagnostic et le traitement des affections utérines, — et une longue et savante exposition verbale de M. Javal sur le strabisme et ses divers moyens de traitement, ont occupé toute cette séance.

Par une lettre ministérielle, l'Académie vient d'être mise en demeure d'émettre son avis sur la question, depuis longtemps débattue ailleurs, du maintien ou de l'abolition de l'inspectorat des eaux minérales ou des modifications à introduire dans ce service.

Voilà en perspective une discussion à laquelle elle ne va pas pouvoir se soustraire.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Énorme tumeur graisseuse de l'épaule (1). — II. Destruction de la paupière supérieure de l'œil droit, blépharoplastie.

I. Je dois revenir aujourd'hui en quelques mots sur le malade que j'ai opéré samedi dernier d'une énorme tumeur de l'épaule gauche.

Vous vous rappelez que plusieurs diagnostics différents avaient été émis, et notamment celui d'un kyste hydatique, tandis que j'avais parlé de tumeur colloïde, tout en vous disant que je ferais, avant toute opération, une ponction exploratrice dans la tumeur, dans le point qui m'avait paru le plus mou.

J'ai pratiqué, en effet, cette ponction; et nous avons vu s'écouler un liquide jaunâtre, graisseux, huileux, ne contenant que de la graisse et, d'après M. Rémy, aucune cellule myxomateuse. Or l'examen anatomo-pathologique de la tumeur nous a montré aussi que ce liquide était renfermé dans une cavité dont les parois étaient recouvertes d'une membrane lisse, ce qui revient à dire qu'au centre de la tumeur, il existait un kyste à liquide huileux.

Donc, après cette ponction préalable, j'ai procédé à la dissection de la tumeur et j'ai été très heureusement surpris de voir que les os n'étaient nullement intéressés, que le scapulum était parfaitement sain ainsi que le périoste sur lequel elle reposait, de sorte que nous n'avons pas eu à faire d'ostéotomie, ni de résection de l'omoplate.

La tumeur présente une teinte jaune uniforme; elle est constituée par une substance homogène ressemblant assez à un morceau de lard, à une motte de beurre. C'est, en un mot, une tumeur graisseuse formée d'éléments homogènes serrés les uns contre les autres et non pas un lipôme. La première pensée qui nous est venue, à M. Quenu et à moi, en voyant cette tumeur sur la table, c'est que nous pourrions bien avoir affaire à un myxôme devenu graisseux; cependant les myxômes sont généralement plus muqueux. D'ailleurs, d'ici à quelque temps, nous serons complètement éclairés, je le pense, sur la véritable nature de cette tumeur, par l'examen microscopique dont M. Cornil a bien voulu se charger, et, jusque-là, je reste sur le diagnostic de tumeur graisseuse, sans vouloir préciser davantage.

II. J'ai à vous parler maintenant de la double opération que je vais pratiquer dans quelques instants, c'est-à-dire une blépharorophie et une blépharoplastie.

La malade est une jeune femme de vingt-huit ans qui, depuis sa petite enfance jusqu'à l'âge de douze ans, a été sujette à des crises nerveuses, hystériques peut-être, en tous cas non épileptiques, lesquelles ont disparu quand la menstruation s'est établie.

Le 12 mars dernier, prenant un bain de pieds, pour des maux de tête assez violents, elle eut un étourdissement tel qu'elle tomba la tête en avant, le front, ou mieux, la paupière supérieure de l'œil droit portant sur une grille remplie de coke allumé. La paupière seule fut brûlée, brûlure profonde qui entraîna sa destruction complète et guérit par la formation d'un tissu inodulaire cicatriciel. Mais cette cicatrice est telle que le bord ciliaire est remonté au point que les cils vont se confondre avec les poils du sourcil et que la muqueuse palpébrale est renversée au dehors, rouge et granuleuse. Le globe de l'œil ne paraît pas encore avoir souffert,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 886.

mais cela ne saurait tarder bien longtemps, parce que le bord inférieur de la cornée reste constamment à découvert. En un mot, cette femme a perdu une grande partie de ce que l'on a appelé les *cutamina oculi*.

De plus, par suite de la formation de tissu inodulaire, le front, du côté blessé, est attiré vers le globe oculaire, le sourcil du même côté est abaissé de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2; cet ectropion et l'abaissement du sourcil réclament donc, comme je le disais en commençant, une double opération.

L'ectropion peut reconnaître pour causes des maladies diverses, et notamment la pustule maligne; quelquefois aussi un abcès de la paupière, consécutif à un érysipèle de la face; mais, dans ces différents cas, il n'est pas généralement aussi grave que lorsque la paupière a été détruite par un caustique ou par le feu, parce qu'alors il y a formation de tissu inodulaire.

C'est ce que nous voyons ici, où il existe une bande cicatricielle au-dessus du bord de la paupière. Dans ces conditions, une simple incision libératrice ne saurait suffire; il faut encore enlever cette bande cicatricielle, sans quoi nous ne pourrions arriver à placer nos sutures et à faire adhérer convenablement le lambeau.

Le traitement de l'ectropion cicatriciel a présenté deux phases : celle qui a précédé la blépharoplastie et celle qui l'a suivie. Avant la blépharoraphie, le lambeau, par lequel on faisait une nouvelle paupière, n'étant pas maintenu, subissait peu à peu une rétraction à la fois longitudinale et transversale, il se rétractait de la base à son sommet d'un tiers, peut-être même de moitié; il se rétractait aussi d'un bord à l'autre, formant ainsi ce que l'on a appelé un lambeau gibbe, bossu. Le résultat était tellement disgracieux qu'on finissait par ne plus opérer. C'est alors qu'un chirurgien d'Angers, M. Mirault, imagina la blépharoraphie, laquelle consiste dans l'avivement des deux bords palpébraux après libération du bord ciliaire, puis dans leur réunion par des fils.

C'est également ce que je vais faire ici, puis, après m'être rendu compte de l'étendue du lambeau nécessaire, j'irai le prendre, non pas n'importe où, comme on l'a fait quelquefois, mais au point voulu, c'est-à-dire, en vertu du principe que j'ai proposé il y a déjà longtemps, c'est-à-dire là où sa rétraction naturelle puisse venir en aide au résultat que l'on désire. Or, que veut-on obtenir, si ce n'est que les paupières puissent se fermer et s'ouvrir le jour où la guérison complète sera obtenue. Pour cela faire, il faut : pour la paupière supérieure, que la base du lambeau soit *au-dessous* de la commissure des paupières, et le sommet au-dessus; tandis que, pour la paupière inférieure, cette base du lambeau doit, au contraire, se trouver *au-dessus* de ladite commissure. C'est ainsi qu'on parvient à remédier aux rétractions naturelles du lambeau dans le traitement de l'ectropion cicatriciel.

Depuis l'invention de la blépharoraphie, le succès a été tel qu'on en est venu à se dire : A quoi bon un lambeau? En effet, dans certains cas, la blépharoraphie a été suffisante. On attendait un an, dix-huit mois, que le tissu inodulaire fût assez souple et la paupière assez mobile pour rendre la vue au malade du côté suturé. Mais ces cas sont ceux où il n'y a pas eu de destruction profonde de la paupière, où l'ectropion, par exemple, est la suite de quelque abcès de la paupière. Mais tel n'est pas le cas ici; c'est pourquoi, comme je le disais en commençant, nous avons une double opération à faire : une blépharoraphie et une blépharoplastie, et nous laisserons également l'œil fermé pendant douze, quinze ou dix-huit mois, en l'ouvrant peu à peu seulement, c'est-à-dire en deux ou trois séances, suffisamment distancées l'une de l'autre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Hémianesthésie saturnine et hémianesthésie alcoolique.

Deux malades s'offrent à nous aujourd'hui pour discuter quelques questions importantes : Existe-t-il une hémianesthésie saturnine résultant de l'intoxication plombique, au même titre que certaines autres affections qui reconnaissent également cette intoxication pour cause, telles notamment que l'encéphalopathie saturnine? Existe-t-il une hémianesthésie alcoolique au même titre que le delirium tremens, par exemple? En un mot, ces deux hémianesthésies existent-elles comme des hémianesthésies d'origine toxique?

Pour moi, et je le dis tout de suite, il n'est pas démontré que ces hémianesthésies dites saturnine et alcoolique ne sont pas des affections de nature hystérique, ainsi qu'on l'a prétendu en partant de ce principe que l'hystérie n'existe pas chez l'homme, ce qui est faux. Rien, au contraire n'est plus vulgaire que l'hystérie chez lui, même chez l'homme vigoureux, et nous l'observons non seulement dans l'adolescence, mais à l'âge de trente, quarante et cinquante ans même.

Le premier des deux malades que j'ai fait venir à l'amphithéâtre est un garçon de trente-sept ans, peintre en bâtiments, et qui a plusieurs fois déjà été forcé de cesser ses travaux pour cause d'accidents saturnins. Ses antécédents héréditaires sont les suivants : mère atteinte de douleurs revenant par paroxysmes et accompagnées depuis longtemps de faiblesse de la vue. — Serait-ce de l'ataxie? — Sœur âgée de vingt-neuf ans, sujette à des attaques depuis l'âge de quatorze ans, attaques persistant encore aujourd'hui.

Quant à ses antécédents personnels, ils sont les suivants : Alsacien, originaire de Frœschwiller, il a assisté aux différents combats et batailles de 1870 et en a reçu une telle impression que le souvenir lui en revient très fréquemment dans ses rêves. D'ailleurs il n'a jamais été malade. Il est entré à l'hôpital, il y a trois semaines, atteint du prétendu ictère saturnin ou mieux de l'anémie saturnine avec décoloration des téguments, liseré gingival bleuâtre, etc. Cet homme est donc bien un saturnin, nul doute à cet égard. Cependant il n'a jamais eu ni coliques de plomb, ni paralysie des extenseurs, mais seulement des accidents consécutifs, épileptiformes, depuis dix-huit mois, avec perte de connaissance, accidents caractérisés par des attaques à peu près quotidiennes, revenant même quelquefois deux fois par jour, et qui ont été améliorés par les bains sulfureux, l'iodure et le bromure de potassium. Le début de ces attaques n'est pas inconscient, le malade sent son membre inférieur gauche se contracter, se convulser; quelquefois il s'agit d'une simple trépidation de ce membre, avec constriction de la poitrine, du cou, bourdonnements d'oreilles, puis le malade perd la conscience de son état; il se raidit et reste immobile pendant un certain temps dans le décubitus dorsal, en arc de cercle, le corps ne reposant que par la nuque et les talons. D'ailleurs ni loquacité, ni période délirante, et, lorsque

l'attaque est terminée, il n'existe pas de stupeur bien profonde.

Beaucoup de médecins prononçaient le mot d'épilepsie saturnine, de cette épilepsie dont Grisolle a donné une excellente description. Mais dans cette affection il n'y a pas de prodromes, contrairement à ce que nous observons chez notre malade; les individus se mordent la langue pendant le cours de l'attaque, ce que nous ne trouvons pas ici, et, de plus, les convulsions sont presque toujours générales, confinées à tout un côté du corps, suivies d'hémiplégie, de contracture, et mortelles. Or notre homme, en dehors de ses attaques, se porte bien. Enfin l'encéphalopathie saturnine se termine en huit jours au plus, soit par la mort soit par la survie, et dans ce dernier cas les individus ne sont pas sujets à avoir des attaques d'épilepsie. Donc rien de tout cela ici, puisque cet homme en a eu, au contraire, un très grand nombre depuis dix-huit mois et que néanmoins il est resté très fort et se porte bien.

S'agirait-il alors d'une épilepsie saturnine partielle à manifestation crurale? Non; d'ailleurs pourquoi créer une nouvelle espèce morbide. Nous savons qu'il n'est pas syphilitique, et qu'à la suite de ses premiers accidents il a eu une hémiplégie partielle momentanée. De plus, il a eu une hémianesthésie sensorielle et sensitive comme les hystériques, analgésie du côté gauche, rétrécissement du champ visuel, obstruction du goût, de l'ouïe. En résumé, son hémianesthésie est celle des hystériques, et ses attaques sont des attaques hystéro-épileptiques à forme partielle chez un saturnin. Et j'ajoute à l'appui de la nature hystérique de sa contracture que je puis la provoquer à volonté, ce que je ne pourrais obtenir chez un simple saturnin non hystérique, rien qu'en appliquant, par exemple, la bande d'Esmarch sur son bras gauche; nous pouvons également la provoquer sur le bras droit.

En résumé, son hémianesthésie et ses accidents de contracture sont des phénomènes provoqués par le saturnisme chez un hystérique. Nous savons du reste que le saturnisme prédispose à l'hystérie comme aux affections arthritiques.

Existe-t-il donc une hémianesthésie saturnine ? Cela ne m'est nullement démontré, mais ce qui me paraît vraisemblable, c'est que les observations que j'ai lues à ce sujet se rapportaient à des hystériques.

Je passe maintenant à la seconde question :

Existe-t-il une hémianesthésie alcoolique? Depuis une dizaine d'années, la question a été soulevée. M. Magnan en a parlé, je crois, le premier, et a publié des observations très bien prises, mais sur l'interprétation desquelles je ne suis pas d'accord avec lui.

Le malade placé sous vos yeux est un homme de trente-trois ans, vigoureux, bien portant, mais très nerveux. Engagé à l'âge de dix-sept ans dans les cuirassiers, il a fait la guerre de 1870 ; fait prisonnier, il a été employé comme infirmier dans les ambulances et s'est adonné à la boisson — il y a une affinité curieuse, ceci soit dit en passant, entre les infirmiers et l'alcool, pourquoi? — et depuis quatre ou cinq ans il a fini par arriver à la dose d'un litre d'eau-de-vie par jour. Donc c'est un alcoolique et c'est un infirmier puisqu'il a toujours été, depuis la guerre terminée, employé en cette qualité dans les hôpitaux ou dans des établissements d'aliénés ; en dernier lieu il était garçon d'amphithéâtre.

Comme hérédité : père violent, joueur ; oncle tabétique ; mère : attaques de nerf épouvantables, hystérie.

En résumé donc, alcoolisme et antécédents névropathiques.

Quant à lui, depuis dix ans il a : 1° comme accidents alcooliques, tremblement des deux côtés, cauchemars avec visions terrifiantes, dit-il, picotements et soubresauts des jambes ; 2° comme affection nerveuse, une hystéro-épilepsie des mieux caratérisées survenue il y a deux ans, à l'hôpital de Rouen, une quinzaine de jours après certain incendie dont il fut témoin, avec aura, points hystériques, hémianesthésie droite, amblyopie complète, ouïe, goût et odorat affectés, attaques épileptiformes avec les périodes des grands mouvements, de la position en arc de cercle, des attitudes passionnelles. En somme donc : attaques et stigmates classiques avec ce nouvel élément de diagnostic, la contractu-rabilité que les hystériques présentent presque tous (1) et sa maladie n'est autre qu'une hémianesthésie de nature hystérique survenue chez un alcoolique.

LA PANCRÉATINE DANS L'ÉCONOMIE

APRÈS SON ARRIVÉE PAR LA VOIE STOMACALE

Par M. Th. Defresne.

Dans le compte rendu des travaux de la section des sciences médicales du Congrès de Nancy, nous n'avons donné qu'un aperçu d'une communication de M. Defresne sur la Pancréatine, nous réservant de revenir sur ce sujet. Voici le résumé de cette communication :

La Pancréatine, on le sait, agit à la fois sur tous les aliments; elle ne doit pas ses propriétés multiples à un seul ferment, mais à trois ferments solubles distincts :

La trypsine, qui peptonise l'albumine ;

L'amylopsine, qui saccharifie l'amidon;

La stéapsine, qui émulsionne et dédouble les corps gras.

Si l'on considère les remarquables propriétés du suc pancréatique, on conçoit que l'on ait songé à utiliser la pancréatine en thérapeutique; mais le suc pancréatique n'agit dans l'intestin grêle que dans un milieu neutre ou à peine acide; il convient donc de se demander ce que devient la Pancréatine avant ou après son séjour dans le suc gastrique pur, qui contient environ 1 gr. 50 d'acide chlorhydrique par litre, et dans le suc gastrique mixte, obtenu par l'expression du chyme, dont l'acidité est plus forte, mais non plus de même nature, puisqu'il contient les acides lactique, sarcolactique, tartrique, etc., que l'acide chlorhydrique a mis en liberté dans les aliments, tout en se neutralisant lui-même.

Pour étudier la question dans ce second cas, nous nous sommes procuré le chyme sur nous-même après deux, trois et quatre heures de digestion, et nous avons vu que la Pancréatine laissée pendant deux heures à l'étuve au milieu de ce suc gastrique mixte, avait complètement conservé son pouvoir de peptoniser l'albumine, de saccharifier l'amidon, de dédoubler les corps gras, à la condition toutefois de neutraliser le milieu de la digestion.

Si donc la Pancréatine est administrée sous forme de pilules enrobées de cire et de sucre, à la fin d'un repas, celles-ci ne commencent à se désagréger que vers la troisième heure; il est possible alors qu'elles passent avec le chyme dans le duodénum, et, dans ce cas, elles agissent directement sur la digestion en cours; ou bien la chymification se prolonge, la pancréatine se dissout au milieu du chyme dont l'acidité est due à des acides organiques dont elle n'a rien à redouter, ce qui lui permet de retrouver son activité dans l'intestin grêle, après la neutralisation du chyme.

Examinons maintenant le cas où la Pancréatine est administrée en poudre au commencement du repas : elle se trouve alors d'emblée dans un milieu chlorhydrique, et nous avons vu par expérience que la Pancréatine, après avoir séjourné deux heures à l'étuve, au milieu du suc gastrique pur de l'homme, en dépit de

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 888.

la neutralisation ultérieure du milieu, ne conservait plus qu'une faible action sur l'albumine.

La Pancréatine est-elle donc détruite dans le suc gastrique pur? Nous l'avons pensé un instant; mais, dans le cours de nos expériences, nous remarquâmes que, chez le lapin, bien que nous ne pûmes caractériser la pancréatine à partir de la troisième heure, il nous arrivait parfois de voir l'animal mourir dans les cinq ou six premières heures qui suivaient l'ingestion de 50 centigrammes à 1 gramme de Pancréatine par kilo vivant; la Pancréatine n'était donc pas détruite, puisqu'elle pouvait amener la mort; il était donc possible que le ferment rendu inactif par l'acidité du suc gastrique pur fût absorbé « *in situ* » et passât dans la circulation, où il retrouvait ses propriétés au point de devenir toxique à dose massive. Pour confirmer cette hypothèse, nous recherchâmes quelles modifications pouvaient bien présenter les fluides et les sécrétions d'un animal ainsi pancréatiné; voici les résultats auxquels nous sommes arrivé en expérimentant sur 16 lapins, qui furent sacrifiés entre la deuxième et la quinzième heure après l'ingestion de la Pancréatine : cinq d'entre eux moururent dans les six premières heures, sans que nous ayons pu déterminer la cause de leur mort. Chez les autres lapins, l'étude du sang, du foie, des parotides, de la rate et du pancréas, comparée à celle des mêmes glandes et fluides chez un lapin dans les conditions normales, nous donna des résultats bien caractéristiques; nous les avons consignés par rapport à 1 000 grammes de tissu glandulaire ou de sang. La parotide d'un lapin normal, par exemple, peut, dans des conditions déterminées, donner naissance à $5^{k}300$ maltose, et le pancréas à $4^{k}800$ maltose, tandis que la parotide d'un lapin pancréatiné dans les mêmes conditions donne $8^{k}100$ maltose et le pancréas $6^{k}300$. Chez le lapin ordinaire, la rate donne naissance à 819 grammes maltose, chez le lapin pancréatiné, toutes les autres conditions expérimentales restant les mêmes, son action diastasique sur l'amidon est sept fois plus grande, et elle donne naissance à $5^{k}425$ maltose. Le foie d'un lapin ordinaire, six heures après la mort par hémorrhagie, contient 43 grammes glycose; celui d'un lapin pancréatiné $12^{gr}40$, soit quatre fois moins, en chiffre rond; la disparition du glycogène du foie dans le second cas est bien digne de remarque, elle peut s'expliquer de la manière suivante : la Pancréatine, paralysée par l'acidité stomacale, entre dans la circulation à l'état de zymogène dont une partie se fixe dans le foie et donne naissance à une zymase qui saccharifie le glycogène; ce qui corrobore cette hypothèse, c'est que la glycose ainsi formée passe dans le sang d'un lapin pancréatiné en quantité telle que 1 000 grammes de ce fluide qui, à l'état normal, contiennent environ 1 gramme glycose, en contiennent maintenant plus de 5 grammes; le sang, ainsi saturé de glycose, ne peut apparemment tout brûler; une partie doit être éliminée par les reins; c'est ce qui arrive souvent en effet, car, trois fois sur seize, nous avons constaté que le lapin était devenu diabétique.

Ces expériences nous autorisent à émettre l'opinion que la Pancréatine introduite dans le suc gastrique au commencement d'un repas, voit le ferment diastasique qu'elle contient être absorbé « *in situ* » et passer à l'état de zymogène dans la circulation; ce zymogène est séparé par le foie, la parotide et la rate; ainsi isolé, il devient : dans le foie, une zymase hépathique capable de saccharifier le glycogène; dans la parotide, une zymase ptyalique capable de saccharifier l'amidon dans la bouche; et dans la rate une zymase qui, transmise au pancréas, communique au suc de cette glande la propriété de saccharifier l'amidon dans le duodénum.

Ces expériences physiologiques viennent corroborer les observations cliniques du professeur Potain et celles de M. Henri Huchard; elles indiquent que l'on peut administrer la Pancréatine en poudre à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme au commencement du repas, lorsqu'il s'agit de relever les sécrétions salivaires et pancréatiques, et recourir de préférence aux pilules de Pancréatine à la dose de trois à cinq pilules à la fin du repas, lorsque l'on veut agir sur la digestion en cours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre 1886. — Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, qui prie l'Académie de vouloir bien délibérer, dans le plus bref délai possible, sur le point de savoir s'il convient de maintenir l'inspectorat des eaux minérales, et, dans l'affirmative, quelles réformes il y aurait lieu d'apporter dans le recrutement du personnel de l'inspection et dans le fonctionnement de ce service;

2° Une lettre de M. Delage, inspecteur des établissements de bienfaisance et du service des Enfants-Assistés, accompagnant l'envoi d'un rapport sur la marche des services des Enfants-Assistés en 1885, dans le département des Bouches-du-Rhône.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur l'eau thermale des Bains de la Reine (province d'Oran), par M. Lacour, pharmacien-major à l'hôpital militaire d'Oran;

2° Une note sur la vaccination animale, par M. le docteur J. Stroebel, médecin aide-major au 33° régiment d'artillerie, à Poitiers;

3° L'envoi d'un pli cacheté, par M. le docteur Oudin. (Accepté.)

RAPPORTS

Nouveau procédé de dilatation dans les affections utérines. — M. CHARPENTIER, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Tillaux et Cusco, lit un rapport sur le mémoire lu à l'Académie de médecine au mois d'avril dernier par M. le docteur Vuillet, professeur à la Faculté de médecine de Genève, intitulé : *D'un nouveau procédé de dilatation et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections utérines.*

L'auteur de ce mémoire croit pouvoir attribuer à cette méthode les avantages suivants :

1° Elle rend possible une inspection directe, par la vue, de l'ensemble de la cavité utérine;

2° Elle permet de maintenir la dilatation, quel qu'en soit le degré, aussi longtemps qu'il est utile de la prolonger;

3° Comportant le séjour de substances antiseptiques dans la cavité utérine, cette méthode constitue un traitement très efficace des affections virulentes intra-utérines.

La commission a étudié par elle-même le procédé de M. Vuillet. Sept observations, prises avec un soin particulier, lui ont permis de juger impartialement ce procédé.

La manœuvre recommandée par M. Vuillet, dit M. le rapporteur, ne constitue pas une méthode, ce n'est qu'une modification particulière, un mode spécial de l'emploi de la dilatation appliquée au col de la cavité de l'utérus.

Si la dilatation du col gravide remonte aux temps les plus reculés, la dilatation du col de l'utérus non gravide ne date que d'une époque contemporaine.

Le but de M. le docteur Vuillet est de maintenir, pendant aussi longtemps que l'opérateur le jugera nécessaire, la dilatation du col de la cavité, c'est-à-dire pendant des semaines, des mois même au besoin.

Dilatation progressive du col et de la cavité, maintien de cette dilatation pendant un temps indéterminé, limité seulement par la volonté de l'opérateur, tel est le procédé de M. Vuillet.

Comparant les résultats que ce procédé a donnés entre les mains de son inventeur et ceux qu'il a donnés entre les mains des membres de la commission et des autres opérateurs qui lui sont venus en aide, M. le rapporteur résume l'analyse de ces deux séries d'observations et en tire les conclusions suivantes :

Tout d'abord ce fait que ce procédé n'est pas toujours applicable, même dans les conditions indiquées par M. Vuillet; que dans quelques cas on n'a pu obtenir la dilatation complète et on n'a

pu, par conséquent, explorer *de visu* toute l'étendue de la cavité utérine.

Cette dilatation complète de l'utérus, on peut l'obtenir dans un bon nombre de cas. Dans deux de ses observations, le rapporteur a pu voir parfaitement le fond de l'utérus et parcourir de l'œil toute l'étendue de sa cavité.

Si l'on suit les progrès de cette dilatation, on voit le col se renverser un peu en dehors, se ramollir, s'effacer pour ainsi dire en s'étalant, puis le fond de la cavité se rapprocher de l'orifice externe. Or c'est la possibilité de maintenir ainsi la cavité dilatée qui constitue pour M. Vuillet le grand avantage de son procédé.

Il semblerait, dit M. le rapporteur, que le maintien ainsi prolongé pendant des semaines et des mois de cette dilatation utérine, dût être pour les malades une cause de souffrance ou tout au moins de gêne. Il n'en est rien. M. le rapporteur croit pouvoir expliquer cette tolérance de l'utérus en disant qu'il est probable qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui se produit quelquefois au moment du travail de l'accouchement. Fortement distendu, l'utérus finit par avoir sa tonicité vaincue.

Si le procédé de M. Vuillet, ajoute M. le rapporteur, n'est pas applicable à tous les cas, il a tout au moins pour lui son innocuité. D'un autre côté, toutes les malades chez lequel il a pu être employé en ont tiré un bénéfice incontestable. Chez quelques-unes même, il a produit une amélioration sérieuse de l'état général. Enfin il donne au chirurgien une certaine facilité opératoire. Rien donc ne s'oppose à ce que de nouvelles expériences soient faites dans ce sens.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser à l'auteur des remerciements pour son intéressante communication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

COMMUNICATION

Strabisme. — M. JAVAL fait une communication verbale sur le strabisme, ses variétés, et sur les diverses méthodes de traitement qui lui sont applicables, en particulier sur la ténotomie ou traitement chirurgical et sur le traitement optique.

Dans quels cas doit-on se borner au traitement optique? Dans quels cas faut-il avoir recours à la ténotomie? Enfin dans quelles circonstances peut-on combiner ces deux méthodes de traitement? Sont-elles également applicables au strabisme convergent et au strabisme divergent? Telles sont les questions et les indications que M. Javal examine successivement.

Nous reviendrons sur cette exposition qui, faite avec une grande rapidité et une grande concision à la fois, ne pourrait que très difficilement être analysée ici.

La séance est levée après cinq heures.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins (1).

Par M. Ch. Desmaze.

II

— Thomas de Saint-Pierre, Normand, était médecin de Charles VI et de sa femme Catherine, *physicus Regis et Catharine ejus uxoris* (2).

1413. — André de Puissieux, physicien du duc de Bourgogne, reçoit vingt florins pour sa pension (3).

3 septembre 1423. — « Lettres du Roy de France et d'Angleterre, données à Paris, à la relation du conseil, par lesquelles il est défendu d'exercer la médecine, sinon aux maistres et licenciés de l'Université (4). »

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 945.
(2) Alfred Franklin, *loc. cit.*
(3) Archives de la Côte-d'Or, B. 388.
(4) Collection Delamarre, 193. (Bibliothèque impériale [manuscrits]).

1430. — « A maistre Jehan Prat, cirurgien, venu vers le duc de Bourgogne pour le guarir de la goutte. »

1469. — « A Olivier le Maulvais, valet de chambre et barbier du corps du Roi Louis XI, pour estui garni de razouers d'argent doré de fin or, sizeaux, peignes et mirouers. xx livres xxii sols (1). »

1470. — « A Jehan Candure, demeurant à Paris, pour avoir apporté à Amboise deux douzaines de sangsues, pour la personne du seigneur Roi....... viii livres v solz. »

— « Pour deux flascongs d'estaing à mettre l'eaue de rose et de fumeterre pour ledict seigneur..... xxxv solz (2). »

22 avril 1473. — Procès entre Olivier le Mauvais, premier barbier du Roi, et les barbiers de Paris. La Cour renvoya au Châtelet.

1484. — Anoblissement du médecin du Roi, Pierrevive.

15 décembre 1507-1508. — « La Court, sur rapport à elle fait, permet à Charpentier et de Gorres de pratiquer et exercer l'art et science de médecine à Paris. »

1536. — Gages de François Navarro, médecin de Henri II, roi de Navarre, trente-sept écus.

1538. — A Arnaud de Cusson, apothicaire, pour service de la maison, vingt-quatre écus.

27 janvier 1543-1545. — « La Court, veue la requeste à elle présentée par Vivant Gautheret et Jacques Gazeau, libraires en l'Université de Paris, avec la certificacion des docteurs en la faculté de médecine de l'Université de Paris, a permis et permect auxdits supplians de pouvoir faire imprimer et exposer en vente ung livre, intitulé *Historia plantarum*, composé par le médecin Leonardus Fuschinus. »

La première édition avait paru à Bâle en 1542 (3).

12 janvier 1553. — La Cour, sur requête du procureur général, ordonne « qu'avant qu'aucun barbier puisse être reçu mestre, il sera tenu servir par six mois sans gages au bureau des pauvres, et panser les malades au quartier qui lui sera ordonné. »

1557. — Honoraires d'Antoine Dulac et Yosandon, médecins, pour avoir soigné Antoine de Bourbon, Roi de Navarre.

30 août 1566. — Sentence du prévôt de Paris par laquelle il est enjoint aux apothicaires jurés « de se trouver deux fois l'an, selon les arrêts du Parlement, ès jours qui leur seront assignés par deux docteurs de la Faculté de médecine choisis par elle, pour procéder à la visite des drogues, dans les boutiques des apothicaires (4) ».

1573. — « Jehan Saucet, médecin, Berthounin Lanne, Jean Lanne, chirurgiens, 7 livres pour une autopsie. »

1576. — Statuts de la Faculté de médecine de Lyon, en quatorze articles, confirmés par édits.

Juin 1581. — Excursion dans les montagnes, aux Eaux-Chaudes. [Dépense de la maison de Henri III, Roi de Navarre (5).]

1582. — Soins à un cuisinier teigneux.

(1) Compte manuscrit des dépenses de la Cour de Louis XI.
(2) *Ibidem*, manuscrit, 1469-1470, cité par Monteil.
(3) Voir *Opera parva Abubetri filii Zachariae, filii Arasi, quae in hoc parvo volumine continentur sunt : Liber Almansorem, tractatus de ægritudinibus juncturarum, de morbis puerorum.* Lugduni, G. de Villers, 1511, in-8°.
(4) Denis Puylon, *Statuts de la Faculté de médecine*, t. III, p. 3. — Charles Jourdain, *Index chronol. chartarum*, t. III, p. 386. — Voir l'*Expérience et approbation d'Ulrich de Hunten, touchant la médecine du boys dict Guaiacum, pour circonvenir et deschasser la maladie indeument appelée francoyse, ainçois par gens de meilleur jugement est dicte et appelée la maladie de Naples*, traduicte et interprétée par maistre Jehan Cheradame Hippocrates, estudiant en la Faculté de médecine. Lyon, en la maison de Claude Nourry; sorte de petit in-4°, sign. A. Küy.
(5) Archives des Basses-Pyrénées, B. 63.

— Aloès pour le Roi. Éponge pour laver la tête du Roi (1).

1582. — A Nicolas Ferrand, chirurgien de Marguerite, Reine de Navarre, pour avoir soigné Henri III de Navarre, à Auch, trente livres. — A Dufresne, médecin de Lescar, pour être venu à Pau soigner Henri III, Roi de Navarre, quatre-vingt-dix livres.

1583. — A Pierre Legendre, chirurgien, pour avoir soigné le Roi blessé au bras, soixante-dix-neuf sols. (Chambre des comptes de Pau.)

1594. — A Olivier Caillard, médecin de Catherine, princesse de Navarre, cent vingt-trois écus de gages. — Claude Gombaud, autre médecin de la princesse (2).

1596. — Antoine Portail fut chirurgien des Rois Charles IX, Henri III et Henri IV; il laissa deux fils, Paul et Antoine Portail, seigneur de Chatou.

— On voit, dans les *Commentaires de la Faculté*, qu'il n'y avait encore à Paris, en 1395, que 31 médecins pour 130,000 habitants, 72 en 1560, pour 200,000 habitants, 46 en 1596, pour 250,000 habitants et 111 en 1652, pour 500,000 habitants (3).

25 octobre 1597. — Arrêt du Parlement de Paris qui enjoint que par MM. Étienne Laffilé, Albert le Fèvre, Michel Marescot, Nicolas Allain, Jean Martin, Barthélemy Perducis, Jean Hautin, Jean Riolan, Jean le Moine, Jean Duret, Simon Pietre, Jacques Cousinot, docteurs régents de la faculté de médecine de l'université de Paris, sera dressé le dispensaire ordonné par les arrêts précédents de la Cour, pour être gardé par les apothicaires de la Cour (4).

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Service de santé militaire.

CONCOURS DE 1886.

Liste, par ordre de mérite, des candidats nommés élèves du service de santé militaire, à la suite du concours d'admission, avec l'indication des hôpitaux auxquels ils sont affectés :

Candidats à quatre inscriptions.

1. Cultin (Nancy). — 2. Cuvillier (Lille). — 3. Jacquet; 4. Braün; 5. Steinmetz (Nancy). — 6. Laporte (Le Dey, à Alger). — 7. Simonot (Saint-Martin). — 8. Georges (Nancy). — 9. Démery (Montpellier). — 10. Morigny (Saint-Martin).

11. Haury (Gros-Caillou). — 12. Bourrus (Bordeaux). — 13. Malafosse (La Charité, à Lyon). — 14. Rascol (Saint-Martin). — 15. Thiébault (Nancy). — 16. Mangour (Bordeaux). — 17. Surel (Lille). — 18. Duron; 19. Lehmann (Nancy). — 20. Daga (Saint-Martin).

21. Payerne (La Charité, à Lyon). — 22. Tardos (Bordeaux). — 23. Hénault (Gros-Caillou). — 24. Mathis (Reims). — 25. Lucy; 26. Cauvet (La Charité, à Lyon). — 27. Rougier (Bordeaux). — 28. Barisian (Gros-Caillou). — 29. Le Renard (Rennes), — 30. Sibut (Nancy). — 31. Monceaux (Lille). — 32. Maire (Nancy).

Candidats à huit inscriptions.

1. Benoît, dit Becker (La Charité, à Lyon). — 2. Destrez (Gros-Caillou). — 3. Legrain (Nancy). — 4. Terrail (Saint-Martin). — 5. Patris (Gros-Caillou). — 6. Viguier; 7. Caillier (Bordeaux). — 8. Lovy (Saint-Martin). — 9. Bourguedieu; 10. Labougle (Bordeaux). — 11. Vigerie (Lille). — 12. Blanc (Toulouse).

Candidats à douze inscriptions.

1. Küster (Le Dey, à Alger). — 2. Gilliard (Gros-Caillou). — 3. Thérault (Saint-Martin). — 4. Petit (Gros-Caillou). — 5. Louis (La Charité, à Lyon). — 6. Hamaide (Saint-Martin).

Candidats à seize inscriptions.

1. Gresset (Saint-Martin). — 2. Castelli; 3. Marion (La Charité, à Lyon). — 4. Lenez (Nancy). — 5. Méchin (Gros-Caillou).

Ces élèves devront se présenter le 10 novembre prochain à MM. les médecins-chefs de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte auxquels ils ont été affectés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert lundi dernier à quatre heures; la question donnée pour la composition écrite a été : Le grand épiploon; Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

— M. le docteur Terver vient d'être élu membre du Conseil général du Rhône, pour le cinquième canton de Lyon.

— M. le docteur Fleyrac est élu membre du Conseil général de la Corrèze, pour le canton de Treynac.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves de seconde année d'études doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront lundi prochain 18 octobre 1886.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 3 novembre 1886, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs en médecine, les examens de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années, suivant la date de leur inscription à l'École pratique.

2° Élèves non obligés et docteurs, suivant également la date de leur inscription à l'École pratique.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, situé 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

(1) Trésorerie de Béarn. Archives des Basses-Pyrénées. — Voir *le Trésor des pouvres*, selon maistres Arnoult de Villenove, Gérard de Solo et plusieurs aultres docteurs en médecine de Montpellier. — Lyon, Claude Nourry; 1527, petit in-folio. — Et *le Sommaire très singulier de toute médecine et cyrurgie, spécialement contre toutes les maladies survenantes quotidiennement au corps humain*, composé par maistre Jehan Gœurot, médecin du Très-Chrestien Roy de France, François Ier. — Lyon, Olivier Arnoullet; 1544, petit in-8°.

(2) Trésorerie générale de Béarn et de Navarre.

(3) Alfred Franklin, *loc. cit.*

(4) Denis Puylon, *loc. cit.*, t. IV, p. 9.

— M. le docteur Michaux, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 19 octobre 1886, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, le plus tôt possible, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heures du soir, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20122

66

ANALYSE D'OCTOBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'octobre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.030,6
	gr.	
Beurre par litre	46.000	
Albumine	9.000	
Caséine	24.200	
Sucre de lait	50.800	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	137.300	137.300
Eau		893.300

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.265
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.629
Magnésie	0.747
Potasse	1.781
Soude	0.165
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.542
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris. Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

57

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent.; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(*Vingt-cinq centigrammes de sel pur.*)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un **emploi** plus **commode** et **agréable**. — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(*Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.*)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. (*Se défier des contrefaçons.*). — Paris, Eug. FOURNIER succr de BOUTIGNY-DUHAMEL, 11, r. Malher. Détail 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50. 50, boulevard de Strasbourg.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

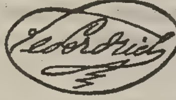
Une instruction accompagne chaque flacon.

66

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



2

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

22

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(*PEPSINE VÉGÉTALE* tirée du Carica-Papaya)

EST LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

(*Voir les travaux de MM. Wurtz et Bouchut.*)

Le SIROP ou l'ÉLIXIR de PAPAÏNE TROUETTE-PERRET rend les plus grands services et guérit rapidement les *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Vomissements, Diarrhées lientériques*, et est le meilleur médicament dans tous les cas où la Pepsine ou la Diastase peuvent être ordonnées.

Les doses habituelles sont : Un verre à liqueur de *Sirop* ou d'*Élixir* ou DEUX CACHETS à prendre immédiatement après chacun des principaux repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

33

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

10

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatique (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

N° 121. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 16 OCTOBRE 1886. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hystérie mâle : L'hystérie dans l'armée.

Depuis l'époque déjà lointaine où nous avons inscrit pour la première fois, dans nos colonnes, ce titre paradoxal et faux d'ailleurs dans son étymologie, mais consacré depuis par l'usage, d'hystérie de l'homme, considérée alors comme une rareté, une exception pathologique, à mesure qu'une étude de plus en plus attentive s'est attachée à cette sorte de faits et que les procédés d'exploration se sont multipliés et précisés à la fois, ces cas, réputés rares, sont devenus de plus en plus nombreux. Si bien qu'ils constituent aujourd'hui un groupe de faits cliniques incontestés, là où ils n'étaient accueillis jadis que par le doute et l'incrédulité. Témoins les nombreuses communications qui ont été faites, dans ces derniers temps, sur ce sujet, aux Sociétés médicales et chirurgicales et les discussions qui s'en sont suivies.

En 1884, M. le docteur Lanoaille de Lachèze appelait ici même l'attention du corps de santé militaire sur cette hystérie mâle qu'il proposait d'appeler *tarassis* (1).

Cette donnée nouvelle d'une hystérie mâle ou tarassis, introduite dans la science par l'étude clinique, n'a pas seulement un intérêt médical pratique au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, elle peut avoir aussi et a eu déjà des applications médico-légales qui sont loin d'être sans importance. Telle est, par exemple, la solution possible à donner à certains conflits, débats ou procès survenus entre des compagnies d'assurances et des particuliers, à l'occasion de paralysies hystériques survenues par traumatismes, à la suite d'accidents d'usines ou de chemins de fer.

Une autre série de questions de même genre se trouve soulevée aussi pour une grande catégorie de sujets, pour l'armée.

M. le docteur Em. Duponchel, médecin militaire, a pensé avec raison qu'en démontrant qu'il faut s'habituer à l'idée de rencontrer des soldats hystériques; en établissant que l'hystérie peut devenir un motif d'exemption du service militaire; en prouvant que la connaissance précise de ses symptômes vient éclairer d'un jour inattendu nombre de faits d'ordre absolument pratique, il contribuerait utilement à la diffusion des principes établis par l'École de la Salpêtrière relativement à l'hystérie mâle.

Il suffirait d'éveiller les souvenirs de la plupart des médecins militaires, dit M. Duponchel, pour qu'ils se rappellent divers cas de paralysies bizarres, ne répondant ni à l'étiologie, ni aux descriptions classiques, ou bien encore certaines attaques mal définies, au sujet desquelles leurs malades sont restés en observation, soupçonnés le plus souvent de simulation. Le jour où l'on sera convaincu que l'hystérie de l'homme n'est point rare, on arrivera à se demander, dans des circonstances semblables, si l'on n'a pas affaire à l'hystérie. Non seulement, en effet, ajoute-t-il, les accidents paralytiques, que les traumatismes font apparaître chez les hystériques, mais toutes les manifestations de l'hystérie mâle se produisent chez les soldats. Il fallait en donner la preuve.

Dans la première observation que rapporte M. Duponchel, il s'agit d'un soldat âgé de vingt-trois ans, Antoine Br..., ancien garçon de ferme, de forte constitution, n'ayant d'autres antécédents de famille qu'une tante maternelle sujette à des attaques de nerfs revenant plusieurs fois par jour, et pour antécédents personnels d'avoir toujours été très agité la nuit et d'avoir eu, pour la première fois, à l'âge de dix-neuf ans, une attaque de nerfs, qui s'est renouvelée plusieurs fois depuis. Un mois après son arrivée au régiment, il tomba de son lit pendant la nuit : quand il se réveilla, il était couché par terre, le nez ensanglanté, le front contusionné, ne se rappelant rien : mais ses camarades lui avaient vu faire de grands sauts. Des attaques semblables se renouvelèrent à la chambrée et à l'infirmerie. Admis à l'hôpital militaire de Bordeaux, il y aurait eu plusieurs attaques. Voici en quels termes l'une d'elles est décrite : Le malade a poussé un cri, il est tombé de son lit et a roulé jusque sous le lit voisin; quand on l'a relevé, il avait de la salive sur la joue; recouché dans son lit, il n'a repris connaissance que plus tard. Quand l'élève de garde est arrivé, il a constaté la réaction normale de la pupille sous l'action de la lumière; le malade dormait profondément. Pas d'émissions involontaires d'urine ou de matière fécale, pas de fatigue au réveil. Toute la surface cutanée du corps est absolument anesthésiée. La sensibilité des muqueuses conjonctivale et pituitaire est diminuée, mais non abolie; les

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, pp. 1036, 1059, 1068; 1885, pp. 523, 826, et 1886, pp. 561 et 586.

couches superficielles seules de la langue sont insensibles. La sensibilité à la température est abolie. La sensibilité tactile est émoussée; perte du sens de la position des membres. Les sens de l'odorat, du goût, de la vision, sont affaiblis, mais non abolis. Rien du côté de la motilité. Les réflexes pharyngien, plantaire, sont abolis. Le réflexe rotulien est intact. Des divers métaux appliqués, l'or seul ramène un certain degré de sensibilité.

Dans une attaque qui a eu lieu ultérieurement, un infirmier a affirmé qu'il l'avait vu le corps en arc de cercle.

Cet homme, reconnu atteint d'hystéro-épilepsie, a été présenté par le médecin-major de son régiment à la commission de réforme.

Une deuxième observation est relative à un cas d'hystérie antérieurement méconnue et tenu en observation en raison d'attaques épileptiformes, lorsque, à la suite d'une nouvelle attaque qui nécessita l'envoi du malade à l'hôpital, on constata pour la première fois les symptômes suivants, qui révélèrent la véritable nature de la maladie : Hyperesthésie de toute la surface cutanée, insensibilité de la partie droite de la langue et de la conjonctive droite; perception atténuée des décharges électriques et de la sensation de chaud et de froid; réflexe pharyngien absolument aboli, ainsi que le réflexe plantaire; ouïe très diminuée, odorat et goût émoussés; champ visuel rétréci pour la lumière blanche, etc.

Ce second cas est un exemple d'hystérie à symptômes atténués, mais suffisants pour assurer le diagnostic.

Les paralysies des hystériques survenant à la suite de traumatismes présentent un intérêt particulier au point de vue des déductions qu'on en peut tirer en médecine légale militaire.

Un cas de monoplégie brachiale hystérique d'origine traumatique suffira déjà à montrer la légitimité de ces déductions. Il s'agit d'un cavalier qui, dans une chute de cheval, se fait une fracture du radius. Au bout de deux mois environ, à la levée de l'appareil, il s'aperçoit qu'il ne peut pas se servir de ce membre : on constate en effet une monoplégie brachiale, flaccide, avec perte absolue de la sensibililé et abolition du sens musculaire; rétrécissement du champ visuel des deux yeux; diminution très notable des appétits génésiques; abolition du réflexe pharyngien et des réflexes plantaires des deux côtés. On apprend enfin qu'il a eu des attaques hystériques dont il n'a pas conservé le souvenir. Cette monoplégie a résisté à une série de moyens de traitement, y compris une saison à Barèges; elle persistait encore deux ans après l'accident.

Ce fait soulève plusieurs questions : d'abord celle de la simulation, manifestement hors de cause ici; celle de la curabilité spontanée possible; de la mise en réforme et enfin de l'admissibilité à une pension de retraite, l'apparition de la paralysie résultant d'un service commandé. On comprend l'importance et les difficultés de la question.

La solution proposée, pour ce cas particulier, où l'infirmité rendant actuellement le service impossible ne pouvait être considérée comme incurable, a été une solution mixte ou intermédiaire, consistant à accorder à ce militaire un congé avec gratification renouvelable tant que l'infirmité subsistera.

On peut rencontrer dans l'armée les cas de grande hystérie les plus graves et les plus accentués. M. Duponchel en donne la preuve en rapportant une observation qui lui a été communiquée par M. le docteur Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, dans laquelle un soldat de vingt-trois ans, ayant des antécédents héréditaires et sujet lui-même à des attaques convulsives fréquentes, a présenté à l'examen qui a été fait de son état au Val-de-Grâce, où il était entré pour une lésion de toute autre nature : de l'hémianesthésie gauche, avec des zones d'hyperesthésie, des phénomènes de transfert, des attaques convulsives, commençant par un aura qui avait pour point de départ l'une des régions hyperesthésiées, avec les caractères des grandes attaques hystéro-épileptiques, entrecoupées de phases hallucinatoires, aptitude à l'hypnotisme et aux suggestions, etc.

A côté de ces cas accentués rares, viennent se placer en beaucoup plus grand nombre des cas d'hystérie à manifestations atténuées qui, sans constituer une incompatibilité avec le service militaire, sont de nature a entraîner l'adoption de quelques mesures d'allègement.

Il résulterait des faits exposés par MM. Lanoaille de Lachèze et Duponchel que le tarassis ou hystérie mâle doit désormais occuper, dans la nosologie générale de l'armée, une place importante qui n'avait pas même été soupçonnée jusque-là. La méconnaissance de ces faits a dû entraîner plus d'une fois à considérer comme des simulateurs ou à prendre pour des épileptiques des malades atteints de convulsions hystériques.

Les caractères qui permettront de reconnaître l'hystérie mâle ou tarassis et d'éviter ces erreurs, sont :

a. Des troubles sensitifs consistant en hémianesthésies ou zones anesthésiques d'étendue variable, dans lesquelles la perte de la sensibilité est superficielle ou profonde, cutanée ou muqueuse, porte à la fois ou isolément sur les sensations de contact, de température et de douleur par piqûre ou torsion.

b. Des troubles sensoriels et spécialement le rétrécissement du champ visuel, avec transposition de l'ordre dans lequel les couleurs cessent normalement d'être perçues.

c. Des modifications dans les réflexes et particulièrement l'abolition du réflexe pharyngien, coïncidant avec la conservation des réflexes tendineux.

d. L'intégrité de la contractilité électrique et la perversion du sens musculaire.

e. Plus rarement des troubles de la motilité, paralysies ou contractures ne s'accompagnant point d'atrophie ou de dégénérescence des tissus.

Dans les cas très graves où l'on verra se dérouler des symptômes semblables à ceux de l'hystérie féminine la plus accentuée : attaques convulsives, avec corps en arc de cercle et attitudes illogiques de la fin des crises; action des métaux; phénomènes de transfert, zones hystérogènes ou hypnogènes, aptitude aux suggestions et à l'hypnotisme, le diagnostic sera particulièrement facile;

Dans les cas d'intensité moyenne, les stigmates de l'hystérie peuvent encore être assez précis, assez bien déterminés, pour permettre de porter le diagnostic. Ils permettent tout au moins de se prononcer sur le nombre d'hommes envoyés dans les hôpitaux militaires pour attaques dites épileptiformes;

Les formes atténuées de l'hystérie mâle soulèvent, comme on le voit, des difficultés de diagnostic et des problèmes nouveaux de médecine légale militaire et nécessiteront la révision des instructions relatives aux causes de réforme, d'exemption, et les conditions de retraite ou de gratifications.

Apoplexie hystérique.

L'exposé qui précède, aussi bien que le fait rapporté récemment à l'Académie de médecine par M. Luys, nous remettent en mémoire le cas d'apoplexie hystérique observé par M. Debove à l'hôpital Andral et communiqué à la Société médicale des hôpitaux à la fin de sa dernière session. Il s'agit encore ici d'un homme, et d'un homme robuste, qui n'avait jamais présenté jusque-là d'accidents nerveux.

Voici la relation de cette curieuse observation qui n'a pu figurer, en temps opportun, dans nos comptes rendus.

Un homme âgé de trente-et-un ans, jusque-là bien portant, se levait de table après dîner (ceci se passait en juillet dernier), lorsqu'il perdit connaissance et s'affaissa. Il resta douze heures privé de sentiment, sans convulsions, sans évacuation involontaire d'urine ou de matière fécale, puis demeura pendant deux heures complètement paralysé du côté gauche; la paralysie diminua assez vite. Cependant le lendemain on constatait encore à l'hôpital un affaiblissement considérable de la face du côté gauche du corps et une hémianesthésie.

C'est cette hémianesthésie qui attira particulièrement l'attention de M. Debove. Voici comment il l'a décrite.

L'insensibilité intéressait tout le côté gauche du corps, peau, muqueuses, muscles et organes des sens. Les yeux fermés, les mouvements perdaient de leur précision. Il y avait un rétrécissement très prononcé du champ visuel, achromatopsie pour le violet, polyopie monoculaire.

L'application d'un aimant rappela la sensibilité dans le membre supérieur gauche, mais en même temps elle disparaissait dans le membre droit, puis l'insensibilité reparut à gauche; et il fallut plusieurs jours d'aimantation pour restaurer complètement la sensibilité de ce côté : il y eut même, à un certain moment, anesthésie des deux membres inférieurs.

Quant à la paralysie motrice, elle suivait la paralysie de la sensibilité dans ses déplacements.

Voilà assurément un cas type de ce que l'on aurait appelé autrefois une « apoplexie nerveuse ». Pour M. Debove, c'est une apoplexie hystérique; et il se fonde, pour formuler ce diagnostic, sur le fait seul de l'hémianesthésie et de sa disparition par l'usage des agents esthésiogènes, et cela bien qu'il s'agisse d'un homme robuste, sans autre antécédent qu'une certaine disposition à l'émotivité; l'hystérie pouvant seule, suivant lui, produire un semblable syndrôme avec son cortège d'oscillations, de transfert et sa curabilité par l'application des aimants.

C'est là un fait tout au moins curieux, s'il n'est pas exceptionnel, qui mériterait d'être étudié dans ses rapports, soit avec l'hystérie commune, soit avec les hémianesthésies symptômatiques de lésions organiques intra-crâniennes ou les hémianesthésies d'origine toxique et, enfin, avec le fait récent de M. Luys, qui semblerait devoir ouvrir la voie à une série nouvelle.

L'élongation des nerfs; sa valeur thérapeutique.

L'élongation des nerfs, dont on ne peut aujourd'hui méconnaître les services dans une certaine mesure, est-elle supérieure ou inférieure à la névrotomie, la névrectomie, la neurotripsie, l'arrachement ? A-t-elle des avantages qui lui soient propres, des indications spéciales ? Ne peut-elle pas s'accompagner d'accidents particuliers constituant des contre-indications ? Dans quels cas faut-il l'admettre, dans quels cas faut-il la rejeter? Quel est, en un mot, le degré précis qu'elle mérite d'occuper dans l'échelle thérapeutique qui comprend les divers procédés mis en usage pour le traitement des lésions des nerfs et des centres nerveux ? — Telles sont les questions que la Société de chirurgie avait mises au concours pour le prix Laborie de 1885.

Voici les réponses faites à ces questions par M. le docteur Félix Lagrange, médecin aide-major, à qui est échu le prix. On y verra une appréciation, fondée à la fois sur l'expérimentation clinique et sur les expériences de laboratoire, des effets thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre et des dangers qu'on a le devoir de chercher à prévenir ou à éviter.

Comme préliminaire indispensable à la partie clinique de ses recherches, M. Lagrange a fait une étude anatomique et physiologico-pathologique comparée de l'élongation et de la névrotomie, de laquelle il résulte : 1° que l'élongation produit au point élongé des altérations analogues à celles de la compression, de l'écrasement, etc; 2° qu'à ces lésions du nerf s'ajoute un retentissement plus ou moins marqué sur la moelle ; 3° que par ce retentissement sur les centres doit s'expliquer l'action spéciale de l'élongation sur les nerfs sensibles.

La conclusion majeure qui en ressort est que l'élongation agit sur les cordons sensitifs en créant des troubles circulatoires nutritifs, inflammatoires, dans la moelle; en quoi elle diffère des autres procédés et doit par conséquent donner des résultats différents et entraîner après elle des accidents et même de graves dangers.

Les accidents observés (au nombre de 42 sur 415 observations) sont : un cas de mort par syncope cardiaque; diverses altérations médullaires, inflammation, ramollissement, hémorrhagie; attaques épileptiformes suivies de mort; pyélite; catarrhe purulent vésical; paralysie du sphincter anal et de la vessie; troubles trophiques mortels tels qu'eschare gangréneuse, etc.

Parmi les accidents de moindre importance et non mortels, M. Lagrange cite encore des paralysies complètes et continues, la flaccidité et l'atrophie musculaire des membres, l'exaspération des phénomènes douloureux, le réveil d'autres névralgies restées jusque-là latentes; des troubles trophiques consécutifs à la dégénérescence irritative des filets nerveux (kératite ulcéreuse après l'élongation du sous-orbitaire, atrophie musculaire rapide après l'élongation du sciatique, suppuration de la plaie, érysipèle phlegmoneux, etc.)

C'est surtout pour la cure des névralgies qu'on a eu recours à l'élongation. On a pu en réunir jusqu'à 300 observations. Le travail de M. Lagrange s'appuie sur 149 cas choisis parmi les plus authentiques et les mieux observés. Nous allons rapidement résumer l'analyse qu'il en fait par séries.

Névralgie du trijumeau ; branche ophthalmique de Willis.

En ce qui concerne le nerf frontal, les tableaux dressés donnent les résultats suivants : 1 observation de guérison constatée après trois ans; 8 observations de guérison à durée non déterminée; 1 observation avec amélioration passagère ; 5 observations avec insuccès. Ces résultats diffèrent peu de ceux que donnent la section et la résection.

Pour le nerf nasal, l'arrachement de ce nerf, sans avoir une valeur spéciale dans la névralgie du trijumeau, relati-

vement à l'arrachement des autres branches appartenant à la cinquième paire, est de toutes les opérations qui portent sur les nerfs de la face, la plus simple dans son manuel opératoire, la plus exempte de complications et celle que les malades pusillanimes acceptent le plus volontiers. Cette opération peut servir dans un grand nombre de cas, pour la névralgie de la région orbitaire, pour le glaucome aigu ou chronique, pour les douleurs ciliaires sans glaucome.

Dans la névralgie de la région orbitaire, l'arrachement du nasal donne des résultats souvent médiocres, quelquefois nuls, mais ils valent ceux que fournit l'arrachement des nerfs sus et sous-orbitaires, ce qui légitime la préférence, vu sa plus grande bénignité.

L'élongation du nerf maxillaire supérieur a été faite 16 fois, dont 5 guérisons suivies plus de deux mois, 4 guérisons sans mention de temps, 1 guérison suivie moins de deux mois, 2 améliorations passagères et 3 insuccès. Comparés aux résultats qu'a donnés la résection, ceux de l'élongation, bien qu'assez bons, leur seraient inférieurs.

L'élongation du lingual et du dentaire inférieur a été pratiquée 14 fois : 5 fois avec guérison suivie de deux mois à trois ans ; 3 fois avec guérison à durée non déterminée ; 3 fois avec amélioration pendant un à quatre mois, puis récidive ; 1 fois avec amélioration à durée indéterminée ; 2 fois avec résultat inconnu.

La résection du nerf dentaire inférieur a été faite très souvent. Sur 26 cas relevés, il n'y a aucun insuccès complet. 22 fois les effets ont été heureux.

D'après ces résultats, la résection et l'excision méritent la préférence sur l'élongation.

Nerfs mixtes. — L'élongation a été faite presque aussi souvent pour les nerfs mixtes que pour les nerfs sensitifs. C'est sur le sciatique que portent le plus grand nombre d'interventions chirurgicales. En y ajoutant les observations relatives au plexus brachial, au nerf crural et aux nerfs intercostaux, la statistique de M. Lagrange donne :

Pour le plexus brachial, 3 guérisons à durée non déterminée ; 1 guérison suivie moins de deux mois ; 4 améliorations passagères ; 1 insuccès.

Pour le nerf médian, 1 guérison suivie deux mois ; 2 guérisons à durée indéterminée ; 2 améliorations passagères ; 1 insuccès.

Pour le nerf cubital, 6 guérisons, l'une suivie un an, l'autre deux mois, 4 à durée indéterminée ; 1 amélioration passagère.

Nerfs des doigts, 2 guérisons.

Nerf crural, 1 guérison.

Nerfs intercostaux, 1 guérison complète ; 1 guérison à durée indéterminée ; 2 insuccès dont 1 mort.

Nerf sciatique, 12 guérisons suivies les unes plusieurs mois ; 2 suivies pendant plus d'une année ; 29 guérisons à durée non déterminée ; 4 guérisons suivies de trois à six semaines ; 16 améliorations passagères ; 4 insuccès ; 1 cas de mort.

Dans les diverses affections des centres nerveux, tabes, myélite transverse, sclérose en plaques, etc., l'élongation est également mauvaise dans ses résultats et par conséquent contre-indiquée.

Dans le tétanos, les résultats donnés par l'élongation ont été à peu près les mêmes que ceux qu'ont donnés l'incision ou l'excision. On a quelquefois observé des succès temporaires et même quelques effets définitifs. Mais il faut distinguer à cet égard le tétanos spontané dans lequel l'élongation n'a que de mauvais résultats et ne doit pas être pratiquée, du tétanos traumatique, et particulièrement du tétanos localisé, dans lequel elle a donné 10 succès sur 44 cas. Il faut ajouter que la proportion des succès dans ce cas ne dépasse pas celle des succès obtenus soit par la névrotomie, soit par les moyens médicaux (chloral, opium, etc.). Somme toute, les contre-indications dominent ici les indications.

En résumé, voici les conclusions générales que M. Lagrange s'est cru autorisé à tirer de cette intéressante étude.

L'élongation des nerfs est une méthode thérapeutique beaucoup plus large dans ses effets et dans ses applications que la névrotomie, la névrectomie ou la neurotripsie. Elle est aussi beaucoup plus dangereuse. Son mode d'application nécessite une circonspection et une prudence très grandes.

D'une façon générale, elle ne devra être employée que pour les nerfs mixtes.

Dans les névralgies de l'ophthalmique de Willis, on peut choisir entre la résection et l'élongation du frontal et du nasal. L'élongation, ou mieux l'arrachement du nasal, doit être préférée à cause de sa grande facilité et de son innocuité absolue. L'élongation ou l'arrachement du nasal est une opération assez bonne pour le glaucome chronique, et excellente pour le glaucome aigu. C'est une opération également précieuse dans le traitement des douleurs ciliaires aiguës ou chroniques.

Dans les névralgies sous-orbitaires, il faudra réséquer le nerf, au besoin extirper le ganglion de Meckel. La résection convient aussi au nerf dentaire.

L'élongation du sciatique est plus dangereuse qu'utile dans le tabes et les diverses affections de la moelle.

Le tétanos n'est pas plus efficacement traité par l'élongation que par la névrotomie. La première peut rendre des services dans les spasmes traumatiques, dans le tétanos localisé au début ; elle agit alors en interrompant le courant nerveux. M. Lagrange juge plus prudent de lui substituer une simple section nerveuse, qui n'a point l'inconvénient d'ajouter une nouvelle irritation à la moelle, ou même la neurotripsie.

Le tic douloureux sera traité par la résection de la branche intéressée du trijumeau ; le tic non douloureux par l'élongation du facial.

Dans les contractures, les spasmes traumatiques, l'épilepsie réflexe, l'élongation donne des résultats appréciables, parfois des améliorations définitives.

Dans les paralysies périphériques, l'élongation a donné jusqu'ici des résultats contradictoires.

Dans la lèpre anesthésique, elle n'agit que contre l'élément douleur, et encore avec une efficacité douteuse.

L'atrophie du nerf optique n'est pas améliorée par cette opération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Luxation de la mâchoire. — M. **FARABEUF** présente plusieurs pièces et plusieurs dessins à l'appui de la communication qu'il a faite dans la dernière séance.

M. **TILLAUX** défend de nouveau la théorie musculaire qui,

selon lui, doit être seule invoquée pour expliquer la fixité de la luxation.

M. DESPRÉS établit une distinction entre le mécanisme de la luxation unilatérale et celui de la luxation bilatérale. Dans la luxation unilatérale, il y a de l'accrochement. En somme, la luxation de la mâchoire ne reconnaît pas, selon lui, une cause anatomique unique. Il y a l'action musculaire, il y a l'action de l'accrochement; il y a aussi, mais exceptionnellement, celle des ligaments stylo et sphéno-maxillaires.

M. FARABEUF ne s'est pas occupé des causes de la luxation; il n'a recherché que les causes de la fixité de la luxation. Or il maintient l'action ligamenteuse à ce point de vue, et montre sur une pièce qu'en coupant le ligament la luxation se réduit.

M. LE DENTU fait observer qu'on voit réalisés sur les pièces et les dessins de M. Farabeuf les rapports de la mâchoire luxée avec la base du crâne. Ce qui l'a frappé dans la réduction des luxations c'est la difficulté qu'on éprouve à abaisser la mâchoire. Quelle est la cause qui s'oppose à cet abaissement ou à l'ouverture de la bouche? Pour expliquer cette résistance passive, il n'y a que les ligaments. C'est là ce que montrent très bien les pièces et les dessins de M. Farabeuf.

M. TILLAUX pense qu'on ne peut pas invoquer une autre cause que la contraction musculaire, comme pour les luxations de l'épaule ou toute autre luxation, sauf celle du pouce.

M. LE DENTU dit que c'est une affaire de sensation et qu'on n'a pas, dans ces cas, la sensation d'élasticité musculaire.

Imperforation de l'hymen. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une note adressée par M. le docteur Defontaine, relative à un cas d'imperforation de l'hymen. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans à laquelle il fit une ponction à travers l'hymen. Il retira un litre de sang. Il se proposait d'inciser à la première poussée menstruelle; douze jours après, il pratiqua cette opération. Il retira un liquide chocolat mélangé de pus. Il prescrivit ensuite des injections de sublimé au millième. La jeune fille souffrit pendant deux mois. Il y avait un écoulement fétide, mucopurulent. En résumé il y eut là des accidents inflammatoires probablement déterminés par le défaut de précautions antiseptiques lors de la première ponction.

Kystes de l'ovaire. — **M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL** lit une note de M. Heurtaux (de Nantes) sur la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. M. Heurtaux communique l'observation d'une jeune femme atteinte d'un kyste de l'ovaire droit, dont le développement s'était accompagné de plusieurs poussées de péritonite. M. Heurtaux pratiqua l'ovariotomie avec les précautions antiseptiques; il fut frappé de la couleur brune de la poche, d'adhérences récentes assez étendues, de la couleur foncée du liquide, enfin de la torsion du pédicule. La malade a guéri après quelques symptômes de péritonite. M. Heurtaux croit devoir établir une relation entre la torsion du pédicule et les accidents d'inflammation et d'adhérences. Il rappelle qu'il y eut des cas où cette torsion entraîna des accidents de rupture, de gangrène et de péritonite foudroyante.

M. Heurtaux communique une observation de rupture d'un kyste ovarique, ayant continué de vivre, grâce aux adhérences. La malade fut opérée et succomba cinquante heures après l'opération, à une péritonite généralisée.

Suture tendineuse. — **M. TERRILLON** présente un petit garçon qui a eu une section complète des tendons extenseurs de la main. Les tendons étaient extrêmement rétractés; il fallut faire une incision de 7 centimètres pour les trouver. Il fit la suture de chacun de ces tendons. Le résultat est aussi satisfaisant que possible. Cet enfant a recouvré non seulement les mouvements, mais même une certaine indépendance. La réunion a été complète par première intention.

M. BERGER rappelle un cas où il a fait la suture tendineuse des extenseurs des orteils avec un succès complet. Comme dans le cas de M. Terrillon, il n'y eut pas traces de suppuration. Dans un cas plus récent, il a eu un insuccès partiel dû à la désunion et à un peu de suppuration.

Hyperostose diffuse du crâne. — **M. POULET** présente un spahi qui porte une grosse tumeur du crâne. Cet homme a reçu, à trois ans, un coup de pied de cheval. Cette tumeur est dure, indolente; elle détermine une compression des nerfs optiques, d'où troubles de la vision. Il n'y a pas de symptômes généraux. M. Poulet pense qu'il s'agit d'une hyperostose diffuse.

M. TERRIER dit que ces cas ne sont pas exceptionnels. Il en cite un semblable, dans lequel il a cru qu'il n'y avait rien à faire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins (1).

Par M. Ch. Desmaze.

III

12 septembre 1598. — Arrêt du Parlement de Paris, renouvelant les défenses faites anciennement « à tous empiriques, non approuvés par la Faculté de médecine, de pratiquer l'art de guérir, et à tous apothicaires et épiciers de délivrer aucune drogue, sinon sur ordonnance des docteurs de la Faculté, des médecins ordinaires du Roi ou de ceux des princes du sang (2) ».

Mars 1608. — Naturalisation à Toulouse de Pierre Canonne, originaire de Cambrai, docteur-médecin à Tarbes (3).

— Voici ce que, dès 1609, disait un illustre président au Parlement de Grenoble, Claude Expilly, des eaux de Vals :

« Ces eaux font des merveilles, confortent l'estomac, en tirent les crudités et la bile, tempèrent le foie, déchargent la rate, chassent les vents et la mélancolie des hypochondres, ouvrent les obstructions et les opilations, font perdre les pâles couleurs et la jaunisse, purifient le sang, rafraîchissent les reins, guérissent de l'hydropisie et la colique, font jeter la pierre qui n'est pas trop avancée, *comminent* et évacuent le calcul et la gravelle, soit des reins, soit de la vessie; clarifient la vue en s'en lavant les yeux, ouvrent l'appétit, fortifient le corps et le font sain, dispos et comme rajeuni et renouvelé. Elles n'ont aucune qualité nuisible au corps, pourvu qu'on en use avec prudence, sans excès ni *débauche*.

On a eu tant de preuves admirables de leurs vertus, qu'on peut les parangonner (*louer*), voire préférer aux plus excellentes et recommandées de l'Europe. »

Claude Expilly subit l'opération de la *taille* à quarante-sept ans, et il vécut vingt-huit ans après avoir pris les eaux de Vals. « En l'an de grâce 1609 et 1610, dit-il, aux mois d'août et septembre, j'allai boire les eaux de Vals. Là, je recouvrai ma première santé, de sorte que depuis je n'ai eu aucun ressentiment de pierre ou de gravelle, dont j'étais travaillé au point que j'avais presque perdu l'espérance de pouvoir désormais passer un seul jour sans douleur ni incommodité, quoique auparavant, en l'an 1608, je fusse heureusement relevé de l'irritation. »

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 961.

(2) Denis Puylon, *loc. cit.*, t. II et t. IV. — Et. du Boulay, *Hist. univ.*, t. VI, p. 911.

(3) Archives départementales, Haute-Garonne, série B. 268. — Voir *Physionomie naturelle*, extraicte de plusieurs philosophes anciens et mise en françois par Antoine Dumoulin, Masconnois. Lyon, J. de Tournes, 1550. — *De cancri natura et curatione*, par Ben Textorem. Lugduni, 1550, in-8°. — *Des divers travaux et enfantemens des femmes; par quels moyens l'on doit subvenir aux accidents qui peuvent écheoir devant et après iceulx travaux*. — Item, *Quel lait et quelle nourrisse on doit eslire aux enfanz*. Livret fort utile, d'abord composé en latin par maistre Euchaire Rodion, et depuis tourné en langue françoyse. Paris, Jehan Foucher; 1536, in-8°. — J.-H. Meibomii, *De flagrorum usu in re medicâ et venereâ*. Edente Claudio Mercier, Parisiis, 1792, in-18.

1601. — « Le 21 septembre, sitôt que l'enfant (Louis XIII) fut né, Hérouard lui fit avaler du mithridace et du vin blanc (1), dans une cuillère, dont il se lécha les lèvres.

« Sa nourrice fut demoiselle Marguerite Holman; on s'étonna qu'il n'aimoit point à teter, on luy trouva le filet, que Guillermin, chirurgien du Roy, luy coupa à trois reprises. Le nombril luy estant tombé fort avant, on mit dessus de la farine et une compresse de linge. Et, quand il avoit esté longtemps sans vuider, un suppositoire fait d'une coste de manne frottée d'amandes douces, ce qu'on commença dès le sixième jour après sa naissance, et le faisoit-on quelquefois. »

— 1601. A François Martel, chirurgien, pour avoir guéri Henri IV, Roi de France, en 1589, douze cents écus.

— Le 1er janvier 1612, « le Roy Louis XIII touche les escrouelles à 200 malades, en la salle basse du Louvre. — Touche 800 escrouellez au mois de mai ».

Le 8 septembre, « le Roy touche 800 escrouellez ».

23 janvier 1615. — Arrêt de défense « à toutes personnes de délivrer aucuns corps morts, pour faire des anatomies, si la requeste n'est signée du doyen de la Faculté de médecine et scellée du sceau de la Faculté (2) ».

Novembre 1621. — Arrêt du Parlement portant que Laurent Guillemot est nommé chirurgien de la Conciergerie de Toulouse, au traitement annuel de 25 écus, qui lui seront payés par le receveur des exploits et amendes, aux lieu et place du chirurgien François Purpan, décédé (3).

1622. — Arrêt de la cour du Parlement sur l'enlèvement des personnes frappées de contagion, logées ès chambres locatives, fermeture de leurs maisons.

12 février 1633. — Arrêt du Parlement de Paris qui taxe le prix des sirops vendus par les apothicaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

C'est lundi prochain, 18 octobre 1886, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, que s'ouvrira la deuxième session du Congrès français de chirurgie, sous la présidence de M. Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, M. le professeur Verneuil étant vice-président; M. le docteur Pozzi, secrétaire général; et MM. les docteurs Coudray, Petit et Prengrueber, secrétaires.

Les séances auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi 18 octobre. — A deux heures, séance d'inauguration; discours du président; compte rendu financier du secrétaire général. Communications de :

M. le professeur Jacques Reverdin (de Genève) : Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

M. le docteur Thiriar (de Bruxelles) : Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale.

M. le professeur Guyon (de Paris) : Des indications et contre-indications de la lithotritie.

Mardi 19 octobre. — Séance du matin, de neuf heures et demie à midi : Nature, pathologie et traitement du tétanos. — Séance du soir, de trois heures à six heures : Questions diverses.

Mercredi 20 octobre. — Séance du matin, de neuf heures et demie à midi : De la néphrotomie et de la néphrectomie. — Séance du soir, de trois heures à six heures : Questions diverses.

Jeudi 21 octobre. — Pas de séance. — Visites et démonstrations dans les hôpitaux.

Vendredi 22 octobre. — Séance du matin, de neuf heures et demie à midi : Des résections orthopédiques. — Séance du soir, de trois heures à six heures : Questions diverses.

Samedi 23 octobre. — Séance du matin, de neuf heures et demie à midi : De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — Séance du soir, à trois heures, clôture du Congrès, nomination du bureau pour la prochaine session. — Questions diverses.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part au banquet qui aura lieu à l'Hôtel Continental, le jeudi 21 octobre, à sept heures et demie, sont priés de se faire inscrire, dès le 18, auprès du secrétaire général.

— Par décret, en date du 9 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Ravaud, Cartier, Brunet, Japiot, Berthelemy, Saint-Martin, Serrigny, Stahl, Rasurel, Serbouce, Truffet, Fleurot, Lemaire, Coutal, Popu, Perrin, Molliet, Daujat et Royer;

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Rossignol, Royer, Hariot, Braun, Parmentier, Duprat, Grandpierre, Vernier, Kuss, Bazard, Mouflier et Dorez.

— Par décret en date du 11 octobre 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Keller et Chantemesse.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Blanchard et Lagelouze.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. Cléramboust et Massie.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Faucon, Eustache, Dubar et Leloir.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Cadeau, Butruille et Ballet.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Martel.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Huber et Comby.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Ménière (Louis-Pierre).

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. Mengin, Ménard et Perrichot.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Wollenweber.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Mélisson et Cellier.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. Duprat.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Mâreau, Herpin, Pion, Lachaize, Sainton et Meunier.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Wolff, Hébert de la Rousselière et Motais.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Chavanis.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Coze.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Nicolas.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Satre, Gazet, Bernard et Bremont.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Signoud.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Decoster.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Salès, Rouquette et Blancard.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Salva.

(1) Bibliothèque impériale (manuscrits). *Particularités de la vie du Roy Louis XIII* (manuscrit). Supplément français, 928-10321.

(2) Archives de l'Empire, V. 567.

(3) Archives de la Haute-Garonne, 412.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 octobre 1886, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Poitiers, est déclarée vacante.

— *Hospices d'Orléans.* — Un concours pour deux places d'internes à l'Hôtel-Dieu d'Orléans s'ouvrira le 29 octobre 1886, à une heure.

Les candidats devront se faire inscrire et déposer leurs pièces au secrétariat des hospices d'Orléans, où ils recevront tous les renseignements sur ce concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20138

Nº 122. — MARDI 19 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 19 OCTOBRE 1886. — Nº 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Indications thérapeutiques générales de la fièvre typhoïde.

Je veux profiter de ce qu'aucun cas urgent de diagnostic, de pronostic ou de thérapeutique ne s'impose aujourd'hui à notre examen, pour répondre à une question maintes fois adressée par quelques-uns d'entre vous : « Quel est le traitement de la fièvre typhoïde? », pour étudier avec vous de quels principes généraux vous devez inspirer votre conduite en face d'un typhoïdique.

Vous n'ignorez pas que, parmi les maladies aiguës avec lesquelles vous allez avoir à compter, vous n'en rencontrerez pas de plus commune que la fièvre typhoïde, la tuberculose, la pneumonie et la diphthérie exceptées. Vous ne pouvez ignorer la place vraiment lamentable que la fièvre typhoïde détient dans la léthalité des nations civilisées, des grandes villes notamment, et cependant, je vous étonnerais peut-être si je vous disais que dans la léthalité parisienne elle occupe le quatrième rang (comme je le chiffrais l'an dernier au cours d'hygiène de la Faculté) et qu'en cinq ans elle a tué à Paris plus de 8,000 personnes.

Vous dire le chiffre de la léthalité typhoïdique (le seul que les statistiques parisiennes donne, car, sachez-le bien, nous sommes chaque semaine renseignés sur la léthalité et non sur la morbidité urbaine), ce n'est vous donner qu'un très faible aperçu de son intensité. Vous ne pouvez vous en faire une idée, qu'en sachant que la léthalité représente vraisemblablement, au bas minimum, 15 pour cent de la morbidité.

Vous pressentez, d'après ces chiffres, quel tribut dans le milieu parisien nous payons à la fièvre typhoïde, tribut léonin quand on songe qu'elle porte sur les forces vives de la nation, sur les jeunes, quand on songe que parmi ceux qui sont frappés si le petit nombre succombe, le grand nombre demeure touché. Évoquez vos souvenirs, rappelez-vous que maints états morbides avec lesquels nous avons journellement à compter ont leur origine dans une fièvre typhoïde (myocardite, aortite, néphrite, périsplénite, hépatite, névrite, myélite, etc., etc.), et vous conviendrez que je n'exagérais en rien quand je vous disais la fréquence et l'importance de la fièvre typhoïde. S'il y a là matière à réflexions et à préoccupations pour les hygiénistes et les édiles, il y a là matière aussi aux efforts des médecins en quête de guérir ce que l'hygiène a été impuissante à empêcher.

Voilà pourquoi les jeunes médecins qui entrent dans la carrière avec le souci de leur responsabilité et le désir de bien faire nous abordent, comme le faisait hier encore un tout jeune confrère d'une ville prochaine, en nous demandant : « Dites-moi, je vous prie, votre traitement de la fièvre typhoïde, car vous avez un traitement de la fièvre typhoïde? »

A cette question, qui part d'un honnête sentiment, il n'y a qu'une réponse, qui vous étonnera autant qu'elle surprenait le jeune confrère à qui je la faisais, « mais de traitement de la fièvre typhoïde, je n'en ai pas, si par traitement de la fièvre typhoïde vous entendez un traitement adéquat, un traitement dont doivent être justiciables tous nos malades, un traitement spécifique semblable, par exemple, à celui du rhumatisme par le salicylate de soude, de la vérole par le mercure ou l'iodure de potassium, du paludisme par le sulfate de quinine. Si vous l'entendez ainsi, de traitement de la fièvre typhoïde je n'en ai pas, ni moi, ni vos maîtres, ni personne. »

« Mais alors (reprenait mon interlocuteur, qui tient à avoir un traitement pour chaque maladie, pour la fièvre typhoïde surtout, parce qu'il est actuellement aux prises avec une épidémie), mais alors, si vous n'avez pas de traitement, si vous n'avez pas de siége fait d'avance, comment agissez-vous, d'où tirez-vous vos indications thérapeutiques, car je ne doute pas que vous ne fassiez quelque chose? Empirisme ou idées doctrinales, quelque chose vous mène et vous guide, dites-moi alors que ce quelque chose vous suffit, à vous et à vos malades, et surtout ce quelque chose, dites-moi quel il est, car vous n'êtes pas homme à tenter quelque chose ou ne rien faire sans dire le pourquoi et le comment? Si vous n'avez pas d'idées doctrinales, si vous n'avez pas foi aux enseignements de la vieille clinique et de l'empirisme, si vous n'avez pas non plus de principes thérapeutiques d'accord avec les notions nouvelles touchant la nature microbienne de la fièvre typhoïde, quand aurez-vous une doctrine thérapeutique, et que sert alors la réforme, pour ne pas dire la révolution, qui mène si grand tapage en nosographie? »

A cet interlocuteur, qui ose dire tout haut ce que beaucoup d'entre vous disent tout bas, on peut répondre : d'a-

bord, que personne n'a, que je sache, *un* traitement de la fièvre typhoïde à lui proposer ; ensuite, on peut lui répondre tant de choses, que j'ai pensé qu'il ne serait pas superflu de faire entendre ici même mes réponses, au lieu de le faire au lit de nos typhiques, là où la demande d'*un* traitement nous est journellement faite.

Je réponds, d'abord, on a tort de s'imaginer, que, tous ceux qui parmi nous ou autour de nous, sont si anxieux de recherches et de découvertes étiologiques et pathogéniques, on a tort de s'imaginer que ceux-là prétendent tirer de leurs recherches immédiatement, forcément, logiquement, — comme on tire des conséquences de prémisses, — une thérapeutique étiologique et pathogénique. Les préoccupations étiologiques et pathogéniques, qui sont l'œuvre pie des nosographes actuels, ont pour but d'apporter la lumière là où hier il n'y avait qu'ombre et chaos; la prophylaxie et la thérapeutique ne peuvent qu'y gagner. La thérapeutique assurément n'y pourra perdre si elle n'y gagne pas, car les médecins les plus sages entendent ne rien oublier de la vieille médecine pour beaucoup apprendre de la nouvelle; ils savent très bien que le meilleur de la thérapeutique est venu de l'observation attentive, de l'enseignement des faits, de l'empirisme.

De ce qu'une maladie voie son étiologie et sa pathogénie s'éclairer à la lueur des conceptions et des démonstrations contemporaines, ce serait une erreur de conclure que cette lumière doit, immédiatement, fatalement, s'étendre au traitement de cette maladie, notez que je dis traitement et non prophylaxie de cette maladie. Le traitement est notre affaire immédiate, directe à nous autres médecins; la prophylaxie est l'œuvre de l'hygiéniste. De ce que nous connaissions l'étiologie des lésions alcooliques, des lésions saturnines et autres, il ne s'ensuit nullement que cette notion nous mène au traitement approprié. Encore un coup, l'étiologie d'une maladie mène à sa prophylaxie et non à sa thérapeutique.

Rien d'étonnant, alors, à ce que les recherches d'Eberth, qui ont montré et isolé l'agent de la fièvre typhoïde sous la forme que vous ne pouvez ignorer (bâtonnet émoussé à ses deux extrémités), recherches confirmées par Klebs, Meyer, Friedlander, Gaffsky, rien d'étonnant à ce que ces recherches ne mènent pas logiquement, fatalement, immédiatement, au traitement de la maladie, c'est-à-dire au traitement de tout cet ensemble d'actes par lesquels passera l'économie humaine pénétrée par l'agent parasitaire.

Ne croyez pas, si la thérapeutique n'en découle pas, que cela tienne à ce qu'un doute plane encore sur la notion étiologique; cette question paraît vraiment résolue.

Vous n'ignorez pas que Gaffsky a isolé le microorganisme, et, par la culture sur la gélatine, a vu le bacille d'Eberth donner naissance à des spores et à des filaments. Vous n'ignorez pas que le microorganisme a été reconnu, isolé, cultivé, après avoir été recueilli, non pas seulement sur des pièces de nécropsie, mais en clinique, directement dans la rate, par ponction, avec la seringue de Pravaz, par Maragliano et Sciamma. Pareils résultats ont été tout récemment obtenus par Philipowicz dans quatre cas de fièvre typhoïde : le suc retiré de la rate, par ponction à travers les téguments, lui a servi à faire des préparations microscopiques et des cultures dans de la gélatine-peptone avez assez de netteté pour que Philipowicz propose la ponction de la rate pour établir le diagnostic de la fièvre typhoïde dans les cas douteux.

La notion étiologique semble donc bien dégagée, il paraît bien que la cause déterminante, *sine qua non*, de la fièvre typhoïde, soit l'infection par le bacille d'Eberth. Quoi qu'il en soit, de cette découverte ne pourra découler une indication thérapeutique que le jour où, en plus des caractères morphologiques du bacille d'Eberth, nous saurons quelque chose de sa biologie, nous saurons quelque chose des conditions propres ou impropres à sa fertilité ou à sa stérilité. Aujourd'hui, nous connaissons le fait brut de l'existence du bacille d'Eberth chez les typhoïdiques, et puis c'est tout; nous ignorons ce qui, parmi les éléments physiques (chaud, froid, sec, humide) ou chimiques (milieu alcalin, acide, neutre), est propre ou impropre à l'existence, à la germination et à la prolifération du microorganisme.

Le jour où nous connaîtrons la biologie des infiniment petits, ce jour-là pourra être tentée une thérapeutique étiologique, — pourvu, bien entendu, que la médication dirigée contre le parasite soit inoffensive pour le malade, sans quoi le médecin jouerait le rôle grotesque et homicide de l'ours de la fable, — c'est-à-dire une thérapeutique qui saura s'ingénier à créer un terrain défavorable au contage.

Ce jour-là, ce jour-là seulement, la thérapeutique étiologique naîtra. Cette thérapeutique nous viendra peut-être, pour la fièvre typhoïde, par l'empirisme, comme par l'empirisme elle nous est venue pour la syphilis et pour la fièvre paludéenne. Peut-être viendra-t-elle par la science, par les recherches incessamment renouvelées; peut-être, en cherchant de mille et une façons, trouvera-t-on, pour la série des agents pathogènes, des manières de rendre l'homme impropre à la culture du bacille d'Eberth, comme Raulin. dans son expérience à jamais fameuse, a trouvé le moyen d'arrêter la culture de l'aspergillus?

Avant que nous ayons trouvé, soit par l'empirisme, soit par la recherche scientifique, *le milieu* réfractaire à la vie des éléments typhoïdiques, force nous est, à nous autres médecins (puisque les éléments pathogènes sont dans la place, puisque la maladie est déclarée), force nous est de savoir si nous ne pourrions pas, pénétrant le comment de la maladie, enrayer celle-ci. Le *comment* veut dire, que, entre la réaction, la souffrance, les troubles de l'économie et l'agent morbide, il y a eu quelque chose, un procédé instrumental mis en œuvre, un moyen employé pour s'attaquer aux organites et les perturber.

Ceci m'amène à parler de la *pathogénie, du comment* de la fièvre typhoïde. Les procédés employés par le contage ne peuvent, pour qui veut bien y réfléchir, se concevoir que comme des désordres mécaniques ou d'intoxicaion.

Par son nombre, sa confluence, son action de présence, sa colonisation, le bacille d'Eberth exerce assurément une influence locale que l'on conçoit de suite et contre laquelle la thérapeutique évidemment ne peut rien.

Du fait seul de sa pénétration dans l'organisme, du fait seul de son développement au sein des tissus, le microbe pathogène joue un autre rôle que celui d'une épine inflammatoire, que celui d'un corps étranger qui, de force, a pénétré l'économie. Ce microbe pathogène est un élément vivant qui fait œuvre biologique, — œuvre malsaine, c'est entendu, — et devient, au sein des tissus infectés, cause de fermentations chimiques anomales dont les produits toxiques sont cause immédiate, à leur tour, des symptômes observés : hyperthermie, perturbation fonctionnelle des organes, troubles de nutrition locale, troubles nerveux, etc., etc.

C'est que le microbe pathogène fait bien autrement œuvre de fermentation, d'intoxication, que de traumatisme; c'est que le microbe pathogène empoisonne plus qu'il ne blesse; c'est qu'il est la source de certains alcaloïdes. La chose est aujourd'hui scientifiquement démontrée, certains alcaloïdes animaux sont *fonction* de microbes pathogènes, ou, en d'autres termes, les alcaloïdes qui se forment au sein de notre économie ont pour origine la destruction bactérienne des albuminoïdes, comme l'a démontré le professeur Gautier.

C'est cette intoxication secondaire, cette intoxication, — remarquez que je ne dis plus infection, — par les alcaloïdes fabriqués aux dépens de l'organisme par les alcaloïdes, fonctions microbiennes, qui paraît donner la clé de la pathogénie des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde notamment.

C'est là, dans le produit de destruction des albuminoïdes par les bactéries qu'il faut chercher l'intermédiaire entre la pénétration du microbe d'Eberth et la maladie : l'intoxication est œuvre du microbe, c'est le procédé instrumental employé par l'élément pathogène pour mettre à mal l'économie. Si le microbe est le *pourquoi*, la cause ; la ptomaïne, l'alcaloïde toxique, produits de la fermentation bactérienne des albuminoïdes, sont le *comment* de la maladie.

Ne savez-vous pas que Brieger a obtenu, par la culture pure de grandes quantités de bacilles de la fièvre typhoïde, une ptomaïne, une base qu'il a pu isoler, et dont il a mis en lumière la toxicité par ses expériences sur le cobaye dont il amenait la mort en vingt-quatre heures?

Cette question des ptomaïnes ne peut plus, à l'heure qu'il est, vous rester étrangère : à cette question se rattachent les problèmes les plus intéressants de pathogénie et de pathologie générale, sans compter toute une série de questions médico-légales.

A cette question se rattachent, pour ne citer que les principaux, les noms de : Selmi, Mosso, Brouardel, Boutmy, Brieger, Gautier, Bouchard, Villiers, [redacted] et Nicati.

Cette question des ptomaïnes et des leucomaïnes date d'hier et déjà elle est féconde ; il est clair que de ce côté pourront venir certaines indications de cette thérapeutique pathogénique dont je parlais tout à l'heure.

Si on ne peut s'opposer à l'entrée et à la vie des microbes pathogènes, peut-être arrivera-t-on à s'opposer aux fermentations qui aboutissent aux alcaloïdes ou, si ceux-ci se forment, pourrait-on les annihiler par des transformations chimiques, ou bien favoriser leur exode par tels ou tels émonctoires?

Tout ceci doit vous faire comprendre que, des résultats scientifiques acquis, ne peut et ne pouvait découler *le traitement* de la fièvre typhoïde, comme il y a un traitement de la syphilis et de la fièvre intermittente. *Un* traitement, nous n'en possédons pas d'empirique ; nous n'en possédons pas d'étiologique; nous n'en possédons pas de pathogénique. Ce que nous possédons c'est une doctrine générale, c'est une manière de voir vis-à-vis de nos typhiques, qui s'inspire de ce que nous venons de dire et qui est l'écho des principes pathogéniques que je vous ai énoncés. Appréciant, en clinique, l'intoxication par les ptomaïnes, produit des fermentations bactériennes, au taux des troubles fonctionnels, voyant dans la fièvre un de ces troubles fonctionnels adéquats à la formation des ptomaïnes, nous nous préoccupons de celle-ci autant parce qu'elle est effet que parce qu'elle cause; nous nous préoccupons de la fièvre parce qu'elle marque le taux de l'infection et de l'intoxication, et c'est pourquoi nous lui opposons de préférence le sulfate de quinine que nous donnons, vous le savez, à hautes doses, prétendant (avec quelques-uns de nos maîtres les plus autorisés et avec notre expérience propre en la matière) que jamais il n'a fait chez les typhoïdiques le mal qu'on lui impute.

Nous préférons le sulfate de quinine qui n'est, comme le dit mon maître M. Bouchard, antithermique que parce qu'il est un antiseptique spécial à action élective. C'est l'antithermique de la fièvre typhoïde et de la fièvre puerpérale, parce que c'est l'antiseptique par excellence de la fièvre typhoïde et de la fièvre puerpérale : et la meilleure preuve qu'invoque M. Bouchard pour montrer que le sulfate de quinine n'est antithermique que parce qu'il est antiseptique c'est que le sulfate de quinine, donné à l'homme sain, n'abaisse pas la température.

C'est dans le même ordre d'idées (réfrigération pour diminuer l'*activité* des éléments pathogéniques et par suite leurs conséquences) que scientifiquement on recourt à l'eau froide intus et extra sous toutes formes : lavements (Hardy), lotions (Jaccoud), bains par la méthode de Lyon que vous trouverez magistralement exposée dans le beau travail de Tripier et de Bouveret.

La quinine, le froid qui, *théoriquement,* diminuent l'activité bactérienne donnent, *empiriquement,* d'énormes résultats comme en témoignent tous ceux qui, de propos délibéré, ont donné du sulfate de quinine et ont fait de la réfrigération.

A l'antiseptie par la quinine et la réfrigération ne doivent pas se borner les efforts du médecin : étant donné que le bacille a déterminé la *fermentation toxique,* qui est au maximum dans l'intestin (Bouchard), il faut deux choses :

1° Entraver la production et l'absorption des ptomaïnes;

2° Faciliter leur élimination.

1° Pour entraver les ptomaïnes il est nécessaire de faire l'*antiseptie intestinale :* celle-ci étant bien faite, M. Bouchard a constaté qu'il fallait une quantité quatre fois plus grande d'urines pour tuer un animal. Cette antiseptie sera obtenue soit avec le charbon, 100 grammes (Bouchard); l'iodoforme, 50 centigrammes (Bouchard, Renaut); le salicylate de bismuth (Vulpian, Desplats); ou bien encore avec l'iodoforme et la naphtaline (Bouchard).

Commandée par les raisons pathogéniques que je vous disais tout à l'heure, réclamée par la théorie, l'antiseptie intestinale donne empiriquement, pratiquement, des résultats qui sont faits pour plaire à mon jeune interlocuteur qui voudrait un traitement de la fièvre typhoïde. Certes, les antiseptiques intestinaux ne sont pas *le* traitement de la fièvre typhoïde, mais ils *doivent faire partie du* traitement de la fièvre typhoïde. Avec l'antiseptie par le charbon mon maître Bouchard avait, en dépit de la gravité de certaines épidémies, maintenu sa mortalité à 15 p. 100, avec l'iodoforme il l'a fait descendre à 10 p. 100 (pareils résultats ont été obtenus à Lyon par mon ami le professeur Renaut, qui combine les bains froids avec l'iodoforme); avec l'iodoforme et la naphtaline, Bouchard obtient un taux de mortalité encore inférieur. Ce sont là des résultats qui, pour déduits qu'ils soient de vues doctrinales, n'en emportent pas moins, en fait, toute leur valeur.

Nous ne disons rien ni de l'acide salicylique ni de l'acide phénique qui, à faibles doses, sont de beaucoup inférieurs aux antiseptiques que nous venons de citer, et qui, à doses

fortes, cessent de pouvoir être employés sous peine d'accident.

Votre préoccupation d'entraver la production et l'absorption des ptomaïnes ne doit pas être la seule, elle doit être doublée du souci de faciliter leur élimination, de veiller sur le fonctionnement de chacun des émonctoires. Votre attention de chaque jour doit être éveillée du côté du rein. On peut, sans paradoxe, dire qu'à moindre urination correspond une plus grande toxicité des urines d'un typhique. Pour qu'un rein dépure bien un thyphique, il faut que celui-ci garde non seulement l'intégrité organique, mais encore l'intégrité fonctionnelle : la première est apurée au mieux par la combinaison de l'antiseptie antithermique (bains froids) et de l'antiseptie par l'iodoforme, comme l'a prouvé mon maître et ami, le professeur Renaut, qui ne voit plus de fièvre typhoïde à forme rénale. Quant à l'intégrité fonctionnelle du rein, elle dépend de la tension artérielle, laquelle dépend à son tour de deux facteurs : 1° de la quantité d'eau en circulation, ce pourquoi nous recommandons tant qu'on fasse boire les typhiques; 2° du fonctionnement du cœur dont la qualité vous sera connue autant par les caractères du pouls que par l'examen du cœur.

Voilà pourquoi le pouls est si important à consulter : si important même qu'on pourrait dire que si on était dans la nécessité de choisir entre le pouls et la température, il vaudrait mieux sacrifier la seconde au premier. Liebermeister a dit, avec raison, que la clé de la fièvre typhoïde était dans le pouls, c'est que le pouls ne donne pas seulement la notion de l'adultération cérébro-spinale, de l'intoxication du malade, il ne donne pas seulement la notion du plus ou moins d'éréthisme cardiaque, il donne la notion d'une résultante, la *tension artérielle*, d'où dépend la pression rénale, d'où dépend l'excrétion excrémentitielle qui détient l'élimination des principes toxiques (produits des fermentations albuminoïdes par les microbes).

D'où vous déduisez la gravité des formes typhoïdes rénales ou cardiaques, d'où vous déduisez aussi la gravité de toutes les fièvres infectieuses chez les rénaux. C'est ainsi que nous annonçions la gravité, l'an dernier, à cette même place, d'une fièvre éruptive chez un de nos malades qui avait une albuminurie (suite de cystite calculeuse) avant sa variole. Celle-ci fut tellement rapide et grave, tellement purpurique que nous la prîmes pour une fièvre scarlatine maligne : il s'agissait d'une variole chez un homme jeune, vacciné, variole qui le tuait en quelques jours, avant la vésico-pustulation, et cela parce qu'il était albuminurique, parce qu'il était néphrétique avant d'être variolisé !

Si vous avez bien suivi les considérations étiologiques et pathogéniques; si vous avez compris le pourquoi et le comment de la fièvre typhoïde; si vous avez compris que des *symptômes* nous concluons, suivant leur intensité, à l'intensité de production des alcaloïdes toxiques, vous comprenez comment nous sommes incité à faire appel :

1° Au sulfate de quinine et au froid;

2° A l'antiseptie intestinale;

Vous comprenez aussi combien nous redoublerons d'efforts chez un malade (expériences instructives de Bouchard, Chassin, Roger) qui aura une affection hépatique ou une affection rénale ou une affection cardiaque, puisque chacun de ces malades aura chance d'être plus intoxiqué que son voisin. Vous comprenez qu'en remplissant chacune de ces indications, nous approcherons d'un traitement rationnel de la fièvre typhoïde.

Voilà comment les notions étiologiques et pathogéniques sont d'accord avec la sagesse des nations médicales qui avaient bien enregistré (sans chercher à comprendre) la coïncidence de certaines formes mauvaises de la fièvre typhoïde coïncidant avec l'*altération* de certains organes.

Voilà comment vous comprenez qu'il puisse y avoir des *indications* doctrinales aidant à traiter les typhiques.

C'est au médecin savant de les chercher et de les poser, c'est au médecin artiste de les saisir, de les appliquer et de s'en servir avec tact pour le plus grand bien de ses malades, en se souvenant que, soit la méthode de Brandt, soit la méthode de l'antiseptie intestinale donnent, par leurs résultats (abaissement considérable de la mortalité) pleinement raison aux prémisses posées par la doctrine du parasitisme envisagée dans son ensemble et dans toutes ses conséquences, *étudiée* dans sa pathogénie, étudiée dans les procédés instrumentaux mis en œuvre par les bacilles pour perturber l'économie. Je fais encore, et toujours, allusion aux leucomaïnes, ces alcaloïdes toxiques animaux dont la découverte est bien française puisqu'elle appartient à deux de nos maîtres, aux professeurs Gautier et Bouchard, après lesquels sont venus les magnifiques travaux du chimiste Brieger (de Berlin). Je n'ai pas, bien entendu, la prétention d'avoir traité ni même essayé de traiter devant vous la question complète et complexe du traitement général de la fièvre typhoïde. J'ai voulu vous montrer la question sous un de ses aspects nouveaux et scientifiques, je m'estimerais heureux si j'avais pu seulement éveiller dans vos esprits le désir d'étudier deux des plus grandes parmi les questions à l'ordre du jour, la question de l'antiseptie médicale et la question des ptomaïnes bactériennes intestinales, questions auxquelles restera légitimement attaché le nom de mon maître, le professeur Bouchard.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPNOTISME ET DE LA SUGGESTION.

Par M. le docteur E. Authenac.

Certain jour de 1884, j'étais arrêté en pleine campagne pour voir une jeune fille de dix-sept ans, venue de Bordeaux et en visite chez des parents. Elle avait son membre supérieur droit contracturé, dans l'adduction le long du corps, mais tourné de telle sorte que la paume de la main regardait en dehors. Cette position était gênante et douloureuse. Je pus facilement me convaincre que cette contracture était d'origine purement nerveuse, et, sur mes instances, la jeune malade déclara qu'elle avait déjà eu des crises dont la description rappelait la grande hystérie ou hystéro-épilepsie. Elle ajouta qu'on l'avait endormie à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Après cet aveu et n'ayant pas, pour le moment, d'autre moyen de la soulager, je résolus de l'hypnotiser : ce que je fis aussitôt, après avoir obtenu son consentement.

Le sommeil vint en très peu de temps, et je pus alors, sans la moindre difficulté, tourner le bras, l'avant-bras et la main, et les placer dans leur position naturelle. J'avais pourtant essayé de forcer ce bras avant d'amener le sommeil, mais je n'avais pu réussir même en déployant une certaine énergie, et quoique la malade ne fît point le moindre effort apparent.

Le résultat obtenu, j'éveillai la malade sans que j'eusse songé à lui suggérer de ne plus entrer en contracture ; aussi le réveil s'accompagna-t-il d'une nouvelle raideur occupant, cette fois, le membre supérieur gauche.

Comme ma manière d'agir éveillait une curiosité plus que naturelle chez des habitants de la campagne, je n'insistai pas et je re-

venais le lendemain muni d'un appareil de Gaiffe. La faradisation produisit alors les mêmes effets que l'hypnotisme de la veille, mais sans retour de la contracture. Cette jeune fille resta quelques jours encore en visite et n'eut plus ni crises ni contractures.

J'ai retenu cette observation qui rapproche, pour moi, des phénomènes semblables produits par deux actions différentes, et, toutes deux, puissantes quand il s'agit d'hystérie : l'électricité et l'hypnotisme.

Si, à cette époque, j'avais connu les faits dont je viens d'être témoin tout récemment, je n'aurais pas eu besoin de la faradisation pour maîtriser une contracture.

En effet, après avoir facilement endormi une jeune fille, ces jours derniers, j'ai pu le lendemain, et cette fois sans l'endormir, lui suggérer à volonté que son bras était contracturé, puis, qu'il ne l'était plus; qu'elle ne pouvait pas marcher, qu'elle était clouée sur place, puis que la progression était redevenue possible, qu'elle ne pouvait plus parler, puis que la parole lui était rendue ; que ce qu'elle buvait était exquis, puis sucré, puis amer ; qu'elle avait besoin d'aller à la garde-robe, etc. Si de pareils phénomènes sont susceptibles de se produire chez toute personne facile à hypnotiser, il serait vraiment très facile de vaincre une contracture sans avoir recours à un nouveau sommeil.

L'hypnotisme peut-il faire avorter ou empêcher des crises d'hysteria major?

J'ai eu l'occasion, en 1881, et sur l'avis conforme d'un de mes confrères, d'essayer de ce moyen de traitement chez Mme F..., âgée de quarante-six ans. Je connaissais peu, à cette époque, les phénomènes de suggestion ; aussi me suis-je contenté d'endormir simplement cette malade. Je n'ai pu y parvenir le premier jour et ce n'a été que très difficilement le lendemain ; mais à chaque fois ensuite, la résistance au sommeil devenait moins grande. Il est vrai que je n'ai pu, par ce moyen, prévenir les attaques, mais, et c'est là un fait constaté par la malade et par moi, les attaques étaient bien diminuées en nombre, en longueur et en douleurs pénibles.

Avant d'employer l'hypnotisme, les crises se composaient d'une série de trois, quatre ou cinq attaques pendant lesquelles la malade se raidissait et se jetait violemment en arrière en étendant les bras, tournant les poignets; puis, se portait brusquement en avant, courbée en arc de cercle tantôt antérieur, tantôt latéral, et poussait des cris qui exprimaient une vive souffrance; les yeux étaient hagards, mais la perte de connaissance était incomplète.

Ces symptômes sont bien ceux de la grande hystérie. Eh bien, sous l'influence de l'hypnotisme, chaque crise ne se composait plus que d'une ou deux attaques à intervalle de repos plus court; chaque attaque, au lieu de durer quinze ou vingt minutes, n'était plus que de cinq minutes, en sorte que la crise totale n'avait plus une durée d'une heure ou davantage ; mais elle était terminée en un quart d'heure. J'avais obtenu ce résultat en cinq ou six séances après lesquelles ma malade affirmait que j'avais acquis un grand empire sur elle. Serais-je parvenu à guérir complètement la malade de ces attaques ? Je l'espérais, mais elle dut s'éloigner au moment où son état de santé s'améliorait.

Je dois ajouter que l'électricité sous forme de courants continus ou de courants induits n'avait absolument rien produit. Quelques mois plus tard, les crises de cette malade cessaient sous l'influence d'une forte émotion morale qui avait duré plusieurs jours. Apparues de nouveau deux ans après, les crises ont cessé après une émotion de même durée, et j'ai su que, depuis, elles ont reparu mais moins intenses et moins fréquentes.

Comme nouveau fait d'hypnotisme, je signalerai un essai que je viens d'entreprendre sur une petite fille de quatre ans, atteinte d'incontinence nocturne d'urine et dont la malade précédente est la grand'mère : c'était pour suivre la pratique de M. Liébeault (de Nancy) ; mais j'ai vu que le sommeil provoqué amenait chez cette enfant une grande fatigue ; la nuit qui a suivi cette expérience a été plus agitée, et l'enfant a eu son lit aussi mouillé que d'habitude, sinon davantage : je n'ai pas insisté. Fait remarquable à ce propos, cette enfant, qui vient d'avoir la coqueluche, s'est bien trouvée de la belladone administrée jusqu'à la dose progressive de 65 milligrammes, pour le traitement de son affection respiratoire ; mais elle a continué d'avoir son incontinence nocturne en même temps et depuis. Le bromure de potassium n'a pas donné de résultats.

Je reviens à l'hypnotisme. Évidemment les faits qui précèdent sont en trop petit nombre pour permettre de conclure. Mais voici ce que je crois pouvoir en déduire :

Quand on agit sur des enfants, la plus extrême prudence est de rigueur ; et, en pareille occurrence, il sera bon de ne pas aller plus loin, si le sommeil semble déterminer un peu de fatigue.

L'hypnotisme, chez les adultes qui seront atteints de grande hystérie, et en dehors, bien entendu, des époques menstruelles, pourra rendre des services : soit pour atténuer, sinon guérir les attaques ; soit pour remédier aux accidents qui peuvent se produire sous son influence.

La suggestion, à l'état de veille, sera fort utile dans ce dernier cas si, lorsque le sujet a été hypnotisé une première fois, cette suggestion a, le plus souvent, la puissance que j'ai signalée dans ma deuxième observation. Ce mode de traitement sera, en effet, plus facile à appliquer, moins long, et il inspirera moins de crainte aux assistants, ce qui n'est pas à dédaigner.

Enfin, dans les cas où un motif puissant empêchera d'intervenir par la provocation du sommeil, on peut espérer trouver un excellent auxiliaire dans l'application des courants faradiques; c'est ce que j'ai observé dans trois autres observations.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 octobre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation au bruit. — M. GELLÉ fait une communication sur ce sujet. Quand un son, dit-il, frappe notre oreille, nous en rapportons la source au point de l'horizon vers lequel se trouve dirigé le conduit auditif externe au moment où nous éprouvons la sensation acoustique la plus intense.

On admet que nous prenons connaissance de la direction du son par la conscience des mouvements de la tête et du corps, effectués pendant la recherche du maximum (Béclard, *Physiol.*). Küss et M. Duval ont montré le rôle du pavillon dans cette recherche, et Weber, Schneider et d'autres ont admis que la sensibilité du pavillon, mise en jeu par le courant sonore, concourt au même but. Hartmann a signalé l'importance de la sensibilité de la membrane du tympan pour expliquer l'extériorisation de la sensation et l'orientation.

J'ai pu récemment, sur quelques malades anesthésiques du service de M. Charcot, étudier le sujet, et je pense qu'il en ressortira que le rôle de la sensibilité de la membrane est manifeste.

Sur un sujet atteint d'anesthésie générale complète, ne sentant ni la piqûre, ni le froid de l'éther, ni de la glace, j'ai constaté l'insensibilité absolue des deux tympans et des deux conduits auditifs. Or cet homme ne pouvait, les yeux fermés, dire de quel côté était portée la montre qu'il entendait d'ailleurs très bien. Impossible de reconnaître si le son venait de droite ou de gauche tant que les yeux ne lui venaient point en aide.

Chez d'autres anesthésiques, j'ai pu faire la contre-épreuve : chaque fois que le sujet indiquait bien le sens du bruit perçu, j'ai pu constater la persistance de la sensibilité de la membrane du tympan.

Section de la moelle. — M. BROWN-SÉQUARD a maintes fois constaté une grande différence dans les effets de la section complète ou de la section hémilatérale de la moelle chez les animaux. Après la section complète, l'animal fléchit pour exécuter ensuite des mouvements de ruade. Après la section hémilatérale, on aurait pu s'attendre à voir ces mouvements se produire au moins

d'un côté; il n'en est rien. M. Brown-Séquard pense que ces différences tiennent à ce que, dans un cas (section complète), il y a une action dynamogénique, tandis que dans l'autre (section incomplète), il y a une action d'inhibition.

Épilepsie déterminée par une simple piqûre de la moelle. — M. BROWN-SÉQUARD a vu récemment une simple piqûre très légère de la moelle dorsale chez un lapin déterminer une attaque d'épilepsie. Chez ce même lapin, la section de la moelle, au lieu de donner lieu à ces mouvements de ruade dont il vient d'être question, a produit des convulsions.

Rigidité cadavérique. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle qu'on a voulu attribuer la rigidité cadavérique à une coagulation de certains matériaux dans les fibres musculaires. Or il n'en est rien, puisqu'un mouvement imprimé à un membre en empêche ou en retarde singulièrement la rigidité.

Hémato-spectroscope. — M. HÉNOCQUE présente un hémato-spectroscope double à fente unique permettant à deux personnes de pratiquer en même temps les recherches hématoscopiques.

Cet instrument, construit suivant les indications de M. Hénocque, par M. Lutz, opticien à Paris, réalise un progrès important en technique spectroscopique, puisqu'il est disposé de façon que deux personnes puissent observer en même temps le même phénomène spectroscopique et se contrôler réciproquement. Il est destiné spécialement à l'analyse du sang avec l'hématoscope d'Hénocque et à l'examen du phénomène de réduction de l'oxyhémoglobine dans le sang à travers l'ongle du pouce. Il se compose de deux spectroscopes à vision directe réunis par une fente commune et s'écartant par en haut en forme de V; il est monté sur un pied et sur une colonne articulée qui permet tous les mouvements nécessaires.

Recherche des albuminoïdes dans l'urine. — M. QUINQUAUD a trouvé dans le sulfate de cuivre un puissant moyen de déceler les moindres traces d'albumine dans l'urine. On obtient, en ajoutant à l'urine quelques gouttes de cette solution de sulfate de cuivre et en chauffant ensuite légèrement, une coloration rouge violet très nette. Ce moyen peut rendre de grands services en clinique; on sait, en effet, qu'il existe un grand nombre de cas de lésions rénales dans lesquels nous disons qu'on ne trouve pas d'albumine, faute de moyens suffisants pour l'y déceler.

De l'air irrespirable dans les puits. — M. GRÉHANT, à propos de l'accident arrivé récemment à Clamart, et dans lequel trois personnes ont trouvé la mort en descendant dans un puits dont l'air était devenu irrespirable, indique un moyen bien simple d'éviter le retour de pareils accidents. Il suffirait, pour les éviter, avant de descendre dans ces puits, d'y introduire un animal quelconque (cobaye, chien, oiseau) dans un panier à claire-voie. Si l'animal est remonté vivant, on peut descendre sans crainte dans ce puits; s'il est mort, il n'y faut pas descendre avant d'en avoir renouvelé l'air. Or, dans ce but, M. Gréhant propose d'introduire dans le puits un long tuyau de poêle jusqu'un peu au-dessus de la surface de l'eau, puis de disposer à la partie supérieure de ce tuyau un foyer destiné à chauffer l'air qui y circule et à établir ainsi un tirage qui, en peu de temps, permet de rendre respirable l'air de ce puits.

Moyen de faire revenir à la vie des individus en état de syncope. — M. BROWN-SÉQUARD a plusieurs fois réussi, dans les cas de syncopes de cause cardiaque, à ramener des individus à la vie en les plaçant la tête en bas et les jambes en l'air, ou bien en pressant sur le cœur lui-même, ou bien en galvanisant, avec un fort courant, les environs de la trachée, ou même seulement en piquant la peau en avant de la trachée.

Taille sus-pubienne. — M. PONCET (Val-de-Grâce) présente une observation de taille sus-pubienne chez un malade âgé de cinquante et un ans, petit-fils de calculeux et ayant subi la lithotritie onze mois auparavant. Une exploration attentive avait démontré la présence d'un calcul de 4 centimètres 1/2 et assez dur pour résister aux efforts du brise-pierre le plus puissant. Une hémorrhagie vésicale abondante survenue après une marche un peu longe, ne fit que hâter l'opération décidée. Celle-ci s'effectua sans difficultés; le calcul fut extrait au milieu d'une grande quantité de caillots.

Aucune suture de la vessie — suture de la plaie abdominale, à l'exception de l'extrémité inférieure. — Deux siphons Perrier sont placés dans la vessie.

Les siphons ont bien fonctionné, et, au bout de quinze jours, la vessie pouvait garder les urines. Le malade était guéri trente-trois jours après l'opération.

M. Poncet, en faisant scier le calcul, qui pesait 27 grammes, a retrouvé au centre un petit fragment de calcul provenant de la lithotritie. Par conséquent il a fallu onze mois pour former un calcul de 27 grammes et de 4 centimètres et 1/2 de longueur sur 34 millimètres et 19 millimètres.

Cette observation montre la supériorité de la taille sus-pubienne dans les cas difficiles, grâce à la méthode antiseptique.

Elle prouve l'utilité et le bon fonctionnement des tubes Perrier mis en doute dans des observations récentes.

Elle démontre les dangers de la lithotritie, qui laisse entre les mains des opérateurs les plus habiles des fragments, noyaux de calculs secondaires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Garcin, Durazzo, Barnier, Hermil, Raynaut, Milsom, Arène, Parmilleux, Rolliet, Roussel, Bonnet, Maunier, Brottet, Cotton, Martin, Milhau, Reyne, Lathoud, Talon, de Belly et Jarrige.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Bouveyron, Dayet, Quéry, Luneau, Gamel, Brossat et Arduin.

— Par décret, en date du 11 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Merlin-Lemas, Regnault, Dumas, Brou de Laurière, Combaud, Massay, Jannet, Mazet, Bonhomme, de Montaigut, Clament, Dufour, Chanut, Comoy, Chiniat, Braud, Labrousse, Jagot, Mouveroux, Roche, Bouley, Gomot et Bourgougnon.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Riffey, Dubost, Laborie, Calin, Guillin, Bonnamy, Dardaillon, Hoffmann, Huet, Anthoine et Astier.

— Par décret, en date du 13 octobre 1886, M. Colin, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 15 octobre 1886, M. Baillaud, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Traill est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1886-1887.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Porteret, docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Masson, démissionnaire.

M. Hugonnenq, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de chimie organique, en remplacement de M. Guérin, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Audry, Tellier, Chabannes, Moncorgé, Chabalier, Rossigneux, Pic, Barbier, Cuilleret, Dobard, Lacroix, Durand et Michon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des kystes congénitaux, par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et Ch. Achard, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 500 pages, avec 54 fig. dans le texte et 12 planches en chromolithographie. — Prix : 18 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Le Reboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Quatrième série, tome XI complet et tome XII (première partie). Cinquième série (commençant à la lettre U), tome I (première partie). — Prix de chaque fascicule : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales par M. Albert Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice des Ménages, recueillies par M. le docteur Juhel-Renoy, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20138

N° 123. — JEUDI 21 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 21 OCTOBRE 1886. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

DEUXIÈME SESSION

Séance d'ouverture.

La deuxième session du Congrès français de chirurgie s'est ouverte avant-hier lundi, 18 octobre 1886, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le docteur Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, assisté de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, délégué, pour le représenter, par le ministre de l'Instruction publique; de M. Le Royer, président du Sénat, de M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, de M. le professeur Trélat, président de l'Académie de médecine et des membres du bureau.

Dans un discours d'ouverture, M. Ollier a passé en revue les progrès accomplis dans le domaine de la chirurgie et, comparant l'enseignement des sciences chirurgicales en France et à l'étranger, notamment en Allemagne, il a rappelé que les derniers concours d'agrégation et de chirurgien des hôpitaux de Paris avaient été particulièrement remarquables.

Faisant ensuite le compte rendu financier du Congrès, M. le docteur Pozzi, secrétaire général, a insisté sur le succès qui avait couronné la tentative de l'an dernier, c'est-à-dire l'institution d'un congrès de chirurgie, lequel est aujourd'hui absolument fondé, ainsi que sur le nombre des adhérents, qui dépasse actuellement le chiffre de 200 membres.

Un certain nombre de chirurgiens étrangers venus, qui de Vienne en Autriche, qui de Liège ou de Bruxelles, qui de Copenhague, de Genève ou de Gênes, assistent dès ce jour à l'ouverture de la séance, contribuant ainsi au lustre de la session.

Aussitôt après la communication du sécrétaire général, les lectures et discussions scientifiques ont commencé et ont été poursuivies dans l'ordre suivant pendant le reste de la séance.

Séance du 18 octobre 1886. — Présidence de M. Ollier.

COMMUNICATIONS

Accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde. — **M. JACQUES REVERDIN** (de Genève) a observé une série d'accidents particuliers chez plusieurs malades auxquels il avait pratiqué l'extirpation totale de la glande thyroïde. Ces accidents étant surtout caractérisés par de la pâleur de la face, de l'anémie et une certaine immobilité des traits donnant à la physionomie l'aspect des crétins.

On a désigné ces accidents sous les noms de cachexie pachydermique, de myxœdème, etc. M. Reverdin propose le nom de myxœdème opératoire. On n'observe guère cette complication qu'après l'extirpation *totale* de la glande.

M. Reverdin s'applique d'abord à justifier le terme de myxœdème opératoire. Voici comment les choses se passent :

Après deux ou trois mois, les opérés viennent se plaindre de fatigue, de maladresse dans les membres ; le facies est anémique ; puis la face, les mains, les extrémités, se bouffissent. La bouffissure des traits les immobilise et donne l'apparence du crétin. Les sens sont plus ou moins altérés. Les sensations subjectives sont des douleurs de tête, des douleurs dans la poitrine, dans le dos. On observe même une sensation de froid. Enfin on constate des troubles trophiques, la peau devient sèche, s'écaille, les cheveux deviennent cassants, tombent; au point de vue des troubles intellectuels, on constate de la lenteur de la parole, la diminution de la mémoire. Rien au cœur ni dans les poumons; quelquefois un peu d'albuminurie.

Cette série d'accidents est exactement ce qu'on voit se produire dans le myxœdème spontané.

MM. Bourneville et Bucon publient actuellement un travail sur l'idiotie avec cachexie pachydermique dans lequel on retrouve décrits un grand nombre de phénomènes observés chez les opérés de thyroïdectomie. Le pacha de Bicêtre et un opéré de Sick présentent exactement les mêmes phénomènes. La thyroïde est absente chez le premier ; elle a été enlevée chez le second.

M. Reverdin cite des expériences pratiquées sur des singes par un physiologiste anglais, et dont les résultats sont identiques à ceux dont il s'agit. En résumé la similitude des deux processus est assez grande pour justifier le terme de myxœdème opératoire.

Ces accidents ne se manifestent pas dans tous les cas où l'opération totale a été pratiquée. Sur 18 malades revus par un chirurgien anglais, 16 présentaient le myxœdème opératoire. M. Reverdin en a observé 5 cas sur 12 opérés.

Il ne croit pas qu'il s'agisse d'une affection très grave devant toujours se terminer par la mort. Sur ses cinq malades, l'un est mort de phthisie pulmonaire; chez celui-ci le myxœdème a toujours été en progressant. Une autre malade a eu des alternatives de bien et de mal ; actuellement elle est en pleine récidive de myxœdème. Un autre, après avoir été très malade, est en voie de véritable amélioration. Chez deux autres malades, il y a eu quelques symptômes seulement de myxœdème, puis l'apparition d'une portion de glande thyroïde, ce qui semble prouver qu'elle n'a pas été enlevée en totalité. M. Reverdin cite un fait où l'extirpation partielle a été aussi suivie d'accidents de myxœdème fruste. Chez cette malade, le lobe laissé s'est très notablement atrophié.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° Les accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde sont constitués par le même ensemble de symptômes que le myxœdème ou cachexie pachydermique.

2° L'extirpation totale du corps thyroïde chez l'adulte n'est pas fatalement suivie de myxœdème.

3° Le myxœdème chirurgical est, contrairement au myxœdème médical, susceptible d'amélioration, peut-être même de guérison.

4° Dans le cas d'amélioration, on observe parfois longtemps après l'extirpation, l'apparition de petites tumeurs probablement développées dans les lobules aberrants de la glande; mais l'amélioration peut se manifester en dehors de ces cas.

Analyse des urines en chirurgie abdominale. — M. THIRIAR (de Bruxelles) pratique toujours le dosage de l'urée des malades auxquels il doit pratiquer une gastrotomie. Il fait d'abord observer que, chez les malades de l'hôpital, il faut se tenir en garde contre l'augmentation de l'urée qu'on observe toujours dans les premiers jours, par suite de la différence d'alimentation beaucoup plus abondante et fortifiante à l'hôpital que chez les indigents. Mais peu à peu l'urée revient à son taux habituel et y reste. Au contraire, dans les cas de tumeurs de mauvaise nature, l'urée diminue et devient inférieure à 12 grammes; tandis que dans les cas de tumeurs bénignes la moyenne de l'urée reste de 15 à 25 grammes.

M. Thiriar cite plusieurs observations : le 4 février 1886, il voit une femme de quarante-deux ans atteinte d'une énorme tumeur qu'il pense appartenir à la rate. Du 7 au 13 février, la moyenne de l'urée a été de 18 grammes. L'opération confirma le diagnostic de tumeur bénigne de la rate. M. Thiriar cite plusieurs faits analogues.

Pour montrer l'influence de l'alimentation sur la quantité d'urée, l'auteur communique deux observations de rétrécissements de l'œsophage : dans le premier cas, le 16 octobre, le malade n'ayant rien pris, on trouve 25 grammes d'urée; le 17 octobre, 20 grammes. Le 18, M. Thiriar franchit le rétrécissement et alimente ce malade; on trouve alors 35 grammes; le 19, 51 grammes, puis l'urée diminue pour revenir à son taux normal, 25 à 27 grammes. Dans le second cas, il s'agit d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage; ce malade étant à jeun, on trouvait vingt-quatre grammes d'urée; le lendemain, après alimentation, on trouve 31 grammes.

Mais pour en revenir aux rapports de l'urée avec les tumeurs abdominales, M. Thiriar se résume en disant que, dans les tumeurs bénignes de l'abdomen, l'urée est toujours supérieure à 12 grammes; dans les tumeurs malignes, au contraire, il y a toujours de l'hypoazoturie. A l'appui de cette manière de voir, il cite plusieurs observations dans lesquelles il a pu diagnostiquer, sur ce seul signe, une tumeur bénigne ou une tumeur maligne, diagnostic qui a été ensuite confirmé soit par l'opération, soit par l'autopsie, soit par la marche de la maladie.

Lithotritie et taille. — M. GUYON lit un travail sur les indications et les contre-indications de la taille et de la lithotritie. Les résultats de la pratique démontrent que la lithotritie ne suffit pas pour tous les cas et qu'il en est qui sont justiciables de la taille. Cette dernière opération doit être d'autant mieux acceptée que les progrès réalisés par l'antiseptie l'ont rendue bien moins dangereuse. Dans ces dernières années, et, en particulier, au dernier congrès des chirurgiens allemands, la grande majorité des chirurgiens semblait s'être rattachée uniquement à la taille et la lithotritie paraissait devoir être presque complètement abandondonnée. Cependant quelques rares chirurgiens, Petersen, entre autres, qui a tant fait pour la taille hypogastrique, reconnaissaient qu'il était un bon nombre de cas où la lithotritie devait être préférée.

Selon M. Guyon, le broiement reste l'opération de choix dans le traitement de la pierre. Sur 678 opérations chez les calculeux, il n'a pratiqué que 31 fois la taille; 12 fois la taille périnéale et 19 fois la taille hypogastrique. Les résultats statistiques paraissent être en faveur de la taille périnéale.

Cet avantage pour la taille périnéale s'explique par ce fait que c'est l'opération de choix chez les enfants et les jeunes adultes, chez lesquels elle réussit toujours. Chez les autres malades, les résultats sont surtout influencés par le volume de la pierre. Pour la lithotritie rapide, la mortalité générale est de 6,11 p. 100.

Dans la statistique personnelle de M. Guyon, elle est seulement de 5,2 p. 100. Les causes de mort, ainsi qu'il résulte des recherches faites à ce sujet par MM. Desnos et Kirmisson, sont l'âge avancé des malades (des opérés âgés de 81, 83, 86 ans, ont succombé rapidement par suite de la secousse opératoire), le gros volume du calcul, l'état préalable des reins, etc. La durée des séances n'a pas grande influence sur les résultats. Les limites admises pour le broiement, au point de vue du volume du calcul, sont de 5 à 6 centimètres. Au delà de cette dimension, il ne faut pas, dit-on, faire le broiement.

La difficulté et l'importance des manœuvres ont une influence décisive sur les résultats immédiats. Les rétrécissements infranchissables sont une contre-indication.

Les résultats de la taille hypogastrique varient également selon le volume du calcul. L'opération est rendue plus dangereuse par le gros volume du calcul; la mortalité dans ces cas est de 27 p. 100, tandis qu'elle n'est que de 15 p. 100 dans les cas de volume restreint. L'état de réceptivité des calculeux joue également un rôle important au point de vue du pronostic opératoire.

Il ne faut pas, selon M. Guyon, renoncer à la lithotritie pour les calculs de 5 à 6 centimètres, pourvu toutefois que le canal soit très facilement perméable.

Quand il existe des contre-indications du côté de la vessie ou du côté des reins, il vaut mieux encore opérer par les voies naturelles que de recourir à l'instrument tranchant. La néphrite aiguë est une contre-indication des deux opérations. La cystite aiguë, au contraire, disparaît après l'opération.

En résumé, c'est à la lithotritie qu'il faut le plus souvent recourir pour le traitement des calculeux. Les récidives sont peu fréquentes; la taille ne met pas mieux que la lithotritie à l'abri de ces récidives, et, en cas de récidive, il y aurait plus d'inconvénients à répéter la taille qu'à répéter la lithotritie. Les nombreux faits cités par M. Guyon démontrent que la lithotritie rapide mérite de rester au premier rang des moyens à employer dans le traitement des calculeux.

La séance est levée.

Séance du 19 octobre 1886 (matin). — Présidence de M. KUHNE (de Copenhague).

Nature, pathogénie et traitement du tétanos. — M. VASLIN (d'Angers). — Le tétanos traumatique, quand on consulte tous les travaux publiés sur cette complication des plaies, constitue encore l'accident le plus redoutable consécutif aux solutions de continuité grandes ou petites. Si on a réussi par des moyens hygiéniques et des pansements habilement combinés à prévenir la septicémie, autrefois si fréquente, par contre, tous les efforts tentés pour remédier au tétanos sont demeurés, pour la plupart, infructueux.

L'auteur a, pour sa part, observé 17 cas de tétanos, sur lesquels il n'a eu qu'une seule guérison; mais il a soin d'ajouter que sur ces 17 cas, il lui a été donné d'en traiter un seul suivant les préceptes qu'il fait connaître. Il est vrai que la majeure partie de ces 17 tétaniques étaient dans des conditions telles qu'un traitement efficace n'était guère applicable. C'était pendant le siège de Paris et pendant la Commune, il y avait encombrement, les jours de lutte, et les blessés pris de tétanos quelques heures après succombaient avant que l'on ait eu le temps d'organiser un traitement approprié.

De même sur 22 cas qui lui ont été communiqués par ses confrères du Maine et de l'Anjou — dont 2 ont succédé à des morsures de cheval — il y eut seulement aussi 1 guérison; elle fut obtenue par le laudanum à haute dose.

Il est une forme de tétanos de cause et de nature purement nerveuse, une *névrose*, forme curable par les moyens que M. Vaslin a employés dans un cas dont il rapporte l'observation.

Il s'agit d'un enfant de onze ans, qui, dans une chute, se fracture la cuisse droite, tandis que le jarret gauche est scié jusqu'au squelette par une grosse corde qui lacère les gros troncs nerveux du creux poplité.

Soins immédiats, réduction de la fracture, désarticulation de la jambe gauche le lendemain de l'accident sans perte de sang, les gros troncs nerveux restant intacts dans le lambeau postérieur, pansement ouaté. L'enfant est placé dans les meilleures conditions d'hygiène. Tout se passe bien pendant les dix premiers jours, lorsque le onzième, à la suite de visites reçues la veille et d'altercation entre l'enfant et ses sœurs, le tétanos éclate et les accidents convulsifs ne cédèrent que vingt-neuf jours plus tard au traitement suivant : isolement le plus complet dans une demi-obscurité; bonne aération; température constante de 18 à 20 degrés centigrades; pansements rares et ouatés; emploi du chloral à la dose de 4 grammes par jour, puis deux jours plus tard, injections de chlorhydrate de morphine à la dose de 1 centigramme par vingt-quatre heures; ces deux médicaments sont donnés simultanément d'abord, puis alternativement, un jour l'un, un jour l'autre. Alimentation lactée (1500 grammes de lait par jour) introduite, après enlèvement d'une dent canine qui ne tenait pas. Guérison.

M. Vaslin, après s'être demandé à quelle cause on devait attribuer les accidents tétaniques survenus chez son malade : passage du chaud au froid, absence de soins, nature de la blessure, virus infectieux, état nerveux spécial? en est arrivé par voie d'exclusion à conclure que le tétanos s'était développé par la prédisposition due au traumatisme, mais en vertu de la surexcitation produite par la dispute que le blessé avait eue avec sa famille.

Mais un tétanique guéri est-il exposé à une récidive? La négative a été résolue chez ce malade par le fait qu'il a été grièvement blessé à la main, l'hiver dernier, sans présenter aucun phénomène nerveux.

En résumé, dit l'auteur, il existe un tétanos de cause nerveuse qui démontre que tout blessé doit être soustrait, en vertu de sa prédisposition aux accidents tétaniques, aux influences morales vives et dépressives. Cette forme est curable par l'isolement, le chloral, la morphine, des conditions hygiéniques excellentes et une alimentation très surveillée. Cette forme de tétanos n'est pas sujette à récidive, elle n'entrave en aucune façon la réparation des lésions traumatiques les plus graves.

M. BALESTRERI (de Gènes) considère aussi le tétanos comme une névrose ; il a eu depuis longtemps la pensée de le traiter par le tartre stibié, et le jour où il a pu appliquer son traitement, il n'en a eu que de bons résultats. Il le donne à la dose de 25 à 30 centigrammes par jour dans 50 grammes d'eau distillée, par cuillerée toutes les deux heures. Le médicament a toujours été très bien toléré.

Il lit, à l'appui, plusieurs observations, dont deux lui sont personnelles, qui justifient absolument, dit-il, sa foi dans l'émétique qui distance de beaucoup tous autres agents thérapeutiques, lesquels sont généralement inefficaces.

M. Balestreri donne la statistique suivante, recueillie à l'hôpital de Pammatene, de 1880 à 1886. Sur 20 cas de tétanos, 11 décès, 9 guérisons; sur ces 20 cas, 17 ont été traités par le chloral et autres médicaments *semblables*, les résultats ont été 11 morts, 6 guérisons. Les trois cas traités par le tartre stibié ont tous trois été suivis de guérison.

M. THIRIAR (de Bruxelles) rapporte quatre observations de tétanos à la suite de l'ovariotomie. La première remonte à 1883, les trois autres sont récentes.

Le premier cas est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, opérée d'un kyste uniloculaire peu volumineux. Nul incident opératoire. Les suites sont bonnes jusqu'au sixième jour, où la malade se trouve placée dans un courant d'air; le soir même, les premiers accidents convulsifs se déclaraient. Potion opiacée, injections de morphine, chloral et laudanum à hautes doses, inhalations de vapeurs de chloroforme, mort deux jours plus tard.

Le second cas est celui d'une femme de quarante-cinq ans : tumeur utérine dans le petit bassin. Ovariotomie sans incident. Six jours plus tard, phénomènes tétaniques, chlorhydrate de morphine et chloral, mort en dix heures.

La troisième observation se rapporte à une jeune fille de vingt-trois ans : kyste uniloculaire sans aucune adhérence; ovariotomie faite en quinze minutes, pansement compris. Tout marche bien pendant les sept premiers jours. Le huitième, tétanos; traitement par des injections de 2 centigrammes de cocaïne. Soulagement immédiat, détente générale; puis l'état reste stationnaire, la morphine est alors associée à la cocaïne. Le soir, les accidents reparaissent et emportent la malade en quelques heures.

Enfin le quatrième cas est celui d'une femme de quarante-cinq ans, opérée pour un kyste multiloculaire et chez laquelle les accidents tétaniques, apparus le septième jour, eurent une marche plus rapide encore et se terminèrent également par la mort.

L'auteur se demande s'il ne faut pas faire remonter la cause première de ces accidents à une véritable contagion, comme le voudrait l'une des deux théories actuellement en présence. Si, pour le premier fait, on peut invoquer un refroidissement, pour les trois autres, cette cause n'existe plus, et, ne trouvant pas l'origine du tétanos dans les causes banales, M. Thiriar serait tenté d'y voir, avec Travers, Billroth, etc., le résultat d'une véritable intoxication, d'une véritable contagion. C'est ainsi qu'il croit que, sous l'influence d'une cause spéciale retentissant sur l'organisme : le froid, une émotion morale vive, etc., le germe du tétanos, qui existait à l'état latent, s'est éveillé, développé, répandu dans l'organisme, et a agi d'une façon quasi-foudroyante sur le système nerveux.

M. Thiriar cite, comme venant confirmer encore son opinion, des faits observés par plusieurs de ses confrères qui lui ont parlé d'une véritable épidémie de tétanos sévissant depuis deux ans dans les environs de la ville de Nivelles, où il avait lui-même observé son deuxième cas, et où l'on a observé, en dix-huit mois, huit cas de tétanos.

M. MAUNOURY (de Chartres) ne traite que la question du tétanos traumatique, dont il a observé sept cas en huit années, cas dont il communique l'observation et auxquels il ajoute une trentaine qui lui ont été communiqués par des confrères exerçant dans la même région. Tous ces tétaniques, un seul excepté, ont été atteints en mars et avril ou en octobre et novembre. Aucun d'eux n'habitait une maison confortable, quoique jouissant d'une certaine aisance, mais dans des habitations plus ou moins mal closes, d'où les malades étaient exposés à des courants d'air.

Quant au traitement, à ses résultats : sur les 30 et quelques faits recueillis par M. Maunoury, il y a 7 guérisons. Sur ces 7 malades, 3 ont été guéris par le seul traitement interne, 3 ont été amputés avant l'apparition du tétanos, 1 après; ou mieux parmi les tétaniques il y a 6 amputés, 2 fois le tétanos survint après l'opération, il y eut 1 guérison et 1 mort; 4 fois l'amputation fut pratiquée pour arrêter le tétanos, il y eut 2 guérisons et 2 morts.

Quant à la contagion, l'auteur n'en voit aucune trace; il ne trouve aucun fait probant malgré peut-être certaines apparences dans un cas, mais plus spécieuses que réelles.

M. Maunoury a cherché aussi si, chez les animaux, il était plus facile de trouver des faits de contagion. Les 150 observations qui lui ont été communiquées par dix vétérinaires de la région le confirment également dans l'absence de toute contagion du tétanos.

M. BORIES (de Montauban) communique une observation de tétanos consécutif à une plaie du pied par éclat de bois et suivi de guérison.

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans qui courait nu-pied dans un champ, quand soudain elle sentit qu'elle venait de se blesser au pied droit, au niveau du premier espace interdigital.

La plaie donna un peu de sang et fut assez douloureuse pour que l'enfant fût conduite le lendemain à Moissac, où un certain onguent fut appliqué par des religieuses auxquelles elle avait été amenée. Le pansement était renouvelé chaque jour lorsque, au bout de deux semaines, les premiers accidents de tétanos se déclarèrent. Le surlendemain, deux médecins de Moissac étaient

appelés en consultation et découvraient la présence d'un corps étranger, d'un éclat de bois qui s'élimina, pour ainsi dire de lui-même, sous l'action d'un courant d'eau.

La malade fut traitée par le chloral, mais l'état s'étant aggravé, M. Bories fut appelé à lui donner ses soins. Le cas était désespéré, les crises convulsives se répétaient toutes les quatre ou cinq minutes; l'hydrate de chloral fut administré à la dose de 10 grammes au moins par jour soit par l'estomac, soit par le rectum, en même temps que l'on faisait des injections de morphine et que l'on s'efforçait d'alimenter la malade. Pendant quinze jours, l'état se maintint sans aggravation, et c'est grâce à ce traitement que la malade finit par guérir, après avoir reçu pas moins de 169 injections sous-cutanées de morphine et pris plus de 200 grammes de chloral.

Après avoir traité avec détail plusieurs points de cette intéressante observation, M. Bories résume ainsi sa communication :

1° Le tétanos traumatique aigu est curable.

2° Le traitement doit être établi dès l'apparition des premiers symptômes tétaniques, dans les conditions nettement formulées par M. Verneuil : isolement du malade dans une chambre obscure, silence absolu, immobilisation, enveloppement dans l'ouate ou des couvertures chaudes, administration du chloral par la bouche ou le rectum à haute dose, injections sous-cutanées de morphine, et répéter ces injections aussi souvent que l'exigeront l'état de la contracture et des spasmes tétaniques, et ne reconnaître d'autres limites que les symptômes de la morphinisation et l'état général du malade. Prolonger le traitement en l'atténuant, s'il y a lieu, jusqu'à ce que toute contracture et tout spasme aient entièrement disparu.

M. VERNEUIL (de Paris). La plus grande obscurité règne sur les causes et la pathogénie du tétanos, et tout est en contradiction dans les traités classiques. Quant à la thérapeutique, on peut dire qu'elle nage en plein empirisme. Aussi l'auteur désire-t-il présenter aux membres du Congrès une hypothèse qu'il a récemment conçue, la donnant bien entendu pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une hypothèse.

Pour lui le tétanos est une affection d'origine animale, que l'homme tient du cheval, comme la morve, comme le charbon du bœuf, la rage du chien, la diphthérie des gallinacés, etc., etc.

Voici d'ailleurs les propositions qu'il soumet à ses confrères :

1° Le tétanos est une maladie spécifique, infectieuse, dont le développement n'est nullement spontané.

2° Il sévit sur plusieurs espèces animales, l'homme, le singe, le cheval, etc. Mais quelle que soit cette espèce, ses caractères sont identiques et par suite sa nature est la même.

3° Le tétanos est endémique, épidémique, contagieux, et se transmet surtout par la voie du traumatisme.

4° Il procède d'un agent spécial, d'un microbe qu'on n'est pas encore parvenu à isoler ; toutefois, la rareté de la maladie, l'inconstance de son développement, etc., prouvent que ces germes exigent des circonstances particulières, parmi lesquelles les blessures et le froid, les premières permettant l'introduction de ses germes, le second en favorisant le développement.

Ces propositions formulées, M. Verneuil invoque toute une série de faits à l'appui, et rappelle notamment ceux rapportés par M. Larger, qui prouvent que la contagion entre les hommes est incontestable. D'autre part il cite aussi la véritable endémicité du tétanos à Noisy-le-Sec, où l'on ne peut opérer un cheval sans qu'il succombe au tétanos. Il signale aussi un certain village des Ardennes où à la suite de trois faits de castration de chevaux couchant sur le même fumier, tous trois furent atteints de tétanos et succombèrent en quelques jours. Le même vétérinaire qui les avait opérés, pratiquant dans des villages voisins 10 autres opérations de castration, eut également 10 morts, tandis qu'un de ses confrères pratiquant dans le même pays ne perdit pas un seul des animaux qu'il avait castrés, aucun d'eux n'ayant présenté d'accidents tétaniques. Il y a là un fait qui montre que le premier de ces deux vétérinaires intoxiquait tous ses opérés semant la contagion sous ses pas ; et ce fait est identique dans un autre ordre d'idées à celui de cette sage-femme que M. le professeur Le Fort a raconté devant l'Académie de médecine il y a quelques mois (1) et sur lequel il a fait au commencement de l'année scolaire une leçon clinique.

Enfin étant donné que le tétanos du cheval est de nature infectieuse, celui de l'homme l'est également. Mais si le cheval le transmet à l'homme, la réciproque n'est pas vraie, et il en est sous ce rapport du tétanos comme de la rage, de la trichinose, de la morve, du charbon, etc.

Nous n'avons encore à l'appui de notre hypothèse, dit M. Verneuil, que peu d'observations ; mais chaque jour, depuis que nous l'avons émise, notre dossier s'enrichit de faits nouveaux et nous profitons de l'occasion qui se présente aujourd'hui pour remercier nos nombreux correspondants.

En résumé, les faits observés peuvent être groupés dans les quatre catégories suivantes : 1° tétanos humain déclaré chez des blessés qui ont été plus ou moins en rapport avec des chevaux tétaniques ; 2° tétanos humain consécutif à des blessures faites par des chevaux ; 3° tétanos humain survenant chez des sujets en rapport habituel avec des chevaux ; 4° tétanos humain chez des malades qui n'ont pas été blessés directement par des chevaux, mais dont la blessure a été en contact avec la terre imprégnée de déjections de cheval.

M. DOYEN (de Reims) communique plusieurs observations de tétanos suivies de mort avec autopsie et étude anatomo-pathologique.

Le nombre des cas étudiés par l'auteur est de quatre ; le premier remonte à l'année 1880. Il donne une description de chacun d'eux avec leur symptomatologie, et ses recherches minutieuses le conduisent à cette conclusion que les accidents tétaniques rentreraient dans la classe des accidents septicémiques, que le tétanos ne serait peut-être qu'une simple modalité de la septicémie chirurgicale, une migration de staphylococcus. M. Doyen ajoute que quand l'antiseptie des plaies est parfaite, on n'observe pas le tétanos.

M. LARGER (de Maisons-Laffitte) a, depuis sa communication de l'an dernier à la Société de chirurgie sur le tétanos, réuni de nouveaux faits au point de vue de la nature contagieuse de cette affection. Les observations cliniques sont peu nombreuses encore, mais c'est là une œuvre de temps, le tétanos étant en somme une affection relativement rare, et l'on ne doit accepter pour vrais que les cas rigoureusement observés.

Une correspondance entretenue avec M. le professeur Saboya (de Buenos-Ayres) lui permet de dire que le tétanos, très fréquent autrefois au Brésil comme complication des plaies, est devenu aujourd'hui relativement rare, grâce aux méthodes antiseptiques.

Au fait d'Achères qu'il a communiqué en 1885, M. Larger ajoute deux faits curieux qui lui ont été communiqués par un de ses confrères du département de la Seine-Inférieure.

En 1874, un homme habitant sur la route de Duclair, est pris de tétanos à la suite d'une piqûre de la plante du pied par un clou ; il guérit, mais sa chambre d'ouvrier n'est l'objet d'aucune réparation, d'aucun entretien, depuis cette époque. Or le 31 juillet 1885 — à onze ans d'intervalle — un ouvrier travaillant dans une fabrique est blessé dans un engrenage et ramené dans sa chambre, laquelle, située aussi route de Duclair et dans la même maison, est mitoyenne de celle du précédent tétanique, dont elle n'est séparée que par une simple cloison. Ce malade est pris à son tour de tétanos. Le germe infectieux tétanique peut donc se conserver pendant de longues années.

On ne saurait invoquer d'autre cause que la contagion, bien que jusqu'à présent toutes les tentatives d'inoculation qui ont été faites en France n'aient donné que des résultats négatifs.

M. BLANC (de Bombay) a exercé pendant un certain temps à l'hôpital des cliniques de cette ville, qui ne contient pas moins de 250 lits, et où les grandes opérations sont nombreuses. Il nous apprend que les deux grands facteurs de la mortalité étaient au-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, pp. 2 et 141.

trefois la pyohémie et la tétanie; aujourd'hui le second seul continue ses ravages.

L'année, à Bombay, comporte trois saisons : la première, la saison froide, du 15 octobre au 15 mars; la seconde, la saison chaude, du 15 mars au 1er juin; la troisième, ou saison des pluies, du 1er juin au 15 octobre.

On rencontre des cas isolés à toutes les époques de l'année, mais le tétanos sévit surtout dans la saison chaude, particulièrement au mois de mai, ainsi que dans les quelques périodes de beau temps, d'accalmie, qui interrompent de temps à autre la saison des pluies. Il y a là une coïncidence très curieuse avec le choléra qui sévit surtout à ces mêmes époques.

Le tétanos revêt, à Bombay, trois formes :

1° La forme aiguë ou suraiguë, quelquefois même foudroyante, toujours mortelle, et dont la durée est en général de quatre à cinq jours avec température élevée et progressive.

2° La forme subaiguë, durée douze jours, la mort survenant généralement du dixième au douzième jour; cette forme aussi est très fréquemment mortelle.

3° La forme chronique, apyrétique, légère, dont la durée varie entre 30 et 60 jours; la guérison est la terminaison ordinaire.

Lorsqu'un cas de tétanos subaigu a dépassé douze jours, le pronostic est beaucoup plus favorable.

M. Blanc a obtenu cinq guérisons par le phosphate de zinc, puis il a eu une longue série d'insuccès. En somme, pour lui, il n'existe encore aucun traitement spécifique. Le traitement qu'il a adopté consiste dans l'isolement, l'obscurité, le silence, l'emploi du chloral, un régime tonique sans excitants, le lait, éviter tout refroidissement et l'ingestion de boissons froides, combattre la constipation par des laxatifs.

Les opérations, les pansements irritants sont nuisibles chez les tétaniques, et en hâtent la mort. Il en est de même des médications énergiques internes. Le bromure de potassium est dangereux; pour peu qu'on en continue l'usage, il détermine la mort.

En résumé, l'auteur partage l'opinion de M. Verneuil, quant à la contagion du tétanos, mais il croit à la contagion par quelque chose affectant l'individu et non la plaie, car on observe beaucoup de cas de tétanos purement médical à Bombay, où il y est endémique, sauf aux époques précitées, où il devient réellement épidémique. Beaucoup de chevaux sont aussi frappés du tétanos dans cette ville. Enfin M. Blanc comparant le tétanos au choléra, considère l'eau comme un véhicule de la contagion, et cite un cas assez récent à l'appui de sa thèse.

La séance est levée.

Séance du 19 octobre 1886 (soir). — Présidence de M. Verneuil.

COMMUNICATION

Indications et contre-indications de la lithotritie. — M. **Reliquet** (de Paris), dès l'année 1872, après avoir imaginé son brise-pierre, publia des observations de lithotritie complète en une seule séance et ayant porté sur des calculs de 2 centimètres de volume. Sans emprunter à Bigelow son instrument, qui était trop volumineux, il l'imita dans sa pratique de l'anesthésie.

Actuellement, il a modifié son instrument en élargissant la branche femelle et rendant plus acérées les dents de la branche mâle. Sa courbure propre permet de le placer dans le bas-fond de la vessie et de ne pas faire de fausses prises.

Les contre-indications de la lithotritie sont :

Du côté de la pierre, sa dureté, son volume.

Du côté des voies urinaires, certains états pathologiques des voies urinaires, tels que l'induration de l'urèthre, s'opposant à l'introduction du cathéter.

Du côté de la vessie, la disposition en cul-de-sac des bas-fonds, l'immobilisation de la pierre entre des plis muqueux ou encore contre les parois de l'organe. Il faut aussi noter l'aplatissement du calcul; il en est qui affectent la forme d'un galet et qui sont très difficiles à saisir.

La conclusion générale que formule M. Reliquet est celle-ci : Quand on ne peut mobiliser la pierre, il faut renoncer à la lithotritie.

Des greffes osseuses dans les pertes de substance étendues du squelette. — M. **Poncet** (de Lyon) a pensé qu'il serait possible de reconstituer un os détruit, à l'aide de greffes osseuses. Ce n'est pas après la cicatrisation qu'il faut compter sur le succès de la greffe; c'est à une période antérieure, au moment de la réparation de la plaie que les portions osseuses transplantées se trouvent dans un milieu ostéogénique convenable. M. Poncet fournit une observation à l'appui de cette manière de voir. En voici le résumé :

Enfant de onze ans, ablation d'un long séquestre du tibia, suite d'ostéomyélite. Ce sequestre mesure 25 centimètres de longueur. Un mois après l'opération, première tentative de greffe aux deux extrémités osseuses; les fragments provenaient d'un enfant nouveau-né qui venait de mourir; pansement antiseptique, attelles plâtrées, immobilisation. Douze jours après, pansement. Il y a un peu de suppuration. M. Poncet fait sacrifier un jeune chevreau pour fournir de nouvelles greffes constituées par quatre fragments osseux. Ces greffes furent englobées par des bourgeons charnus. Une seule s'élimina. Six mois après l'opération, on sent une masse osseuse solide de 30 centimètres; l'enfant se sent fort sur sa jambe et peut marcher.

La greffe osseuse est donc possible. Il sera permis ainsi de parer aux raccourcissements et de rendre au membre ses fonctions. On utilisera le squelette du nouveau-né ou des membres récemment amputés, ou même des squelettes d'animaux. Pour compter sur la greffe, il faut la faire dans la période de réparation de la plaie, avant la cicatrisation.

De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire; conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires. — M. **Terrillon** fait une communication sur ce sujet. Si la torsion du pédicule, dit-il, est modérée, elle passe inaperçue. Si elle est accentuée, on constate des accidents qu'il importe à l'ovariotomiste de bien connaître. Les veines seront aplaties, il se produira un véritable étranglement. Tous les vaisseaux sont alors oblitérés; souvent même il y a rupture. Si la torsion est modérée, il y aura, du côté du kyste, des hémorrhagies, une augmentation de volume; mais les complications les plus à redouter sont des adhérences étendues, généralisées, rendant l'opération très périlleuse, très difficile. M. Terrillon a observé quatre exemples de torsion complète sur environ cent ovariotomies. Voici un court résumé de ces quatre observations :

1° Femme de trente-deux ans, ayant eu deux enfants; le début de la tumeur remonte à un an. Trois mois avant l'opération, accidents péritonéaux assez graves. Opération : adhérences rouges, vasculaires, paroi kystique noirâtre, tomenteuse; une ponction donne 600 grammes de liquide noirâtre, épais; le pédicule est comme séparé en deux. Les accidents péritonéaux étaient dus à la torsion.

2° Femme de vingt-huit ans; début de la tumeur remontant à trois ans et demi. Neuf mois avant l'opération, accidents péritonéaux assez sérieux. Opération : adhérences totales, dures, saignantes, difficiles à déchirer; les deux ovaires sont enlevés. C'est un kyste multiloculaire à parois épaissies. Guérison.

3° Trente ans, trois enfants, début deux ans. Quatre mois avant l'opération, accidents péritonéaux. Opération : adhérences dures, résistantes; torsion, séparation complète du pédicule et guérison.

4° Quarante-deux ans, trois enfants. Affection datant de quinze mois. En avril 1886, ponction, 16 litres de liquide; en janvier 1886, phlébite. Opération remise à six mois; adhérences intimes et dures, décortication presque impossible, pédicule tordu sur lui-même, étranglé. Il fut impossible d'enlever toute la poche. Pansement iodoformé, guérison après deux mois et demi.

En résumé, tous les kystes ovariques à pédicule suffisamment long peuvent, s'ils sont libres d'adhérences, tourner sur eux-mêmes. Le pédicule s'étrangle. Lorsque ce phénomène se produit

brusquement ou rapidement, il peut y avoir : Détachement du kyste, qui devient libre. — Inflammation vive du kyste et du péritoine. — Hémorrhagie plus ou moins étendue dans le kyste. — Rupture des parois du kyste. — Mortification rapide.

Les symptômes sont ordinairement aigus ou à développement rapide.

Lorsque la torsion est lente, il se produit un œdème des parois, une augmentation momentanée du kyste; péritonite lente et mortification du kyste, à moins que les adhérences ne produisent une circulation collatérale.

Dans les cas aigus, l'intervention chirurgicale s'impose et donne d'excellents résultats.

Dans les cas chroniques, l'opération devient très utile, car elle permet de détruire facilement des adhérences récentes, qui deviendraient indélébiles plus tard.

Même dans le cas de mortification ancienne, avec adhérences indestructibles, on peut encore espérer la guérison en ouvrant largement le kyste et en le faisant suppurer avec drainage.

J'ai trois observations inédites qui sont une preuve de ces conclusions. Celles-ci sont déduites également de l'étude d'un grand nombre d'observations publiées par les auteurs et des travaux parus sur ce sujet.

Tumeurs sanguines extra-craniennes avec pédicules intra-craniens. — M. **LANNELONGUE** communique l'observation d'une petite fille de treize jours, qui succomba très rapidement d'athrepsie. Sur le crâne de l'enfant, vers le milieu de la suture sagittale, il avait remarqué une tumeur violacée, molle, flasque, flétrie, qui manifestement était un angiôme superficiel, et ne présentait pas autrement d'intérêt. La mère dit d'ailleurs que cette tumeur était beaucoup plus volumineuse au moment de la naissance. Elle présentait une irréductibilité absolue, avec apparence de fluctuation. Le diagnostic fut : angiôme du cuir chevelu simple.

A l'autopsie, on trouva sous la peau une tumeur érectile composée de vaisseaux dilatés. A la partie profonde un pédicule se dégageait de la tumeur et pénétrait à travers la membrane unissant les deux pariétaux jusque dans le crâne.

M. Lannelongue a pu réunir 21 observations semblables. La plus ancienne est celle de Barker, en 1772; une autre intéressante, due à Pelletan, en 1810. Chassaignac, Azam (de Bordeaux), Bruns, Verneuil et Dupont (thèse 1856) en ont signalé. Mais de tous ces travaux résulte une grande obscurité.

Des 21 faits recueillis, on peut déjà déduire que 12 sont relatifs à des tumeurs *congénitales*, 7 relatifs à des tumeurs *traumatiques*, et 2 restent *indéterminés*.

Quatre sur sept des tumeurs d'origine traumatique ont été examinées. Deux fois, il s'agissait de perforation du sinus longitudinal par un fragment osseux, après fracture du crâne. Le sinus longitudinal était resté béant et la communication était restée établie entre ce sinus et la tumeur sanguine extra-cranienne. Ces faits constituent, dans l'histoire des plaies des veines, des faits exceptionnels. On ne peut les rapprocher que des anévrysmes artério-veineux. On pourrait les désigner d'un nom et les appeler anévrysmes veineux. Cette appellation serait d'autant plus juste qu'il y a circulation dans l'intérieur de la poche accolée au sinus, et c'est grâce à cette circulation que la cavité adventice n'était pas remplie de caillots déposés.

Sur les deux autres tumeurs d'origine traumatique examinées, on n'a pas trouvé de lésions des sinus, cependant une communication de ces sinus avec les tumeurs par l'intermédiaire des veines de la dure-mère dilatées. Ce n'était donc pas avec le sinus même, mais avec ses veines afférentes, ce qui revient à peu près au même.

Duplay, dans son *Traité de pathologie externe*, fait allusion à ces faits quand il parle des lacs sanguins de Trollard qui se développent aux dépens des sinus, amincissent l'enveloppe osseuse qui peut alors se perforer spontanément ou accidentellement. Dans ces derniers cas on comprend combien les lésions produites ressembleraient aux lésions des tumeurs d'origine traumatique que j'étudie.

Les tumeurs extra-craniennes avec pédicule intra-cranien sont 7 fois d'origine traumatique; mais dans plus de la moitié des cas : 12 fois, sont congénitales, 5 fois sur les 12, l'examen fut pratiqué. On a vu alors non pas un hématôme, mais un angiôme véritable. De cet angiôme il part des veines dilatées qui traversent les os ou les membranes qui les unissent et vont au-dessous dans le sinus qui a subi ou non une dilatation ampullaire. Ainsi, d'abord un angiôme épicranien, puis dilatation des veines afférentes jusqu'au sinus sous-jacent. Ce processus remonte sans doute aux premiers temps de la vie fœtale, alors que l'expansion veineuse ne rencontrait du côté des os aucune résistance sérieuse. Ensuite le trouble perturbateur primitif a pu déterminer un arrêt de production osseuse. On peut alors observer de l'atrophie en un point et à côté dans la région voisine de l'hypertrophie, de l'épaississement osseux, de même que les varices développées sur les membres inférieurs déterminent des productions ostéophytiques sur le tibia.

On a invoqué, pour expliquer cette pénétration du pédicule veineux de la tumeur à travers la voûte cranienne, bien des théories, le rachitisme entre autres, mais sans aucune espèce de raison.

Pour conclure, on observe deux variétés de tumeurs intra-craniennes communiquant avec le sinus : une variété *traumatique*, qu'on peut appeler anévrysme veineux, une variété *congénitale*, constituée par un angiôme. Cette dernière est plus fréquente que la précédente.

Au point de vue thérapeutique, les indications sont différentes. A l'égard des tumeurs traumatiques, on doit s'abstenir de ponction ou d'incision, mais exercer, au bout d'un certain temps, une compression lente et modérée qui permette l'accolement des parois de l'anévrysme et favorise à la longue la fermeture de l'orifice béant du sinus.

On doit toujours se rappeler qu'une fracture du crâne a été le point de départ des lésions et qu'il faut redouter d'enfoncer dans le cerveau la moelle osseuse qui peut n'avoir pas été très bien réduite.

A l'égard des tumeurs congénitales, il faut qu'on soit très réservé ; la ponction et l'incision sont contre-indiquées. Pelletan perdit une de ses malades ponctionnée de méningite suppurée ; Flint en perdit d'hémorrhagie. Il va sans dire qu'on ne fera pas d'injection irritante. Ainsi, c'est l'abstention absolue que conseille M. Lannelongue. Si cependant la tumeur prenait des proportions extrêmes et menaçait de s'ouvrir spontanément, alors on devrait faire l'extirpation, après avoir pris le soin de lier le pédicule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 octobre 1886, M. le docteur Barbrau (de Rochefort) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 octobre 1886, M. le docteur Gariel, secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, est nommé membre du Comité technique d'électricité institué près le ministère du commerce et de l'industrie.

— MM. Assaky, professeur agrégé à Lille et Lagrange, professeur agrégé à Bordeaux, ont été nommés secrétaires adjoints au Congrès français de chirurgie en remplacement de MM. Bazy et Poulet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Jougla, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et le cours de ses opérations à l'hôpital Saint-Louis, samedi 22 octobre, à neuf heures et quart, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— MM. Boissard et Berthod commenceront un cours complet d'accouchements le jeudi 4 novembre, à quatre heures et demie,

rue du Pont-de-Lodi, 5. — Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure, et sera complet en quarante leçons.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, nº 9, le lundi 9 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. — Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20138

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

DEUXIÈME SESSION

Séance du 19 octobre 1886 (soir [*fin*]). — Présidence de M. VERNEUIL.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale. — M. RICHELOT rappelle que l'hystérectomie vaginale, encore jeune en France, commence à entrer dans la pratique. Il déclare que les questions de priorité lui paraissant fastidieuses, il ne reviendra pas sur l'historique de la question qu'il a traitée ailleurs et se contentera de parler des indications et du manuel opératoire.

Toutefois il reconnaît qu'avant lui M. Péan avait laissé les pinces à demeure et la plaie ouverte, qu'avant M. Péan, Jules Bœckel et Spencer Wels avaient soupçonné ce procédé, mais on n'avait pas encore proposé systématiquement de remplacer la ligature par la forcipressure.

Indications. — L'hystérectomie vaginale est indiquée dans les cancers primitifs du corps de l'utérus; dans ceux qui envahissent la muqueuse en totalité ou qui paraissent limités à la face interne du col, sans qu'on puisse prévoir, au moment d'opérer, si la muqueuse est malade par delà l'orifice interne; dans ceux qui ont débuté par la face externe du col, mais qui déjà confinent au cul-de-sac vaginal postérieur, de telle façon qu'il est difficile d'inciser loin du mal sans intéresser le péritoine. Dans le cas où la tumeur peut être enlevée largement par une amputation partielle, faut-il préférer celle-ci à l'ablation totale? Cette question n'est pas aussi bien tranchée qu'on a voulu le dire. Nous pensons qu'il vaut mieux faire, ici comme ailleurs, une amputation aussi large que possible, et qu'en enlevant l'utérus en totalité, on détruit un bon nombre de vaisseaux lymphatiques émanés du col et rampant sur les bords de l'organe, vaisseaux qui sont respectés par une résection incomplète, cunéiforme, et peuvent être l'origine d'une repullulation.

Le cancer utérin n'est pas le seul motif d'intervenir par l'hystérectomie vaginale. Au contraire, les lésions qui ne récidivent pas doivent être considérées comme les indications les plus intéressantes de cette opération.

Elle peut être faite pour certaines *rétroflexions* utérines graves, pour des *fibromes* peu volumineux à symptômes menaçants, pour des *prolapsus* rebelles. Et, comme il semble avéré aujourd'hui qu'il est moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, d'enlever les tumeurs et organes pelviens par les voies naturelles que par l'incision abdominale, le chirurgien doit s'attacher à saisir, au moment où on peut leur donner passage, les lésions qui déjà menacent la vie et celles dont la marche progressive annonce pour plus tard ou des troubles irrémédiables, ou la nécessité d'une intervention plus dangereuse. Ainsi comprise et soutenue par un bon outillage, l'hystérectomie vaginale est une opération d'avenir.

Manuel opératoire. — Jusqu'ici, les dangers de l'hystérectomie ont tenu en majeure partie à la difficulté de placer des ligatures solides sur les ligaments larges. Or il existe un moyen d'atteindre ce double but : 1° assurer l'hémostase; 2° abréger la durée de l'opération; c'est l'emploi des pinces longues à pression continue étreignant les ligaments larges et laissées à demeure dans la cavité pelvienne pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce procédé simplifie l'acte opératoire, abrège la manœuvre intra-péritonéale et assure l'hémostase définitive; il constitue un progrès sur tous les procédés connus.

Les parties inaccessibles aux ligatures sont accessibles aux pinces. L'opération se trouve donc facilitée, l'abaissement de l'utérus n'étant plus ainsi nécessaire. Quant au traitement de la plaie, suture et drainage, il se trouve supprimé. Les suites de l'opération après l'ablation des pinces sont des plus simples.

En résumé, l'hystérectomie vaginale est une excellente opération.

M. DUPLOUY (de Rochefort) communique une observation d'hystérectomie vaginale pratiquée à l'aide du procédé dont vient de parler M. Richelot.

Cette opération a été pratiquée par M. Baudot (de Rochefort). Il s'agissait d'un épithélioma du col. L'opération a été faite le 5 octobre; antiseptie vaginale, cathétérisme; l'abaissement de l'utérus est impossible. Après les incisions semi-circulaires, une pince est placée sur le ligament large gauche. L'utérus étant impossible à attirer, il fallut le réséquer et on put alors attirer le fond avec des pinces de Museux, et une seconde pince fut facilement placée sur l'autre ligament large. La malade a succombé le second jour au collapsus. Il n'y avait pas traces de péritonite.

Il est évident que cette opération n'aurait pas pu être achevée sans les pinces. Toutefois M. Duplouy signale un inconvénient; c'est le contact des branches de la pince avec la paroi antérieure du rectum qui était en partie sphacélée. En outre ces pinces ne font pas l'office de drains que leur attribue M. Richelot.

En résumé, dans les cas simples, M. Duplouy préfère la ligature et propose de réserver les pinces aux cas complexes.

M. PÉAN dit que la communication que vient de faire M. Richelot exige qu'il prenne la parole. Notre collègue, dit-il, commence par dire que son procédé d'hystérectomie vaginale est basé sur le pincement préventif et définitif des ligaments larges. Il ajoute qu'il ne voit pas l'utilité de rechercher à qui appartient la priorité de cette méthode hémostatique, disant que les recherches de priorité sont toujours fastidieuses. Permettez-moi de vous dire que, si elles sont fastidieuses pour lui, elles ne le sont pas pour nous qui en sommes l'inventeur, et qui, depuis plus de vingt années, employons tous nos efforts à la vulgariser.

A l'instar de ceux qui ont cherché, sans succès, à s'approprier cette méthode, après avoir mis en doute pendant plusieurs années ses avantages, il laisserait volontiers croire que le pincement des vaisseaux, des ligaments larges, avait été pratiqué avant nous, alors que, seul, et journellement, nous la mettions en pratique dans notre service hospitalier. Or des travaux faits et enseignés dans les hôpitaux de Paris, en présence d'un grand nombre de médecins français et étrangers, ne jouissent-ils pas de toute l'authenticité désirable? Nous le mettons au défi de trouver quoi que ce soit d'analogue, non seulement pour les ligaments larges, mais encore pour les organes voisins, l'utérus, le rectum, la vulve, la vessie, et les organes éloignés.

En fait d'hémostasie préventive, qui donne des résultats si avantageux pour abréger la durée des opérations, nous ne connaissons qu'un instrument ayant pour but de l'obtenir, c'est la pince que Desmarres avait imaginée pour l'ablation du chalazion.

Dès que nous conçûmes l'idée d'appliquer cette pince à toutes les opérations qui sont du ressort de la chirurgie sanglante, pour y parvenir, nous fîmes construire des pinces de formes, de courbure, de force et de longueur nécessaires, en L, en T, en V, à mors droits, à mors courbés sur le champ ou courbés sur le plat, à mors longs, à mors dentés, à mors revêtus d'amadou, de caoutchouc, etc. Si bien que, depuis cette époque, nous avons eu la satisfaction de voir les chirurgiens français et étrangers rechercher tous ces modèles et en tirer un parti que les fabricants eux-mêmes, malgré nos prévisions, étaient loin de soupçonner.

La faveur dont ont joui nos instruments est certainement précieuse pour nous. Elle l'eût été bien davantage si nous n'avions eu à compter avec le soin que prennent certains chirurgiens à dissimuler le nom de l'inventeur en leur appliquant les dénominations de *pince à forcipressures*, de *pince à ovariotomie*, de pince de « Guéride », de « Mariaud », de « Mathieu », alors que nous avons montré, dans nos publications antérieures, que le mot de *forcipressure*, imaginé par M. Verneuil qui a utilisé nos pinces plusieurs années après leur invention, ne suffit pas à lui seul pour créer une méthode, que notre *méthode d'hémostasie* convient aussi bien à toutes les opérations de la chirurgie qu'à l'ablation des kystes de l'ovaire, et que Mathieu, Guéride, Mariaud, ne sont que les fabricants auxquels nous avons confié l'exécution de ces instruments.

Est-il digne de la science de rapporter au fabricant les créations du chirurgien? Convient-il, par exemple, de ne jamais décrire sous mon nom le lit d'opérations que j'ai fait construire autrefois par Dupont, et dont Guéride d'abord, Mariaud ensuite, ont accepté le dépôt, en lui ajoutant les perfectionnements que je leur ai demandés?

Convient-il davantage, lorsqu'il s'agit de publier les statistiques parisiennes, d'oublier chaque fois de dire que c'est moi qui ai fait le premier l'hystérectomie vaginale en France dans ces dernières années, alors que personne ne l'ignore, et que j'avais communiqué les observations à l'Académie de médecine, et qu'elles avaient été reproduites par plusieurs journaux?

Cette manière de faire, si elle est propre à laisser dans l'ombre le nom de l'auteur, n'est pas faite pour agrandir la renommée de celui qui se sert de pareils expédients. Et cependant, que de fois déjà, dans les feuilles périodiques, et même dans les articles de nos dictionnaires, n'avons-nous pas vu de pareils détournements se produire.

Pour n'en citer qu'un exemple dans un article sur *l'hystérectomie abdominale* (1) qui a paru l'an dernier, et dont l'auteur est un de nos collègues les plus érudits, ne voyons-nous pas nos pinces, de toutes espèces de modèles, décrites et même figurées, avec les gravures qui nous ont servi, il y a plus de dix ans, sans que notre nom soit même cité.

Pourtant les instruments sont inséparables de la méthode; et puisque M. Richelot a bien voulu dire qu'il n'est pas l'inventeur des pinces qui lui ont servi pour faire l'hémostasie définitive et temporaire au cours de l'hystérectomie totale, il aurait pu ajouter, ce qui est vrai, qu'elles portaient mon nom, dans les catalogues des fabricants chez lesquels il les a trouvées.

Comme vous le voyez, il ne pouvait pas être fastidieux pour moi de rechercher devant vous à qui revient la priorité de la méthode, non seulement pour l'hystérectomie abdominale ou vaginale, mais pour toutes les grandes opérations de la chirurgie. Quant à dire que, pour l'hystérectomie vaginale, il y a avantage à laisser nos pinces à demeure et à ne pas les remplacer par des ligatures, comme nous l'avons fait le premier dans les divers modes d'ablation de l'utérus, nous y souscririons volontiers si tous les cas l'exigeaient, comme l'affirme M. Richelot. Or, c'est sur ce seul point de l'hystérectomie que nos opinions ne concordent pas.

Lorsque, grâce au pincement des ligaments larges, l'utérus a été enlevé par le vagin, les pinces qui ont servi à l'hémostasie préventive permettent, si le cas est simple, d'abaisser à volonté, avec facilité, les ligaments larges, de les voir au fond du vagin et de les lier séparément, en deux moitiés avec des fils de soie, sans crainte que ceux-ci ne glissent, sans crainte d'hémorrhagie. Il en eût été tout autrement si les ligaments larges n'avaient pas été préalablement pincés sur toute leur hauteur, et c'est ce qui explique pourquoi, avant de suivre notre méthode, M. Richelot et ses coopérateurs perdaient leur malades d'hémorrhagie, ce qui ne nous est jamais arrivé.

Nous ne lions, d'ailleurs, les ligaments larges, que dans les cas simples et alors qu'il y a avantage à placer sur eux et sur le fond du vagin quelques points de suture. Dans le cas contraire, nous préférons laisser les pinces à demeure; et l'expérience nous a démontré que le péritoine supporte merveilleusement leur contact, aussi bien dans l'hystérectomie abdominale que dans l'hystérectomie vaginale, si l'opération a été bien dirigée, et si elles ne sont pas laissées au delà de vingt-quatre à trente-six heures.

M. VERNEUIL déclare n'avoir jamais eu la prétention que d'inventer un nom, celui de forcipressure. Quant à la méthode, il a montré qu'elle remontait au commencement de ce siècle.

M. JULES BŒCKEL a pratiqué trois fois l'hystérectomie vaginale, pour carcinome utérin. Il a perdu une malade d'hémorrhagie. Il aurait évité certainement ce fâcheux résultat s'il avait connu le procédé préconisé par M. Richelot.

M. TÉDENAT (de Montpellier) a pratiqué deux fois l'hystérectomie vaginale pour des cas de cancer très limité. Les suites furent simples, mais les malades eurent une récidive, l'une cinq mois, l'autre quatre mois après l'opération. Par contre, une malade opérée il y a quatre ou cinq ans par l'amputation sus-vaginale, se porte encore très bien.

M. DEMONS ne veut pas laisser l'assemblée sous l'impression des paroles de M. Tédenat, contre lesquelles il proteste, affirmant que l'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération rationnelle, et qui donne de très bons résultats.

Cure de varicocèle. — **M. LE DENTU** a eu l'occasion, dans l'espace d'un an, de traiter huit cas de varicocèle. Le premier a été opéré par la ligature multiple; pansement au sublimé, légère suppuration, guérison. Les autres opérés l'ont été par le procédé de M. Horteloup. Les résultats immédiats sont excellents. Quant aux résultats éloignés, M. Le Dentu a revu seulement trois de ses malades, six et sept mois après l'opération. L'un est bien parfaitement et bien complètement guéri. Il a pu constater très nettement l'atrophie des veines. Un autre est très soulagé, mais a conservé encore quelques douleurs et un certain gonflement des veines. Un autre est également très soulagé. Ces résultats sont satisfaisants.

M. HORTELOUP a employé ce procédé d'abord pour les cas graves. Quand on veut obtenir une guérison, il faut sectionner les veines postérieures. C'est la condition *sine qua non.*

La séance est levée.

---

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1885.

Séance du 20 octobre 1886 (matin). — Présidence de M. PERRIN.

COMMUNICATION

De la néphrotomie et de la néphrectomie. — **M. LE DENTU** (de Paris) a publié, au commencement de cette année, un mémoire sur la technique de la néphrectomie dans lequel, rappelant les travaux de Gross (de Philadelphie), il insistait avec cet auteur sur les indications et les contre-indications de cette opération.

Ainsi, disait-il, l'extirpation d'emblée du rein est indiquée :

1° Dans le sarcome des adultes ; 2° dans les néoplasmes bénins de toutes les périodes de la vie ; 3° au début de l'affection tuberculeuse ; 4° dans la rupture de l'uretère ; 5° enfin dans les fistules de l'uretère ; tandis qu'elle est contre-indiquée :

1° Dans le sarcome des enfants ; 2° dans le carcinome à tout âge, sauf peut-être si le mal pouvait être diagnostiqué et enlevé de bonne heure ; 3° dans la période avancée de l'affection tuberculeuse.

Mais dans quel cas doit-on préférer la néphrotomie, c'est-à-dire l'incisision pure et simple ? Dans la suppuration rénale bien limitée, dans la pyonéphrose proprement dite. Et cependant dans ce cas même on est quelquefois forcé d'en arriver à la néphrectomie, notamment lorsque l'on a trop longtemps attendu pour intervenir. La néphrotomie devra aussi être préférée tout d'abord dans l'hydronéphrose, dans les kystes uniloculaires.

Quand la tumeur est très volumineuse, on a préconisé les incisions très étendues, mais le danger qui peut s'ensuivre est l'éventration malgré la suture des muscles qui, d'ailleurs, ne réussit pas toujours ; aussi doit-on lui préférer la méthode du morcellement de M. Péan.

Au sujet des résections costales, l'opinion de M. le docteur Le Dentu est qu'il faut s'en abstenir de crainte, soit d'aller blesser la plèvre, soit parce que celle-ci est quelquefois assez mince pour se déchirer d'elle-même dans les mouvements respiratoires des malades. M. Le Dentu préconise aussi la ligature isolée de préférence à la ligature en masse ; ce temps de l'opération peut être très réduit avec une aiguille d'une certaine courbure et à chas ouvert.

L'auteur traite ensuite de deux procédés de néphrectomie : le procédé extra-péritonéal et le procédé transpéritonéal.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (de Paris). On a beaucoup discuté sur la valeur comparée de la néphrotomie et de la néphrectomie, opérations que le chirurgien est quelquefois forcé de faire succéder l'une à l'autre.

L'auteur rapporte quatre observations dont une de néphrotomie et trois de néphrectomie.

La première se rapporte à une femme à laquelle il avait plusieurs fois extrait des calculs de la vessie, et qui rentre certain jour à l'hôpital avec une anurie datant de treize jours ; l'uretère gauche était oblitéré. La néphrotomie est pratiquée, elle donne issue à du pus et à de l'urine ; néanmoins pendant vingt et un jours la vessie ne rend pas une goutte d'urine, c'est-à-dire jusqu'au moment de la sortie d'un calcul par l'urèthre. Cette femme est actuellement, et depuis onze mois, tout à fait guérie. Il s'agissait en réalité d'une anurie par absence d'un rein d'un côté, et par occlusion de l'autre.

La seconde malade est une femme porteur d'une tumeur purulente dans le flanc droit, et qui n'a jamais eu d'urines renfermant du pus. Une ponction est pratiquée ; la canule laisse écouler du pus ; l'abdomen est ensuite ouvert : il s'agit d'une néphrite suppurée. Quinze jours plus tard la néphrectomie est faite, le rein droit est enlevé et la cicatrisation de la plaie est obtenue en trois semaines.

Voilà pour les deux cas heureux ; les deux autres se sont terminés fatalement.

Le premier d'entre eux est celui d'une femme atteinte de néphrite suppurée, qui entre à l'hôpital dans l'état *in extremis*. La néphrectomie est pratiquée comme une dernière ressource ; la malade succombe au choc après l'opération.

Le second cas est une hydronéphrose opérée par la voie péritonéale ; le rein droit est dilaté, le gauche est très petit ; l'opération est facile, néanmoins la femme succombe deux jours et demi plus tard à des accidents urémiques.

Dans la néphrite suppurée, il faut commencer par la néphrotomie pour en arriver à la néphrectomie si cela est nécessaire. Mais toutes les fois que vous avez affaire à une femme affaiblie, vous ferez d'abord la néphrotomie, la néphrectomie ayant pour inconvénient de déterminer toujours un *choc*, duquel vous êtes obligé de tenir compte. En somme, la voie péritonéale est plus simple, plus facile, moins dangereuse que la voie transpéritonéale. La néphrectomie n'est pas une opération très laborieuse, à la condition d'arriver directement sur la substance rénale ; elle est alors plus courte, moins dangereuse, et le choc opératoire est moins intense.

M. BOUILLY rapporte quatre cas de sa pratique chirurgicale, dont deux sont relatifs à des suppurations rénales et les deux autres à des reins mobiles, flottants, très douloureux.

Dans le premier cas, M. Bouilly a fait la néphrotomie, en 1882, chez une femme de trente-six ans, malade depuis quatre ans, cachectique, souffrant d'une cystalgie des plus douloureuses, avec urines non purulentes, mixtion toutes les quatre ou cinq minutes, tuméfaction lombo-abdominale profonde, diffuse. Bref, le diagnostic était, ou sarcome du rein, ou suppuration intra-intestinale.

Une ponction du rein tout d'abord pratiquée ayant donné issue à 300 grammes d'un pus liquide, filant, amena un soulagement très notable ; mais, quinze jours plus tard, les accidents reparurent et obligèrent M. Bouilly à pratiquer la néphrotomie. Il détruisit trois ou quatre poches kystiques du rein avec le doigt ; la collection purulente était considérable. A partir de ce moment la malade se remit très bien, mais elle conserva pendant dix-huit mois une fistule purulente qui, à la fin, amena de tels accidents d'hecticité qu'au mois de mars 1885, M. Bouilly dut chercher à dilater le trajet fistuleux à l'aide d'une tige de laminaire. Cette petite opération réussit parfaitement ; mais des accidents de péritonisme, d'obstruction intestinale grave, dus à la compression exercée par la compression d'une nouvelle poche purulente, se déclarèrent et ne cédèrent, au bout de huit jours, qu'après une débâcle intestinale consécutive à la rupture de cette poche dans l'intestin.

Le deuxième cas est celui d'un garçon de vingt ans, très grand, très élancé, soldat en Algérie, qui fut pris de phénomènes rénaux tels qu'on crut, à un moment donné, qu'il s'agissait d'une tuberculose du rein. On constatait l'existence d'une collection dans la région lombaire ; les urines étaient purulentes ; il s'agissait d'un phlegmon périnéphrétique et d'une suppuration intra-péritonéale. La néphrotomie est pratiquée ; le rein bosselé contenait en effet des foyers caséeux que M. Bouilly vide complètement ; grattage, pansement à l'iodoforme et au chlorure de zinc. Au bout de vingt-cinq à trente jours, la suppuration est réduite au minimum. Guérison le quarantième jour.

Dans les deux autres cas, relatifs à des reins flottants, M. Bouilly a pratiqué la néphrectomie. Les deux malades souffraient depuis huit et seize ans ; toute marche était devenue impossible. La première opérée a été complètement guérie. La seconde, opérée au commencement de ce mois, est en bonne voie de guérison.

M. RELIQUET parle de trois malades, l'un atteint de cancer du rein, les deux autres d'abcès du rein, qui tous les trois avaient des vomissements incoercibles, des douleurs dans le rein malade, semblables à celles de la colique néphrétique, des envies fréquentes d'uriner avec ténesme vésico-uréthral, et enfin une diminution très grande dans les urines.

Chez les deux malades atteints d'abcès, il y avait de 3 à 400 grammes d'urines dont la moitié était du pus. Chez le cancéreux, il y avait 60 grammes d'urine par vingt-quatre heures.

Chez ces trois malades, la néphrectomie a été suivie immédiatement de la cessation de tous les symptômes. Plus de vomissements, plus de douleurs, et vingt-quatre heures après les urines sont en quantité normale.

Ces faits conduisent M. Reliquet à proposer de faire la néphrectomie dans les cas d'anurie calculeuse.

M. DEMONS (de Bordeaux) a pratiqué une néphrotomie et deux néphrectomies : la première, pour une pyonéphrose avec cystalgie extrêmement vive ; le cas est analogue à celui dont M. Bouilly a rapporté l'observation. Le rein était réduit à une coque purulente. La malade succomba à l'épuisement général, quelques jours après l'opération.

Des deux néphrectomies, l'une a été publiée ; elle a été faite pour une blessure du rein avec abcès périnéphrétique et fistules consécutives ; l'autre, encore inédite, a été pratiquée sur une femme de trente ans par la voie transpéritonéale pour un sarcome du rein gauche. Le diagnostic était des plus difficiles ; on avait cru tout d'abord à une tumeur de l'ovaire. Les suites opératoires ont été des plus simples; dix-huit jours après l'opération, la malade quittait Bordeaux guérie.

M. MALHERBE (de Nantes) rapporte l'observation d'une malade à laquelle il a fait la néphrectomie il y a quatre mois. Cette femme, âgée de vingt-huit ans, toujours très faible et nerveuse, avait eu trois enfants, le dernier dix mois auparavant.

Cinq mois après ses couches, elle avait rendu du pus dans les urines, en même temps qu'elle éprouvait des douleurs vives de cystite, et on avait cru à un catarrhe vésical. Son état s'étant aggravé, elle dut garder complètement le lit, et c'est au mois de mai dernier que M. Malherbe la vit pour la première fois et constata l'existence d'une tumeur considérable siégeant dans le flanc gauche. Les organes génitaux indemnes, il pensa à quelque suppuration du rein et fit une ponction exploratrice qui donna issue à un peu de pus. Pendant quelques jours il essaya des révulsifs, puis se décida à faire la néphrotomie se préparant à la néphrectomie au cours de l'opération si cela était nécessaire. Cette seconde opération dut être pratiquée en effet, vu l'état du rein bosselé, violacé, transformé en poche purulente. Le choc opératoire fut assez prononcé ; cependant la malade marchait vers la guérison, lorsque la plaie se désunit et laissa sortir des masses grisâtres qui s'éliminèrent d'elles-mêmes. Une suppuration très abondante s'ensuivit, les urines furent un peu albumineuses; enfin, pendant douze jours, la malade eut des accès de manie hystérique. Aujourd'hui l'état général est bon ; il reste seulement une plaie béante, profonde de 7 à 8 centimètres, en voie de bourgeonnement.

M. SCHWARTZ (de Paris). Le fait rapporté par l'auteur remonte à 1884, c'est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, mal réglée, qui sans cause appréciable fut prise d'une cystalgie atroce comme la malade de M. Bouilly, sans troubles urinaires. L'année suivante, elle eut trois ou quatre hématuries. Enfin, depuis trois mois, elle éprouvait des tiraillements dans la région lombaire et ses urines étaient devenues abondamment purulentes ; quant à la vessie, elle était absolument saine, et l'examen de l'abdomen, la malade étant chloroformée, démontrait l'existence d'une tumeur profonde située dans le flanc gauche et correspondant au rein.

La malade étant un peu cachectisée, M. Schwartz fit tout d'abord une ponction exploratrice, afin de s'assurer s'il ne s'agissait pas de quelque tuberculose du rein. Le pus évacué était très lié, très fétide aussi, mais ne contenait aucun bacille ; ce que voyant il pratiqua la néphrotomie, quitte à procéder ensuite à l'extraction du rein, si cela était nécessaire.

L'opération eut lieu, le 14 mai, en abordant la tumeur par une incision étendue des dernières fausses côtes à la crête iliaque; le rein, très volumineux, avait contracté des adhérences très fermes avec le péritoine; il renfermait un abcès gros comme un gros œuf de poule, cloisonné, qui fut ponctionné puis incisé sur le trocart avec le bistouri. Les suites opératoires ont été très bonnes et la guérison complète.

M. OLLIER ne rapporte aucune observation, mais veut seulement traiter de la néphrectomie sous-capsulaire, c'est-à-dire de l'ablation du rein sous sa capsule fibreuse telle qu'il la pratique. C'est, pour ainsi dire, par hasard, qu'il a fait cette opération, pour la première fois il y a quatre ans, dans un cas où il se trouva arrêté par des adhérences très grandes. Toutes difficultés cessèrent dès que la capsule fibreuse fut ouverte. Depuis lors, ayant été appelé à faire trois nouvelles néphrectomies pour des pyonéphroses suppurées, il a renouvelé d'emblée cette opération, enlevant avec la main, sans instruments, le rein, se bornant à sectionner seulement quelques cloisons.

L'opération peut se faire très facilement et permet d'arriver à décoller le rein sans hémorrhagie, mais elle n'est pas applicable à tous les cas, notamment lorsque le rein est sain ou petit. Mais il n'y a aucune hésitation à avoir lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse ou d'un cas chronique, il faut ouvrir la capsule fibreuse sans essayer de décoller le péritoine.

De plus, les reins volumineux donnent lieu assez fréquemment à des difficultés, les incisions doivent être aussi larges que possible ; c'est ainsi que, dans sa dernière néphrectomie, son incision ne fut pas moindre de 33 à 34 centimètres. Mais comment réparer, dira-t-on, ces vastes plaies? Par la suture musculaire ou mieux de tous les tissus ; la réparation se fait réellement bien ; et, sous ce rapport, je ne partage pas l'opinion de M. Le Dentu. Il ne faut donc pas hésiter à faire de larges ouvertures pour se donner tout le jour nécessaire ; il est même des cas où la difficulté d'extraire la tumeur rénale exige la résection de la douzième côte, notamment lorsque le rein en est trop rapproché.

Si l'on observe aussi quelquefois certains phénomènes réflexes à la suite de la néphrectomie, ils ne peuvent guère s'expliquer que par la ligature du pédicule. Ces phénomènes, d'ailleurs, ont été très variables.

En résumé, la néphrectomie sous-capsulaire est une opération simple, facile, applicable surtout aux grosses tumeurs suppurées, et dont les principaux avantages sont d'éviter les hémorrhagies et de tenir éloigné du péritoine, par suite de préserver des accidents péritonéaux.

M. JEANNEL (de Toulouse). Dans l'observation recueillie par l'auteur à l'hôpital de Toulouse, il s'agit de phénomènes parfaitement caractérisés d'occlusion intestinale produite par une tumeur du rein, laquelle ne fut reconnue qu'au cours de l'opération, ayant été prise tout d'abord d'après ses caractères pour une tumeur fécale. L'examen de la tumeur avait été fort difficile, et la délimitation de la tuméfaction impossible.

Le traitement médical employé d'abord eut tout naturellement un insuccès complet; c'est pourquoi, les accidents persistant, M. Jeannel fit la laparotomie sur la ligne médiane par une incision en L de 20 centimètres de longueur; la tumeur fut reconnue pour une tumeur du rein, infiltrée dans le mésentère qu'elle dédoublait sur une hauteur de 15 centimètres. Le côlon descendant, violemment comprimé par la tumeur, était noirâtre, mais non gangrené. Pendant l'opération, le malade eut des lipothymies; le soir, il se releva un peu, mais pris de délire la nuit, il succombait le lendemain au choc opératoire.

M. Jeannel appelle, en terminant, l'attention sur une statistique de M. Augagneur comprenant 80 cas de tumeurs du mésentère, sur lesquels 3 fois on constata des accidents d'obstruction intestinale, et dans lesquels la tumeur ne fut reconnue qu'ultérieurement.

M. PÉAN. La néphrotomie et la néphrectomie méritent à juste titre d'attirer l'attention des chirurgiens.

Le nom de néphrotomie est actuellement employé pour désigner soit l'ouverture des collections liquides du rein, soit l'ouverture du rein lui-même, lorsqu'il s'agit d'aller à la recherche d'un corps étranger, un calcul, par exemple, contenu dans l'intérieur de son parenchyme ou de ses canaux excréteurs.

Le nom de néphrectomie est réservé à l'ablation partielle ou totale, sous-capsulaire ou non, de la glande rénale elle-même. Nous ne voulons pas entreprendre ici l'historique de ces sortes d'opérations, il nous entraînerait trop loin. Il suffira, d'ailleurs, de consulter l'excellente thèse d'un de nos internes les plus distingués, Brodeur, qui vient de paraître, pour le connaître dans tous ses détails.

Néphrotomie. — Depuis plusieurs années, les chirurgiens n'hésitaient pas à ouvrir les collections liquides du rein, en particulier les grands kystes hydatiques, qui s'y développaient. Il est à remarquer, cependant, que beaucoup d'opérateurs, surtout lorsqu'il s'agissait d'aborder la tumeur par la voie abdominale, redoutaient tellement la proximité du péritoine, qu'ils se contentaient de donner issue au liquide par des ponctions ou par des applications de caustiques. Nous avons le premier démontré, il y a longues années déjà, par des faits multiples suivis de succès, que le voisinage du péritoine ne doit pas empêcher d'ouvrir largement ces tumeurs, de donner issue aux liquides qu'elles contiennent, et même d'en exciser la plus grande partie, si l'on a le soin de suturer le fond de la poche aux lèvres de la plaie abdominale. Ce mode de traitement, auquel nous avons donné le nom de *traitement par suppuration*, nous a permis, non seulement de guérir les kystes du rein par la voie lombaire ou la voie abdominale, mais encore un grand nombre de kystes qui avaient pris naissance dans les autres viscères de l'abdomen ou du bassin, et qui étaient considérés comme incurables à cause de leur siège, de leurs rapports et de leurs connexions. Depuis lors, les chirurgiens se sont enhardis; depuis surtout qu'ils ont mieux appris à aborder le rein par la voie lombaire, ils n'ont pas craint, non seulement d'ouvrir largement les collections liquides du rein, mais encore d'inciser le rein par lui-même lorsqu'il renfermait des calculs.

Les résultats de ce double mode d'intervention ont certainement dépassé les espérances.

Brodeur a démontré, en effet, que :

1° Dans 32 cas d'hydronéphrose, il y a eu 16 néphrotomies, dont 5 lombaires, toutes avec guérison; 5 abdominales avec guérison (2 avec persistance de fistule);

2° Dans 15 cas de kystes rénaux (hydatiques ou simples), il y a eu 3 néphrotomies, dont 2 lombaires et 1 abdominale, avec 3 guérisons;

3° Dans 14 cas de traumatisme du rein, il y a 4 néphrotomies, dont 4 lombaires, avec 3 guérisons;

4° Dans 25 cas de calculs du rein, il y a eu 23 néphrotomies (néphrolithotomies), toutes lombaires, avec 22 guérisons;

5° Dans 66 cas de pyélo-néphrite calculeuse, il y a eu 16 néphrolithotomies, dont 13 lombaires, avec 6 guérisons, et 3 abdominales, avec 3 morts;

6° Dans 63 cas de pyélo-néphrite suppurée, il y a eu 14 néphrotomies, dont 12 lombaires, avec 8 guérisons, et 2 abdominales, avec 2 morts;

7° Dans 21 cas de pyélo-néphrite tuberculeuse, il y a eu 5 néphrotomies, dont 4 lombaires, avec 1 guérison, et 1 abdominale, avec 1 guérison.

On pourrait peut-être reprocher à notre méthode de traitement par suppuration d'exposer les malades à conserver des fistules intarissables. Notre expérience personnelle nous a démontré que, même pour les abcès ou les kystes dans lesquels le liquide urinaire se déverse, il ne faut pas se préoccuper outre mesure de la persistance de ces fistules urinaires, car celles que nous avons vues ont guéri dans un temps relativement court. D'ailleurs, les statistiques de Brodeur montrent que ces fistules ne durent que quelques semaines en général; quelquefois même, il ne s'écoule aucune goutte d'urine par la plaie lombaire.

Néphrectomie. — La néphrectomie est une conquête bien autrement récente et non moins importante que la néphrotomie. De nos jours, les chirurgiens n'ont pas craint de l'appliquer aux tumeurs malignes et même aux simples déplacements du rein. En réalité, elle a été pratiquée dans un grand nombre de cas, dans le rein flottant, dans les tumeurs liquides ou solides du rein, dans les traumatismes et dans les inflammations suppurées ou non de la glande rénale.

Le temps nous manque pour discuter les indications et les contre-indications de cette opération. Nous renverrons sur ce point à la thèse de Brodeur, qui les a parfaitement décrites, et nous nous contenterons de dire que :

1° Dans les cas de *déplacement du rein*, l'opération de la néphrectomie ne doit être pratiquée que lorsque tout traitement palliatif judicieusement conduit a échoué et que la vie du malade est en danger. Dans ces cas, Brodeur a démontré que la néphrorrhaphie peut souvent seule suffire;

2° Dans les cas d'*hydronéphrose*, de *kyste*, d'*inflammation suppurée ou non*, la néphrectomie doit être précédée de l'opération de la néphrotomie;

3° Dans les *cancers du rein*, si le cancer n'est pas généralisé aux deux reins, si l'état général du malade est assez satisfaisant, la néphrectomie doit être pratiquée.

Il en est de même quand il s'agit d'une tumeur bénigne, un fibrome, par exemple.

Quant à nous, nous avons eu l'occasion, dans la plupart de ces cas, d'intervenir. Naturellement, nous avons été conduit à agir le plus souvent par la voie lombaire, exceptionnellement par la voie abdominale.

Quelques chirurgiens semblent redouter beaucoup la voie abdominale à cause des dangers de péritonite auxquels elle expose. Nous ne sommes pas de leur avis, et nous croyons qu'un opérateur exercé à la pratique des gastrotomies peut sans crainte pratiquer l'ablation des tumeurs du rein par la voie abdominale, lorsqu'elles sont petites, et même lorsqu'elles sont volumineuses, pourvu qu'elles soient limitées à cet organe. C'est mu par cette pensée que nous n'avons pas hésité, en 1884, à enlever, par la gastrotomie, une énorme tumeur cancéreuse du rein droit à une malade qui, depuis l'opération, jouit d'une bonne santé. Quel que soit leur volume, lorsqu'il s'agit d'enlever ces tumeurs par la voie abdominale, nous sommes d'avis qu'il est plus avantageux de les mettre à nu en incisant la paroi du ventre sur la ligne médiane. Si elles sont petites, on écarte ensuite les intestins, on incise le péritoine qui recouvre la face antérieure du rein, on énuclée celui-ci, on l'excise après avoir mis les ligatures voulues, on ferme par sutures ou par ligatures le péritoine qui recouvre la cavité laissée par l'organe, et l'on finit l'opération en suturant la paroi abdominale, comme s'il s'était agi d'enlever une simple tumeur du mésentère. Si la tumeur est très volumineuse, et surtout si elle est adhérente aux organes voisins, la dissection de sa périphérie exposerait l'opérateur à blesser des organes indispensables à la vie. En pareil cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer le morcellement suivant les règles que nous avons posées pour l'ablation des grandes tumeurs toutes les fois qu'elles sont situées au voisinage d'organes qu'il importe de ménager.

Il semble au premier abord que ce morcellement expose aux hémorrhagies. Nous avons montré depuis longtemps qu'il n'y a rien à craindre de semblable si l'on sait se servir des pinces de divers modèles que nous avons imaginées pour faire le pincement préventif temporaire et définitif des vaisseaux.

La voie lombaire, moins effrayante, ne permet pas d'enlever les grandes tumeurs. Naturellement indiquée pour l'ablation des petites, elle nous a permis, en nous aidant aussi du morcellement, d'enlever des tumeurs de moyen volume, que d'autres n'auraient pas songé à aborder par cette voie. On en trouvera des exemples dans la thèse de Brodeur. Nous avons opéré de la sorte deux malades, dont l'un portait un rein très hypertrophié et déplacé, et dont l'autre, que nous opérâmes avec Guyon, était considérablement hypertrophié, rempli d'abcès et de concrétions calcaires. Le morcellement, d'ailleurs, ne suffit pas pour enlever largement ces tumeurs; il faut, toutes les fois que l'on veut enlever le rein par la voie lombaire, se créer un chemin aussi large et aussi peu dangereux que possible, de façon à bien le mettre à nu, à bien l'explorer, à bien le disséquer en dedans ou en dehors de sa capsule, sans crainte d'être gêné par ses rapports, par ses adhérences, par les vaisseaux qui pénètrent dans son intérieur.

Pour obtenir ce résultat, nous avons imaginé de porter l'incision au niveau du bord antérieur du carré lombaire, de couper largement la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, non seulement au niveau de l'intervalle qui sépare la crête iliaque des dernières côtes, mais encore à la surface de ces os sur une

*

longueur de plusieurs centimètres, de façon à obtenir une plaie longue de vingt-cinq centimètres environ. En cela, nous suivons le principe que nous avons toujours posé, que, toutes les fois qu'il s'agit d'aborder des tumeurs profondes situées dans des régions délicates, il ne faut pas craindre de faire les incisions préliminaires aussi longues que possible. Ce premier temps de l'opération exécuté, nous incisons verticalement la couche au niveau de l'interstice aponévrotique dans toute son épaisseur, et, au besoin, pour donner plus de jour, nous débridons les muscles en les coupant en avant ou en arrière à un centimètre au-dessus de la crête iliaque. Il devient facile alors, en nous aidant des rétracteurs, de voir le feuillet aponévrotique sous-musculaire, de l'inciser, de mettre à nu l'atmosphère graisseuse du rein, de la couper, de disséquer ensuite le rein en dedans ou en dehors de sa capsule, de le morceler s'il est trop volumineux, de pincer son hile, de le réséquer et de placer une double ligature en dedans des pinces sur l'uretère et les vaisseaux. Nous n'avons jamais eu besoin, pour nous mettre à l'abri des hémorrhagies, de laisser nos pinces à demeure à la suite de l'opération. Mais, pour abréger le temps de l'opération, nous avons eu soin d'employer nos divers modèles de pinces longues, à mors droits ou courbés sur le champ, que nous avons fait construire pour l'ablation des tumeurs profondes. Ce procédé, que nous avons décrit avec plus de détail dans le tome IV de nos cliniques, et dont la manœuvre est facilitée par notre lit d'opérations et par la position donnée à la malade et aux aides, nous a toujours permis d'enlever ces tumeurs sans qu'il soit besoin de nous créer une voie, soit en reportant l'incision plus en avant, soit en réséquant les dernières côtes, procédé qui ne nous a pas paru utile, et qui n'est pas sans danger, comme le prouvent les faits recueillis par Brodeur.

Les résultats que nous avons obtenus dans la néphrectomie lombaire ou abdominale sont des plus encourageants. Sur sept opérations de néphrectomie que nous avons pratiquées, nous avons eu six succès, et encore chez la malade que nous avons perdue, la mort est survenue, non pas du fait de l'opération, mais bien de ce que l'autre rein était atrophié et complètement impropre à remplir ses fonctions.

En raison de ces faits, nous estimons qu'il faut préférer la voie lombaire toutes les fois qu'elle est applicable, parce qu'elle n'exige pas l'ouverture du péritoine, bien que celle-ci soit beaucoup moins redoutable qu'autrefois, grâce aux progrès de la chirurgie. Les statistiques de Brodeur confirment d'ailleurs notre manière de voir. En effet, sur 235 néphrectomies, il y en a 110 par la voie abdominale, avec 55 guérisons (50 p. 100), et 125 par la voie lombaire, avec 78 guérisons (62,4 p. 100). Elles se répartissent ainsi :

1° Dans 36 reins mobiles, il y a eu 26 néphrectomies, dont 20 abdominales, avec 12 guérisons (60 p. 100), et 6 lombaires, avec 6 guérisons;

2° Dans 32 cas d'hydronéphrose, il y a eu 22 néphrectomies, dont 10 lombaires, avec 6 guérisons (60 p. 100), et 12 abdominales, avec 7 guérisons (50,33 p. 100);

3° Dans 15 cas de kystes rénaux, il y a eu 12 néphrectomies, dont 12 abdominales, avec 4 guérisons (33,33 p. 100);

4° Dans 18 cas de carcinome du rein, il y a eu 17 néphrectomies, dont 12 abdominales, avec 2 guérisons (16,66 p. 100), et 5 lombaires, avec 4 guérisons (80 p. 100);

5° Dans 29 cas de sarcome du rein, il y a eu 29 néphrectomies, dont 25 abdominales, avec 13 guérisons (52 p. 100), et 4 lombaires, avec 1 guérison (25 p. 100);

6° Dans 10 cas de fibrome du rein, il y a eu 10 néphrectomies, dont 8 abdominales, avec 6 guérisons (75 p. 100), et 2 lombaires, avec 2 guérisons;

7° Dans 14 cas de traumatisme du rein, il y a eu 10 néphrectomies, dont 7 lombaires, avec 5 guérisons, et 3 médianes, avec 2 guérisons;

8° Dans 18 cas de fistule, il y a eu 18 néphrectomies, dont 17 lombaires, avec 12 guérisons, et 1 médiane, avec 1 guérison;

9° Dans 25 cas de calculs du rein, il y a eu 2 néphrectomies lombaires, avec 1 guérison;

10° Dans 66 cas de pyélo-néphrite calculeuse, il y a eu 44 néphrectomies, dont 34 lombaires, avec 19 guérisons, et 10 abdominales, avec 5 guérisons;

11° Dans 43 cas de pyélo-néphrite suppurée, il y a eu 29 néphrectomies, dont 24 lombaires, avec 16 guérisons, et 5 abdominales, avec 1 guérison;

12° Dans 21 cas de pyélo-néphrite tuberculeuse, il y a eu 16 néphrectomies, dont 14 lombaires avec 6 guérisons (42,85 p. 100) et 2 abdominales avec 2 guérisons.

Nous n'entrerons pas maintenant dans le détail de toutes les complications qui peuvent accompagner les tumeurs du rein qui ont nécessité la néphrectomie, telles que les fistules stercorales dont nous avons vu quelques exemples, ni sur les complications qui ont été notées à la suite de ces opérations. Nous n'aurions rien à ajouter à ce qui vient d'être publié sur cet intéressant sujet par Brodeur.

En résumé, la néphrotomie est applicable à l'hydronéphrose, aux kystes du rein, aux lésions traumatiques du rein, aux calculs et aux inflammations suppurées on non de cet organe. Elle doit être faite de préférence par la voie lombaire, bien que, grâce au traitement par suppuration applicable aux tumeurs liquides et aux progrès qui ont été apportés à l'ablation des tumeurs solides par la gastrotomie, elle puisse être faite sans trop de danger par la voie abdominale.

La néphrectomie est applicable aux reins mobiles pour lesquels on devra surtout pratiquer la néphrorrhaphie, aux tumeurs, aux fistules. Elle ne doit être pratiquée par la voie abdominale que pour les tumeurs très volumineuses du rein. Elle peut être pratiquée par la voie lombaire toutes les fois que les tumeurs sont de moyen ou de petit volume.

Pour se créer une voie large, il faut porter l'incision au niveau du bord antérieur du carré lombaire.

Prolonger l'incision des couches superficielles sur les côtes et la hanche.

Ne pas craindre de débrider les muscles.

Se servir du morcellement en respectant ou non la capsule rénale, suivant que cela est nécessaire pour l'opération.

Se servir de pinces de forme et de courbure appropriées pour l'hémostasie temporaire au cours de l'opération et pour faciliter le morcellement du rein ainsi que la ligature du hile. Faire des sutures superficielles et profondes, sans qu'il soit besoin, dans tous les cas, de laisser un ou deux tubes à drainage au fond de la plaie, et employer les pansements antiseptiques pour obtenir la réunion par première intention.

M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) a fait deux néphrectomies, l'une par la voie lombaire, l'autre par la voie abdominale; toutes deux se sont terminées par la guérison. La première pour une tumeur carcinomateuse; la seconde, au mois de mars dernier, pour un kyste hydatique du rein. M. Bœckel a été le premier à faire la néphrectomie transpéritonéale pour ce genre de tumeur. L'opération fut très facile; il s'agissait d'une femme de trente-huit ans; la tumeur, siégeant dans l'hypochondre gauche avait acquis, dans l'espace de six mois et demi, un volume considérable, et dépassait la moitié droite de l'abdomen. Le diagnostic était un peu hésitant entre un kyste de l'ovaire, ainsi que le pensait le médecin de la malade, et celui d'une tumeur solide ou liquide de la rate, du rein ou du mésentère, et M. Bœckel pensait à quelque lipôme mésentérique. Aucune ponction exploratrice n'avait été faite en raison de la variabilité de situation des intestins.

La laparotomie fut faite le 16 mars dernier par une incision de 20 centimètres de longueur; le côlon descendant bordait la tumeur à gauche; M. Bœckel cherche à attirer la tumeur, mais il est forcé d'inciser les faisceaux du péritoine, puis il ponctionne ladite tumeur et en retire ainsi 2 litres 1/2 de liquide kystique; la tumeur n'est autre qu'un kyste qui s'est développé sur le bord convexe du rein gauche. On attire la tumeur au dehors, on lie le pédicule, on libère les adhérences et on extirpe le rein. Les suites opératoires ont été des plus simples, et la guérison était obtenue sept jours plus tard.

Les kystes hydatiques du rein sont une affection relativement rare; M. J. Bœckel n'a pu en recueillir que 17 cas; le diagnostic en est généralement difficile; la fluctuation fait souvent défaut. Sur les 14 opérations qui ont été faites, on compte 9 guérisons et 5 morts.

La seule méthode opératoire qui puisse être comparée à la néphrectomie qui a donné, sur 6 cas, 6 guérisons.

M. DOYEN (de Reims) a pratiqué aussi deux fois la néphrectomie; la première fois, chez une femme, pour une fistule uretéro-cutanée consécutive à l'opération d'un kyste du ligament large. L'uretère droit blessé fut abouché à la paroi abdominale et laissait écouler 300 grammes d'urine; la malade se rétablit, mais l'urine augmente (500 grammes) du côté droit, tandis qu'elle diminue à gauche. Puis cinq semaines plus tard la fistule ne donne plus d'urine. Le côté gauche se tuméfie, il y a anurie; des accidents graves se déclarent, le rein droit ne fonctionne plus. M. Doyen fait la néphrectomie lombaire gauche. Aucun incident.

L'opération est suivie de guérison. Dès le troisième jour, la malade rend 750 grammes d'urine, puis elle arrive peu à peu à 2 200 pour osciller les jours suivants entre 1 800 et 2100, le rein droit suppléant le gauche qui a été enlevé, lequel mesurait plus de 20 centimètres de longueur. L'examen histologique a montré l'absence totale de microbes dans le rein, la distension des capsules de Bowmann avec rétraction des glomérules ratatinées, l'augmentation de volume des *tubuli* et surtout des *tubuli contorti*.

La seconde opération est celle d'une femme de quarante-cinq ans atteinte d'accidents d'hydronéphrose suppurée, dans le flanc gauche; état cachectique, 39 degrés. La néphrotomie ne pouvant être qu'une opération insuffisante, M. Doyen fait la néphrectomie par une incision en T, il tombe sur une poche très dure, la ponctionne et donne issue à du pus. L'isolement de la tumeur, par en haut surtout, est très difficile, elle s'étendait de la neuvième côte à l'épine iliaque, et renfermait 600 grammes de liquide. La malade succombait trois jours plus tard, la rate très volumineuse faisait partie de la tumeur, le kyste énorme contenait dans une de ses poches un calcul unique.

M. Doyen, en terminant, donne les résultats de l'examen histologique tant de la tumeur que de la rate elle-même. Bref, la femme a succombé à une septicémie dont le début remontait peut-être à une époque antérieure à la néphrotomie, la malade ayant déjà à cette époque une température de 39 degrés.

La séance est levée.

Séance du 20 octobre (soir). — Présidence de M. Guyon.

COMMUNICATIONS

Néphrectomie. — **M. SEGOND** communique deux observations de néphrectomie : l'une pour une hydronéphrose suppurée, l'autre pour un rein flottant très douloureux.

Première observation. — Femme de quarante-sept ans; en 1883, apparition d'une douleur dans la région rénale gauche, phénomènes douloureux du côté de la vessie. Les symptômes s'accusent de plus en plus. En février 1886, douleurs intolérables; apparition dans le flanc gauche d'une tumeur extrêmement douloureuse, très volumineuse, fluctuation profonde assez nette; état général très grave; température très élevée, 40 degrés, 40°,5. Diagnostic : existence d'une suppuration rénale profonde. Le 14 mars 1886, incision sur la région lombaire, couche graisseuse énorme, flot d'urine purulente et infecte. On constate l'existence d'une cavité d'hydronéphrose; le tissu rénal était très friable; le sang coulait abondamment. M. Segond se décide à pratiquer la néphrectomie. Décortication sous-capsulaire, ligature du pédicule, application d'une longue pince. Hémorrhagie foudroyante. Ablation rapide du rein, tamponnement avec quatre serviettes et douze éponges. Ensuite, application de pinces sur les vaisseaux du rein, ligature de l'uretère; deux drains, pansement antiseptique, suture. Quelques jours après, apparition d'un érysipèle d'une gravité extrême; désunion totale de la plaie. Le soixantième jour, guérison définitive.

Conclusion : Dans le traitement de l'hydronéphrose, commencer par faire la néphrotomie, puis, si on le juge nécessaire, pratiquer la néphrectomie.

Deuxième observation. — Femme de trente-six ans, scoliotique; douleurs rénales remontant à dix ans, à la suite d'une chute. Au mois de février de cette année, elle a dû se coucher à cause de l'intensité des douleurs. Diagnostic : rein flottant évident. M. Segond se décide à faire la néphrectomie. Opération pratiquée le 5 août. Néphrectomie transpéritonéale, opération d'une extrême simplicité, en quinze minutes tout était terminé. Guérison radicale après quinze jours. Cette opération prouve que, dans ce cas particulier, la néphrectomie transpéritonéale était formellement indiquée.

M. TRÉLAT a pratiqué trois fois la néphrectomie. Les documents sur cette question commencent à être nombreux; cependant les indications ne sont pas encore bien nettement formulées.

Pour le choix à faire entre la néphrotomie et la néphrectomie, il y a des cas où la néphrectomie est très nettement indiquée; tels sont, par exemple, les néoplasmes du rein, certains cas de fistules persistantes, certains traumatismes, certains cas de reins flottants. Dans tous ces cas, si une intervention est indiquée, c'est la néphrectomie seule. Quels sont les autres cas? Les calculs rénaux et leurs conséquences, l'hydronéphrose, par exemple. C'est pour ces cas que le doute doit exister. L'opération doit être conduite alors de façon à s'en tenir à la néphrotomie si c'est possible, ou bien à pratiquer la néphrectomie. Donc, dans ces sortes d'opération, c'est la méthode lombaire qui s'impose.

Dans les autres cas, néoplasmes, fistules rénales, blessures, le choix de la méthode est moins préalablement fixé. Dans certains cas, le diagnostic n'a pas été fait; il s'agit d'une tumeur abdominale, et l'on a recours alors à la méthode transpéritonéale. Mais il est des circonstances très nettes où la méthode transpéritonéale est une méthode de choix. Dans certains cas, M. Trélat préfère la méthode parapéritonéale qu'il a décrite à la Société de chirurgie. Voici le résumé de ses trois observations :

Première observation (datant de deux ans). — Femme anémiée, cachectique; méthode lombaire; atmosphère celluleuse périrénale épaissie, grande difficulté d'aborder le rein, décortication difficile, hémorrhagie, pince à demeure ayant ulcéré la paroi intestinale, mort.

Deuxième observation. — Méthode parapéritonéale, facilité de l'opération, guérison.

Troisième observation. — Hydronéphrose suppurée; incision de la fistule en avant du flanc, très grande difficulté d'énucléation, guérison.

La première malade n'eût probablement pas succombé si M. Trélat avait fait l'énucléation sous-capsulaire.

Tuberculose primitive des bourses. — **M. RECLUS** dit que l'histoire de cette tuberculose n'est pas faite. Les cas ne sont cependant pas exceptionnels. Jusqu'ici on a admis que le point de départ de cette tuberculose était toujours épididymaire. M. Reclus a recueilli deux observations en contradiction avec cette manière de voir.

Première observation. — Marchand de vin, tumeur des bourses, collection purulente ouverte, issue d'une tumeur fongueuse. Castration. La tumeur qui est à l'extérieur n'est autre que le testicule. Dans l'intérieur des bourses, deux foyers sans communication; granulations tuberculeuses.

Deuxième observation. — Homme de vingt-six ans, très nettement tuberculeux. Bourses volumineuses, deux collections purulentes ouvertes successivement; le malade succombe à une phthisie pulmonaire. Autopsie : la moitié du testicule est passée à traver les bourses. L'épididyme est sain; il y a une péri-épididymite très intense.

En présence de ces cas, il faut admettre la formation de dépôts tuberculeux dans l'intérieur des bourses et non plus le point de

départ dans l'épididyme ou le testicule. De nombreux faits analogues se trouvent dans un travail de M. Deville. En résumé, le fongus tuberculeux du testicule est dû souvent à une fonte des bourses et non à une affection épididymaire primitive.

Amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc. — M. BERGER, en son nom et au nom de M. Farabeuf, fait une communication sur le manuel opératoire de l'amputation du bras dans la contiguité du tronc.

Cette opération, que l'on désigne aussi sous le nom d'amputation interscapulo-thoracique, consiste dans l'ablation totale du membre supérieur, avec l'omoplate et l'extrémité entière de la clavicule.

M. Berger a pu réunir quarante-huit faits d'opération de cette nature, indépendamment d'un cas qui lui est personnel. C'est sur l'examen des résultats de cette statistique, non moins que sur les essais comparatifs pratiqués sur le cadavre avec le concours de M. Farabeuf, qu'il propose le procédé d'opération suivant :

C'est un procédé à deux lambeaux : l'un antéro-inférieur ou pectoro-axillaire, l'autre postéro-supérieur ou cervico-scapulaire.

L'opération comporte deux actes opératoires successifs, qui s'exécutent, le premier en deux temps et le second en trois.

Le *premier acte* a pour but l'hémostase préalable. Il commence par la section de la clavicule, suivie de la résection sous-périostée de la partie moyenne de cet os (premier temps), et finit par l'isolement et la section de l'artère et de la veine sous-clavière entre deux ligatures (deuxième temps); la résection, préconisée par M. Ollier, est destinée à faciliter l'abord des vaisseaux. Elle permet aussi de voir et de couper entre deux ligatures les vaisseaux sus-scapulaires compris dans l'aponévrose de l'omoplato-hyoïdien. Cet acte opératoire a pour effet de prévenir l'hémorrhagie et l'entrée de l'air dans les veines, accident mentionné dans quatre observations.

Le *second acte opératoire* a, comme premier temps, l'incision du contour et la dissection profonde d'un lambeau pectoro-axillaire, comprenant la peau de la région pectorale, une partie de la région deltoïdienne, les téguments de l'aisselle, peau doublée par les muscles grand et petit pectoral et grand dorsal. Ces muscles incisés sans perte de sang, grâce à la ligature de l'artère sous-clavière, l'on peut atteindre et couper les nerfs du plexus brachial, et on voit alors l'omoplate, entraînée par le membre supérieur, se détacher presque complètement du tronc.

Le second temps comprend le tracé et la dissection du lambeau postéro-supérieur, limité par une incision qui réunit l'extrémité externe de l'incision située le long de la clavicule, à l'extrémité inférieure du lambeau antéro-inférieur, qui se termine derrière l'angle scapulaire; le lambeau étant ainsi tracé, on détache le trapèze de ses insertions à l'omoplate, et on le laisse adhérent à la face profonde de ce lambeau qu'il double.

Dans le troisième temps, le bras étant fortement attiré en dehors, pendant qu'un aide écarte les lambeaux, on termine l'opération en coupant en un instant les muscles angulaires, rhomboïde et grand dentelé, rasant avec le couteau les bords supérieur et spinal de l'omoplate, qui sont facilement accessibles. On lie l'artère scapulaire postérieure près de l'angulaire de l'omoplate.

La section des vaisseaux occupe ainsi l'extrémité supérieure de la plaie, dont l'angle inférieur correspond au point le plus déclive, de telle sorte que nulle stagnation des liquides n'est possible. Néanmoins, le drainage mérite une attention particulière. Ce procédé, qui peut être modifié suivant les cas pathologiques, a donc l'avantage : 1° d'aborder l'interstice interscapulo-thoracique par le point le plus accessible; 2° d'assurer l'hémostase préalable dans la plus grande partie du champ opératoire; 3° de réserver, pour la fin très rapidement exécutée de l'opération, la section des parties où cette hémostase n'a pu être réalisée; 4° de laisser comme résultat une plaie linéaire par la réunion de deux lambeaux presque égaux, et favorablement disposés pour l'écoulement des liquides.

M. OLLIER dit que le premier temps dont vient de parler M. Berger peut être nettement pratiqué comme il l'a indiqué, mais pour la constitution des lambeaux on fait comme on peut.

Disjonction des sutures du crâne. — M. LANNELONGUE communique trois observations de disjonction des sutures du crâne. En voici une qui lui est personnelle :

Enfant de trois ans, tombé d'un second étage, suites graves, troubles de la marche, affaiblissement. En explorant la région frontale, on constate un large sillon médian, de 7 millimètres d'écart en bas, de 25 millimètres en haut. Il existe un petit fragment à l'une des extrémités.

Il s'agit évidemment d'une fracture siégeant au niveau de la suture frontale. M. Lannelongue rapproche de ce fait tous les cas analogues qu'il a pu recueillir.

A la suite de ces fissures, on constate un agrandissement, résultant du développement du cerveau. Dans d'autres circonstances, ces fissures diminuent avec les progrès de l'âge.

En résumé, la disjonction des sutures n'est pas plus rare chez l'enfant que chez l'adulte dans les grands traumatismes du crâne.

La disjonction médio-frontale peut exister seule chez l'enfant. Ces fissures peuvent laisser après elles des brèches dans le crâne à travers lesquelles le cerveau peut faire hernie. Ce fait a pour cause principale le développement du cerveau.

Traitement des sections nerveuses par la suture. — M. TILLAUX. Les nerfs se présentent à nous dans deux circonstances : tantôt nous sommes appelés après l'accident, suture primitive; tantôt après la cicatrisation, suture secondaire. Que survient-il après la section d'un nerf, du nerf médian par exemple? La sensibilité revient ou non. Que se passe-t-il aux deux bouts du nerf? Ils s'écartent l'un de l'autre; le supérieur se renfle sous forme d'olive; le bout inférieur s'amincit et s'effile au contraire. Si les deux bouts restent écartés, l'innervation ne se rétablit pas. Si les bouts se réunissent, on voit sortir du bout central des bourgeons nerveux qui vont rejoindre le bout périphérique. C'est aussi par bourgeonnement que se réunissent les deux bouts.

La suture primitive peut-elle être suivie du retour immédiat de la circulation nerveuse? Cela est nié par les physiologistes. C'est une erreur des physiologistes, selon M. Tillaux. En voici la preuve : Le 21 septembre, un jeune homme tombe sur un carreau; il se fait une vaste plaie sur le poignet; section de tous les fléchisseurs du nerf médian, du nerf cubital et de l'artère cubitale. Il n'y avait pas la moindre sensibilité; il y avait une paralysie absolue du territoire du cubital et du médian; on fait la suture. Le lendemain, le malade sentait dans le bout des doigts. Aujourd'hui il a même de l'hyperesthésie. Il y avait déjà eu deux cas semblables de Laugier et de Nélaton. On admettait qu'il y avait des anastomoses. Mais ce malade s'était coupé aussi le nerf cubital. Donc la circulation nerveuse peut se rétablir immédiatement par la suture. La condition indispensable pour que ce phénomène se produise, c'est la réunion immédiate, réunion que ne peuvent obtenir les physiologistes sur les animaux, faute de précautions et d'immobilisation suffisantes.

En supposant d'ailleurs que vous n'obteniez pas la réunion primitive, vous mettrez les deux bouts dans de bonnes conditions de bourgeonnement.

Il n'est pas douteux qu'après la suture secondaire, on peut obtenir aussi le rétablissement immédiat de l'innervation. Voici un fait curieux : Au mois d'avril de cette année, une jeune fille qui avait eu le nerf médian coupé l'année dernière était paralysée de la main. M. Tillaux fit la suture secondaire; il trouva le bout supérieur, qui envoyait des bourgeonnements, étant allé se greffer sur le tendon du petit palmaire. M. Tillaux finit par découvrir le bout inférieur, qui était caché par du tissu de cicatrice. Il a fait la suture des deux bouts après les avoir avivés. Il n'a pas eu de réunion; il n'est pas revenu de sensibilité. Donc échec de la réunion immédiate. Mais il s'est fait une régénération secondaire par bourgeonnements; aujourd'hui cette jeune fille, qui est dans une brasserie du quartier latin, a repris ses occupations.

Procédé opératoire : Avivement avec les ciseaux très coupants, passage d'une aiguille très fine de façon à ne rien interposer entre les deux bouts; serrez suffisamment pour que les deux bouts s'affrontent, mais ne serrez pas trop, car il ne faut pas faire replier le névrilème. Immobilisation parfaite.

En résumé, la suture des nerfs doit toujours être pratiquée, aussi bien primitivement que secondairement. Dans certaines circonstances, elle ramènera l'innervation immédiate, d'autres fois elle facilitera le bourgeonnement.

M. TRIPIER est également partisan de la suture. Mais il ne croit pas qu'on obtienne la réunion immédiate, soit dans les cas primitifs, soit dans les cas secondaires.

M. TILLAUX affirme de nouveau que les malades ont une main inerte avant l'opération et utile après.

M. TRIPIER dit que ce n'est pas de l'immobilité directe, mais de la sensibilité récurrente.

Trépanation. — M. VASLIN (d'Angers) fait une communication sur les indications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne. Il communique deux observations dans lesquelles la trépanation a permis de guérir des accidents graves éloignés consécutifs à des lésions traumatiques, telles que des paralysies, des attaques d'épilepsie, des contractures, etc.

Première observation. — Épilepsie traumatique consécutive à l'enfoncement de la table interne, région pariéto-frontale droite, trépanation et extraction du séquestre huit mois après l'accident. Guérison.

Deuxième observation. — Phénomènes de compression cérébrale, consécutifs à une chute sur la région pariéto-occipitale droite. Extraction d'un large séquestre comprenant les deux tables et le diploé, suivie de l'évacuation d'une collection purulente intra-cranienne. Cessation immédiate des accidents, guérison rapide.

Résection du genou. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. En France, la résection du genou est assez peu pratiquée et on n'en a pas tiré tout le parti qu'on en peut tirer. Il a fait sa première résection du genou aseptique il y a deux ans. Depuis il en a fait neuf. Sur ces dix cas (cinq hommes et cinq femmes), il y avait neuf arthrites tuberculeuses et une arthrite déformante. Le plus jeune malade était âgé de dix-sept ans, le plus âgé de cinquante-quatre ans. Dans tous ces cas, M. Lucas-Championnière a obtenu de très bons résultats locaux et généraux, même dans des cas de lésions avancées des sommets.

Sauf deux cas, il a eu une réunion par première intention. Chez un malade, il y a eu de la suppuration pendant un mois. Chez un autre, il y a eu également de la suppuration. Ce malade fut amputé consécutivement et a guéri.

Sur ces dix malades, huit marchent bien; des deux autres, l'une est hystérique et se refuse à marcher.

M. Lucas pense que l'on peut faire la résection du genou, quel que soit l'âge. Il croit qu'il faut faire des opérations très larges, bien détruire toutes les fongosités. Le drainage doit être très bien fait, mais seulement jusqu'au quatrième, cinquième ou huitième jour. Il doit être fait franchement dans le creux poplité. La suture des os est faite au catgut. Le traitement secondaire est très important, une bonne gouttière est de toute nécessité. Les pansements doivent être très bien faits. Il est capital de n'avoir pas de suppuration.

M. DUMÉNIL (de Rouen) cite un cas de résection du genou qu'il a faite chez une petite fille. Les résultats immédiats de l'opération furent très satisfaisants; mais il y eut une flexion secondaire.

M. OLLIER dit que c'est pour cette raison qu'il repousse la résection du genou chez les enfants.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins (1).

Par M. Ch. Desmaze.

IV

Mai 1639. — Édit qui anoblit Charles Bouvart, premier médecin du Roi Louis XIII (2).

15 juillet 1644. — Aux médecins qui ont assisté madame la comtesse de Soissons en sa maladie, chirurgien qui l'a soignée et autres qui ont ouvert et embaumé le corps..... 1717 livres. (Compte de François de Selles, trésorier de la comtesse de Soissons (3).

6 février 1653. — Dans le procès pour sorcellerie suivi à Aix contre le prêtre Gaufridi et Madeleine de la Palud, aussi inculpée de sortilège, les docteurs en médecine constatent « qu'une fille Odoul vomit des pelotons de laine, remplis d'épingles et pailles. Les experts certifient que cette maladie n'est pas naturelle, et que les corps étrangers qu'elle a vomis ne peuvent être avalés, engendrés ni regorgés du corps naturellement, mais par voye de charmes, sortilèges et maléfices.

« Se réservant six livres à chacun par vacations. Fait à Marseille, le 6 février 1653, signé : Gassagnery, médecin ; Beau, médecin (4). »

10 septembre 1653. — Arrêt du conseil privé du Roi à Bruxelles, qui fait défense aux docteurs en médecine de l'Université de Douai de composer aucune médecine, et aux apothicaires de s'entremettre de médecine, déclarant nulle l'ordonnance des échevins de Douai du 24 novembre 1646 (5).

1er juin 1653. — Déclaration du Roi Louis XIV en faveur de quatre barbiers des communs de la maison du Roi (6).

20 mars 1657. — Statuts des médecins de la ville de Moulins (7).

4 août 1660. — Arrêt du Parlement de Paris qui défend aux chirurgiens de prendre le titre de gradués du Collège de chirurgie, d'avoir une chaire haute, de porter la robe et le bonnet, d'écrire leurs billets d'invitation en latin.

1669. — Supplique des maîtres chirurgiens de la ville de Saint-Étienne, « requérans que l'un des corps ou cadavres justiciez présentement dans Saint-Étienne, soit conduit et pourté dans la chambre de juridiction desdits maistres chirurgiens jurez, pour seur icellui, par eulx, soient faictes toutes les opérations anathomiques et autres, nécessaires pour l'instruction tant de l'art que pour le bien de la santé publique (2) ».

1675. — Nicolas Foucault dit dans ses Mémoires, p. 31 : « Au mois de janvier 1675, j'ai fait faire, par ordre du Roi, des réparations aux bains et chemins de Barèges. La dépense a monté à 1200 livres; ces réparations ont été faites à l'occasion du voyage que M. le duc du Maine, fils naturel du Roi et de madame de Montespan, conduit par madame de Maintenon, y a fait pour l'allongement des nerfs d'une jambe dont il est boîteux. »

— En 1678, la recherche des empoisonneurs ayant commencé, le Roi établit, par suite, en son château de l'Arsenal une chambre composée de messieurs les conseillers d'État et maîtres des requêtes. Cette commission fonctionna pendant cinq ans. Le 25 décembre 1679, le Roi recommanda à M. de la Reynie de pénétrer le

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 969.
(2) Bibliothèque impériale (manuscrits), Delamarre, 193.
(3) Bibliothèque impériale (manuscrits), fonds Saint-Germain, 1157.
(4) Bibliothèque impériale (manuscrits), fonds Bouhier, 103.
(5) Archives de Douai, layette 161.
(6) Bibliothèque impériale (manuscrits), Oratoire, 104.
(7) Bibliothèque impériale (manuscrits), Oratoire, 104.
(8) Archives de la Haute-Loire, B, 234. Sénéchaussée de Saint-Étienne.

plus avant possible *dans le malheureux commerce de poisons, sans distinction de personnes, condition ni sexe.*

La chambre de l'Arsenal jugea cent quatre accusés, dont plusieurs furent pendus, brûlés ou envoyés aux galères. D'autres furent maintenus dans les prisons de Besançon, de Salces et du fort Blin (1).

13 mars 1682. — « Le Roy d'Espagne a eu quelque légère maladie; les médecins ont été d'avis qu'il fût quelque temps sans voir la Reyne (2). »

12 janvier 1686. — « Il a esté fait une consultation de médecins pour scavoir si l'on saigneroit madame la Dauphine, au commencement des trois premiers mois de sa grossesse. Ils ont été, à leur ordinaire, de l'avis du premier médecin qu'il la falloit saigner, mais elle a esté d'avis de n'en rien faire (3). »

— En 1686, on avait conseillé à Louis XIV les bains de Barèges (4), pour la guérison de sa fistule. Le 22 mai, Louvois écrivit à Foucault de faire réparer les chemins de la généralité, par où le Roi et la cour doivent passer, de donner les ordres nécessaires pour que les moins bons passages soient accommodés, sans grands frais, seulement en élargissant les routes, de manière qu'il y ait au moins douze ou quinze pieds de passage, et que s'il y a des bourbiers qui ne puissent pas être raccommodés solidement, l'on ouvre les haies pour pouvoir les éviter, et que l'on fasse réparer les mauvais ponts, s'il y en a. Mais, quelques jours plus tard, le Roi changea de résolution, et le 27 mai, Louvois manda à Foucault de ne faire aucune dépense pour accommoder les chemins.

— L'usage des eaux minérales, si fort à la mode aujourd'hui, était déjà employé au XVIIe siècle, mais réservé alors aux malades riches, à cause de la difficulté des transports et des communications. Le 10 mai 1620, le Roi Louis XIII écrit à la Reine sa mère : « Madame, puisque votre maladie vous a réduite au besoin d'avoir recours aux eaux de Pougues.... (5). »

Des pélerinages, renommés pour la guérison des maladies, étaient aussi en grande faveur.

1699. — Autorisation à Claude Godet, tuteur de Marie Poëte, de faire faire à ladite mineure le voyage de Saint-Marcou pour la guérir des écrouelles (6).

11 septembre 1722. — Un individu ayant, sans qualité requise, entrepris de préparer un remède à l'enfant de Demay, et ayant escamoté un demi-louis qu'il avait emprunté pour faire un emplâtre, est, par sentence prévotale, banni et condamné à trois livres d'amende (7).

14 avril 1731. — Ordonnance portant « que le sieur Benoist, maître chirurgien juré royal, assisté de tous les autres chirurgiens près de la ville de Roanne, et en présence du sieur Garcin, docteur médecin, fera ouverture des deux premiers cadavres qui seront morts de la maladie, qui est en ladite ville, pour en connaître les causes, à peine de dix livres d'amende (8).

1739. — Autopsie du cadavre de Jean-Pierre Quetin, mort d'un abcès fistuleux, qu'on prétend avoir été mal soigné par les médecins (9).

(1) Bibliothèque impériale (manuscrits) supplément français, 5608.
(2) Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 1026.
(3) Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 10265.
(4) Voir l'excellent travail des docteurs Durand-Fardel et Lebret sur les eaux minérales. — Baillière, éditeur, 1860.
(5) Bibliothèque impériale (manuscrits), Cinq-cents de Colbert, 98 Ve.
(6) Archives d'Eure-et-Loir, série B. Bailliage de Maintenon.
(7) Archives du greffe de Laon, inventoriées par M. Combier, juge d'instruction. Paris, 1866.
(8) Archives de la Loire, série B. 672.
(9) Archives d'Eure-et-Loir, série B. Bailliage de Saint-Père en Vallée.

1740. — Opération césarienne faite avec succès sur Marguerite Demoulins, en présence de plusieurs chirurgiens. La patiente donna elle-même les épingles dont on avait besoin (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 octobre 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Massoutié, en remplacement de M. Leplat, retraité. — Désigné pour l'hôpital de Belfort (médecin-chef).

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Czernicki, en remplacement de M. Massoutié, promu. — Désigné pour l'hôpital de Toulouse.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Baudot, en remplacement de M. Clary, retraité. — Désigné pour le 136e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Perret, en remplacement de M. Bouillon, décédé. — Désigné pour le 91e d'infanterie.

M. Fournot, en remplacement de M. Dorez, décédé. — Désigné pour le 60e d'infanterie.

M. Renard, en remplacement de M. Fromantin, décédé. — Maintenu aux ambulances de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Prieur (H.-J.-L.), en remplacement de M. Baudot, promu. — Désigné pour le 127e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 18 octobre 1886, ont reçu les affectations ci-après indiquées :

MM. les médecins principaux de première classe Mourlon, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée; Arnaud, pour la direction du service de santé du 9e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Lemardeley, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

MM. les médecins-majors de première classe Taquoy, pour le 1er régiment du génie; Palaque, pour le 15e d'infanterie; Pau de Saint-Martin, pour le 24e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gouell, pour le 55e d'infanterie; Pozzo di Borgo, pour les hôpitaux de Tunisie; André, pour le 12e chasseurs à cheval; Lebesgue, pour le 1er tirailleurs algériens; Legrain, pour le 1er bataillon d'artillerie de forteresse; Stoupy, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; de Casabianca, pour le 7e dragons; Pommay, pour le 9e cuirassiers; de Tastes, pour le 111e d'infanterie; Arnold, pour le 23e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 7e corps d'armée; Langue, pour le 76e d'infanterie; Durget, pour le 9e d'infanterie; Larroque, pour les hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Achard, pour le 140e d'infanterie; Favier, pour le 69e d'infanterie; Olivier, pour le 60e d'infanterie; Gauthier, pour le 4e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aide-majors de première classe Labit, pour le 24e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 3e corps d'armée; Samier, pour le 33e d'infanterie; Prieur, pour le 125e d'infanterie; Hurstel, pour le 12e cuirassiers.

MM. les médecins aide-majors de deuxième classe Murie, Carton, Croux, pour les hôpitaux de Tunisie; Chêne, pour le 100e d'infanterie; Tricot, pour le 49e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de première classe Dubois, pour la pharmacie centrale, à Paris.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Haas, pour la réserve des médicaments de Marseille; Lieutard et Trapet, pour

(1) Bibliothèque impériale (manuscrits), collection Monteil. — *Abrégé des nouveaux éléments de chirurgie.* — On voit, en 1736, une sentence fixant à neuf livres le salaire dû aux chirurgiens pour un accouchement. (Archives d'Eure-et-Loir, série B. Mairie de Loent.)

les hôpitaux de la division d'Oran; Prestat, pour l'hôpital de Bayonne; Jehl, pour l'hôpital de Rennes; Rœser, pour l'hôpital de Bastia.

MM. les pharmaciens aide-majors de première classe Roch, pour l'hôpital du camp de Châlons; Wagner, pour l'hôpital de Vincennes; Pecque, pour l'hôpital de Nancy; Ricard, pour l'hôpital de Toulouse.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20173

N° 125. — MARDI 26 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 26 OCTOBRE 1886. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

DEUXIÈME SESSION

Séance du 22 octobre 1886 (matin). — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Des résections orthopédiques. — **M. LAGRANGE** (de Bordeaux) a pratiqué deux fois la résection orthopédique, la première pour un cas de luxation pathologique de la hanche survenue à la suite d'une arthrite coxo-fémorale, complication de la scarlatine; la seconde chez un homme de trente-cinq ans, atteint d'arthrite traumatique du coude. Cet homme avait reçu un coup de feu dans l'articulation du coude gauche. Une première résection partielle fut faite en 1882; les accidents persistèrent. L'année suivante on constata la formation de trajets fistuleux multiples pénétrant dans l'article, avec gonflement de l'extrémité humérale et de l'olécrane. C'est alors qu'au mois de mars, devant la persistance des accidents et la mauvaise position du membre dans une ankylose incomplète du coude à angle obtus, M. Lagrange entreprend la résection complète de l'articulation selon la méthode d'Ollier; l'olécrane est à moitié détruit ainsi que la trochlée et le condyle de l'humérus.

L'opération fut suivie d'une guérison rapide et le malade, revu de temps en temps pendant vingt mois par M. Lagrange, est absolument rétabli. Il se sert très bien de son membre pour travailler; l'olécrane reformé est presque aussi volumineux que celui de l'autre côté. L'auteur insiste sur une reproduction aussi complète qui peut être considérée comme un fait exceptionnel chez un individu âgé de trente ans.

M. DANIEL MOLLIÈRE (de Lyon) ne veut pas revenir sur les faits qu'il a déjà publiés, il se borne à comparer entre elles les résections orthopédiques et l'ostéoclasie, dans les difformités congénitales, dans les courbures rachitiques, dans les ankyloses et les cals vicieux.

L'ostéoclasie, telle qu'il la pratique avec l'appareil de M. le docteur Robin, est une méthode nouvelle qui consiste dans la fracture du squelette par compression des parties molles à outrance. Elle est applicable aux difformités congénitales, par exemple dans le pied-bot.

Actuellement, nombre de chirurgiens traitent de préférence les pieds-bots par la résection cunéiforme et l'ablation de l'astragale; certainement les résultats sont généralement très bons, cependant nul ne niera qu'elle soit une opération difficile pouvant entraîner la mort tandis que l'ostéoclasie n'a heureusement aucune léthalité à son actif. De plus, dans un certain nombre de cas il faut s'adresser non seulement au pied, mais encore à la jambe. En résumé, pour le pied-bot équin avec enroulement, M. Daniel Mollière substitue aux résections deux espèces d'ostéoclasie : 1° l'ostéoclasie du tarse; 2° l'ostéoclasie sus-malléolaire ou intra-malléolaire, c'est-à-dire s'adressant aux os de la jambe.

L'auteur passe rapidement sur le genu valgum et le genu varum qui sont justiciables de l'ostéoclasie sus-condylienne, et arrive immédiatement aux courbures rachitiques des os pour lesquelles il remplace également, avec le plus grand avantage, l'opération sanglante par l'ostéoclasie et le redressement des membres, non pas un redressement immédiat, mais successif. Il repousse complètement aussi, dans ces cas, les résections orthopédiques.

Quant aux ankyloses, s'il s'agit du coude, M. Daniel Mollière est absolument partisan des résections orthopédiques, avec réunion immédiate, qui donnent d'excellents résultats dans tous les cas où l'ankylose reconnaît pour origine un traumatisme ou une cause infectieuse. Il n'a jamais vu, en pareils cas, d'accidents opératoires. Il parle, bien entendu, de sujets adultes, et fait exception pour les cas de rhumatismes ankylosants. Par contre, dans l'ankylose de la hanche consécutive à la coxalgie, il substitue l'ostéoclasie sous-trochantérienne aux résections orthopédiques qu'il repousse également dans l'ankylose du genou. Ici l'ostéoclasie doit être sus-condylienne, à une certaine distance des condyles, surtout dans le cas d'ankylose à angle aigu de l'articulation fémoro-tibiale; le redressement doit être également graduel.

Il en est de même des cals vicieux où l'on doit substituer l'ostéoclasie aux résections orthopédiques, ostéoclasie que l'on peut faire en n'importe quel point.

M. RECLUS a fait une ostéoclasie avec l'appareil de Colin, et a obtenu la section de l'os au point voulu; il s'agissait d'une courbure rachitique avec rétraction du triceps sural, qu'il a pu combattre avec succès par la section sous-cutanée et l'appareil plâtré. Les résultats ont été excellents, sans avoir besoin de recourir au redressement progressif invoqué par M. Mollière.

M. VASLIN (d'Angers) soutient qu'il est un certain nombre de pieds-bots dont on ne peut obtenir le redressement par l'ostéoclasie, mais pour lesquels il faut avoir recours aux résections orthopédiques, et cite les deux observations suivantes :

1° Homme âgé de vingt-sept ans, pied varus équin, rétraction du tendon d'Achille, tenant le pied relevé à 3 ou 4 centimètres au-dessus du sol et reposant seulement sur le cinquième métatarsien. La marche était à peu près impossible. La déformation du pied était très accentuée en adduction, avec saillie de l'astragale subluxée, l'avant-pied très élargi. L'astragale s'était ossifiée dans une position vicieuse. Opération : section sous-cutanée du tendon d'Achille, ablation de l'astragale en ménageant le ligament latéral interne, de façon à assurer la solidité de l'articulation. Le pied est revenu immédiatement, placé à angle droit sur la jambe. L'opération a été faite il y a un an; une nouvelle articulation s'est formée; l'axe du pied est bien dans celui de la jambe; le pied est plus long et moins large qu'autrefois, et le malade, parfaitement

guéri, marche très bien, il fait ses 8 ou 10 kilomètres sans difficulté, sans appareil, avec des chaussures ordinaires. Il existe seulement une certaine claudication en raison des muscles atrophiés; mais avec le temps elle tend à disparaître, l'atrophie musculaire diminuant peu à peu.

2° Jeune fille de seize ans, varus équin congénital, marche sur l'extrémité du petit orteil, rétraction du tendon d'Achille, saillie de l'astragale, immobilité de l'articulation, rotation de l'avant-pied sur l'arrière-pied, petit orteil recourbé et soudé à la face plantaire. La déformation est réduite par la ténotomie (section sous-cutanée); l'articulation redevient mobile, le pied est remis dans l'axe de la jambe, mais la rotation persiste. M. Vaslin taille un lambeau considérable, ramène le petit orteil en dehors et fait la section des quatrième et cinquième métatarsiens; il applique enfin un appareil capable de maintenir le redressement obtenu. Depuis deux mois environ, la jeune fille marche très bien, sans appareil, et fait ses 7 ou 8 kilomètres.

M. LABBÉ (de Paris) ne rapporte qu'une observation, mais le fait est important. Il s'agit d'un enfant de quinze ans, qu'il a traité d'un pied-bot non congénital mais acquis de longue date et devenu tel que le sujet ne pouvait plus marcher.

La déformation *équine pure* avait commencé vers quinze ou dix-huit mois après la naissance; puis, à l'âge de neuf ans, le pied s'était placé peu à peu en rotation interne; enfin les muscles correspondants s'étaient peu à peu atrophiés. Tous les moyens orthopédiques étaient restés sans résultat. C'est ainsi que, le 13 février dernier, le malade était amené à M. Labbé, le pied gauche en varus équin, tordu en rotation interne, la jambe amaigrie, très grêle et raccourcie de 4 centimètres. L'astragale et le calcanéum ne sont plus en rapports réciproques; la sensibilité est très émoussée; troubles trophiques prononcés. Opération le 2 mars : incision étendue de la malléole externe à la tête du troisième métatarsien, ablation de l'astragale, section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Très bons résultats; le malade marche comme il le veut; son pied, sans être sculptural, a cependant une très bonne forme.

M. DOYEN (de Reims). Il s'agit d'une observation de résection osseuse à la suite d'une fracture du tibia et du péroné, mal consolidée, chez un homme de trente-neuf ans. Fracture mal surveillée, situation vicieuse du membre, pied dévié en dedans, nulle consolidation au bout de quatre mois, mais cal simplement fibreux.

M. Doyen fit l'ostéotomie du tibia, suivie de la suture des fragments, en ayant soin de supprimer la portion exubérante des os par une résection de 1 centimètre environ de chaque côté du cal. Au bout de six semaines, le malade marchait et allait à Bourbonne-les-Bains. C'est là un nouveau cas en faveur de l'ostéotomie pratiquée avec l'ostéotome et le ciseau de Maxwell, remplaçant avantageusement la scie.

M. GROSS (de Nancy), rappelle tout d'abord les faits qu'il communiquait au Congrès de l'an dernier, et cette conclusion que, dans le varus congénital ancien, l'obstacle principal à la réduction et la déformation du pied sont dus à l'astragale déplacée, c'est-à-dire subluxée en avant et présentant une partie antérieure plus large et découverte de toute synoviale, un col dévié en dedans, avec un angle de 30 à 45 degrés, même parfois davantage. Il apporte ensuite de nouvelles observations, dans lesquelles il a constamment observé les mêmes déformations. La première est celle d'un garçon de seize ans et demi, fils d'un confrère, traité depuis sa naissance par un praticien distingué, pour un pied-bot congénital. A l'âge d'un an, ténotomies, aponévrotomies, massages, appareil. Récidive à l'âge de quatre ans, même traitement; puis, nouvelles récidives encore, extirpation de l'astragale.

Le second cas est celui d'un enfant de trois à quatre ans qui n'avait jamais été traité; la difformité avait été aggravée par la marche. Résections orthopédiques, ablation de l'astragale et de la partie antérieure du calcanéum. Résultats très simples et très bons dans les deux cas. M. Gross espère qu'il ne se fera aucune récidive. Le premier malade marche très bien, sans aucun appareil; le deuxième marche bien aussi, mais avec un moule en cuir et des tuteurs, que M. Gross lui a conseillé de continuer pendant quelque temps encore, la distance fort éloignée, — les Vosges, — à laquelle il habite, ne lui permettant pas de le suivre.

L'auteur a eu l'occasion de pouvoir étudier les résultats de son intervention sur l'un de ses opérés de l'année dernière, mort au mois de juin 1886, d'une fièvre typhoïde. L'astragale extirpée avait été remplacée par une masse fibreuse très dense, la néoarticulation était bonne, mais entre le cuboïde et le calcanéum réséqué, il s'était formé une fausse articulation. D'où M. Gross recommande de conserver le calcanéum chaque fois que cela sera possible. Il faut aussi autant que possible conserver la malléole externe.

Mais, faut-il, dans tout pied-bot congénital ancien, enlever l'astragale? L'auteur répond résolûment : oui; car la déformation existe dès avant la naissance, ainsi qu'il a pu l'observer dans des autopsies d'enfants morts-nés.

Il s'agit, bien entendu, des pieds-bots congénitaux, et non des pieds-bots acquis, pour lesquels la question est tout autre.

M. ÉDOUARD MARTIN (de Genève) a pour but, dans sa communication, de faire le parallèle entre les diverses méthodes de traitement du pied-bot, et de montrer la supériorité du traitement orthopédique de Henri Martin. Ce traitement n'est pas nouveau; il a été préconisé en 1761 par Venel. Il comprend trois temps qui ne sont pas toujours nécessaires, tous trois, pour arriver à la guérison.

Le premier temps ou période de préparation consiste en des manipulations sur le pied pour le ramener dans ses points normaux, des frictions, des massages et courants électriques continus, faibles, descendants. Ce premier temps peut suffire dans un certain nombre de cas de pied-bot congénital.

Le deuxième temps, applicable aux enfants plus robustes, consiste en manipulations plus fortes, de plus longue durée, frictions, massages et courants induits faibles.

L'appareil est le sabot de Venel modifié par M. Martin, qui satisfait à toutes les conditions du traitement et permet à l'enfant de marcher et s'ébattre comme il veut; il est indispensable pour maintenir le redressement.

Quant au troisième temps, il est plus long et varie suivant la constitution de l'enfant et les conditions de son pied-bot : manipulations continuées, gymnastique du pied, bottines avec appareil.

Mais à quel âge faut-il commencer le traitement? Dès l'âge de quatre à cinq mois si l'enfant est vigoureux, et le continuer pendant les deux premières années. Le deuxième temps ne doit pas être commencé avant l'âge de deux ans et donne encore de très bons résultats si on y recourt plus tard, à l'âge de dix ou douze ans.

La guérison est toujours obtenue avec le rétablissement de tous les mouvements d'un pied normal, à la condition de suivre le traitement avec patience et régularité.

En résumé, le traitement orthopédique Martin est préférable à toute intervention chirurgicale, laquelle doit être réservée à des cas spéciaux.

M. OLLIER (de Lyon) ne veut traiter, à propos des résections orthopédiques, que deux points : les ankyloses irréductibles, osseuses, de la hanche et du genou.

L'ankylose de la hanche a été considérée comme irréductible jusqu'en 1869, époque à laquelle on essaya un traitement opératoire, mais jusqu'aux applications de l'antisepsie les faits étaient peu nombreux; à partir de ce moment les choses ont changé et les observations d'ostéotomie se sont multipliées, l'opération étant désormais parfaitement bénigne. C'est donc entre la section sous-trochantérienne et la résection de la hanche que la question se pose.

Si cette dernière a donné, dans les expériences pratiquées chez les animaux, d'excellents résultats, il n'en pas été de même chez l'homme, ce qui tient aux différences existant entre les quadrupèdes et les bipèdes, chez lesquels on ne peut obtenir ainsi d'ar-

ticulation suffisamment solide. Aussi M. Ollier a-t-il rejeté la résection du col et du trochanter pour s'en tenir à l'ostéotomie avec excision d'un petit point pour corriger la difformité, qui est une excellente opération.

Il cite à l'appui de cette opinion deux observations où, bien que les cas soient très défavorables, il a obtenu de très bons résultats. Il ne parle pas des cas favorables où les choses se sont passées mieux encore.

Ces deux observations sont : 1° Celle d'une jeune femme ayant depuis sept ou huit ans une suppuration de la région trochantérienne, suite d'une ostéite infectieuse de la cavité cotyloïde avec ankylose osseuse très solide avec trajets fistuleux. Après avoir enlevé un sequestre isolé, il pratiqua l'ostéotomie sous-trochantérienne et obtint un aussi bon redressement que possible. Le voisinage des foyers purulents ne détermina aucun accident, la cicatrisation se fit très bien, et la consolidation fut obtenue au bout de trois mois.

Dans le second fait, il s'agit d'une suppuration pelvienne intarissable chez un homme, malgré l'enlèvement d'un sequestre, le grattage des trajets fistuleux et du foyer; la même opération fut pratiquée avec un égal succès. L'ostéotomie sous-trochantérienne est une très bonne opération, bien préférable à la résection proprement dite de la hanche.

Mais l'ostéoclasie lui est-elle supérieure ? M. Ollier n'oserait plus la tenter en présence de bassins en suppuration ; il rapporte des faits où il la pratiqua : dans l'un, elle fut suivie du réveil d'un foyer d'ostéomyélite qui entraîna la mort du malade ; dans un autre, elle amena un décollement épiphysaire du fémur, un décollement du périoste par suppuration. Si l'on pouvait briser le fémur avec l'ostéoclaste comme avec un ciseau, il l'accepterait.

Quant à l'ankylose du genou, M. Ollier déclare qu'il a le premier, il y a sept ou huit ans, fait l'ostéoclasie sus-condylienne ; il ne la repousse donc pas de parti-pris, mais ne l'admet en réalité que dans les cas d'ankylose du genou à angle obtus avec l'ostéoclaste du docteur Robin. Dans l'ankylose à angle droit, il l'admettrait encore quelquefois, mais il la repousse absolument dans l'ankylose à angle aigu et donne les motifs à l'appui de la thèse qu'il soutient très énergiquement à cet égard.

La résection du genou, dans ces cas, n'a plus la gravité qu'elle présentait il y a une dizaine d'années environ, grâce aux moyens antiseptiques dont on dispose actuellement. De même que M. Lucas-Championnière en a rapporté dix opérations pour cas graves terminés par la guérison, de même lui, M. Ollier, en peut citer neuf sans aucun cas de mort. La résection du genou ankylosé n'a donc pas la gravité qu'on lui a prêtée.

M. DANIEL MOLLIÈRE (de Lyon) croit devoir protester contre certaines affirmations de M. Ollier, tant relativement à l'ankylose de la hanche où l'ostéoclaste peut briser le fémur en tel point que l'on veut, que relativement à l'ankylose du genou à angle aigu où l'ostéoclasie, dit-il, lui a donné de très bons résultats, et où elle est toujours plus bénigne que la résection.

M. VERNEUIL (de Paris) intervient dans la discussion pour déclarer que les manœuvres sur les articulations autrefois malades peuvent, dans certains cas, déterminer des accidents graves. La qualité antérieure de la lésion doit toujours prédominer le traitement opératoire.

M. POZZI (de Paris) présente deux jeunes malades auxquels il a pratiqué la résection du coude.

Le premier est un jeune garçon de onze ans, scrofuleux, ayant eu des abcès de tous côtés, avec rétraction superficielle et subluxation de la main, ankylose du coude. Après avoir pratiqué, il y a neuf mois, la section de la cicatrice du poignet, et placé un appareil plâtré pour redresser la main, il fit deux mois plus tard la résection du coude, enlevant 6 centimètres 1/2 de la longueur des os. L'opération fut d'une bénignité excessive, à tel point que l'enfant, le soir même, dînait à la table de la famille, et que sept jours plus tard la plaie était cicatrisée. Aujourd'hui les muscles sont encore un peu atrophiés, mais l'articulation est mobile et l'enfant peut s'en servir.

Le second est une jeune fille opérée il y a cinq ans pour une ankylose rectiligne avec suppuration de l'épiphyse humérale. Il enleva 8 centimètres environ de l'os; une néoformation se fit très bien et la jeune fille a parfaitement guéri et meut très bien son articulation.

Statistique et résultats éloignés des résections orthopédiques. — M. JULES BŒCKEL (de Strasbourg) fait connaître, ainsi qu'il suit, sa statistique à ce sujet.

Cette statistique comporte 55 cas de résections orthopédiques pratiquées de 1875 à 1886.

Ces 55 cas comprennent 28 ostéotomies linéaires et 27 résections proprement dites.

32 de ces observations ont fait naguère l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (4 juin 1884). L'auteur les laisse ici de côté ; il néglige également 3 ostéotomies linéaires récentes et ne s'occupe que des 20 résections restantes proprement dites.

Il dit seulement que les 35 cas en question ont été suivis de guérison.

Les 20 résections proprement dites se répartissent comme suit :

9 résections orthopédiques du coude.

1 sous-trochantérienne.

3 résections du genou.

3 tarsotomies.

4 pseudarthroses.

Tous ces opérés ont guéri. Comme résultat définitif, M. Bœckel note pour le coude : 1 ankylose, 1 membre ballant, 3 résultats bons (le membre pouvant être fléchi jusqu'à angle droit), 4 résultats parfaits avec rétablissement absolu des mouvements.

La résection sous-trochantérienne du fémur a permis de redresser une ancienne coxalgique, ankylosée à angle droit et d'allonger le membre de 3 centimètres.

Au genou, il a vu 3 ankyloses parfaites : un malade de cinquante-deux ans a travaillé trois ans, puis il a dû subir l'amputation de la cuisse ; une fille est morte de méningite tuberculeuse quatre mois après la résection de son genou.

Des 3 tarsotomies, l'une a fourni un résultat parfait ; les deux autres sont moins bonnes, et il faudra refaire une nouvelle opération.

Dans 4 cas de pseudarthrose, 3 résultats parfaits, c'est-à-dire la consolidation, et un résultat nul chez une fille de treize ans, dont la pseudarthrose remontait à quelques années, et qui avait, en même temps qu'une atrophie considérable de la jambe un raccourcissement de 16 centimètres.

Dans ces circonstances éminemment défavorables, l'échec devait être certain.

La séance est levée.

Séance du 22 octobre 1886 (soir). — Présidence de M. CHAPPLAIN (de Marseille).

COMMUNICATIONS

Ligature de la carotide primitive. — M. AUGUSTE REVERDIN (de Genève) communique l'observation d'un blessé ayant reçu une balle dans l'oreille qui avait déterminé une hémorrhagie de la carotide interne, dans son trajet intra-cranien. Il arrêta cette hémorrhagie en pratiquant la ligature de la carotide primitive. Tous les accidents résultant du traumatisme et de l'hémorrhagie cessèrent et le malade guérit.

M. FONTAN (de Toulouse) cite un fait analogue ; il s'agissait d'une hémorrhagie de la méningée moyenne. Il pratiqua la ligature de la carotide primive. Le malade succomba le dix-huitième jour à une encéphalite. M. Fontan se demande si, dans ces cas, il ne vaudrait pas mieux faire la ligature de la carotide interne.

Traitement de l'hydrocèle par l'incision des bourses. — M. TÉDENAT (de Montpellier) rappelle que l'injection iodique ou l'injection de sublimé sont encore actuellement à l'ordre du jour. Il pense qu'on peut substituer à ces injections l'incision asep-

tique. Cette substitution est-elle rationnelle? On sait que quand on suit les malades opérés par l'injection iodée, on voit que la récidive est plus fréquente qu'on le croit. Il a pu constater lui-même qu'il y avait 12 p. 100 de récidive après l'injection iodique. Les récidives sont moins nombreuses quand on se sert de teinture d'iode pure. Après l'incision aseptique, la récidive ne doit jamais se produire. M. Tédenat a quinze observations; ses malades ont bien guéri. On dit que jamais il n'y a de mortalité après l'injection iodée, mais il y a quelques accidents. On peut d'abord vider un peu de liquide en dehors de la tunique vaginale. On peut voir aussi des inflammations se produire. Or il n'y a pas d'accidents après l'incision aseptique. Mais l'antisepsie doit être ici aussi rigoureuse que possible. Toutefois, l'incision doit être réservée aux cas où l'hydrocèle est liée à quelque épididymite ou inflammation de voisinage, cas dans lesquels l'injection iodée est contre-indiquée. Cette injection doit rester le traitement classique de l'hydrocèle ordinaire, avec transparence parfaite. L'incision aseptique est préférable dans les cas où le liquide est un peu louche, où les parois sont épaissies, où il y a des calcifications qui doivent être râclées. Dans ces cas, après les injections substitutives, l'hydrocèle peut être remplacée par une hématocèle.

Kystes et fistules d'origine branchiale. — M. CUSSET (de Lyon) apporte les faits personnels qu'il a pu observer :

Première observation. — Kyste branchial de la région sus-auriculaire droite, femme de trente-six ans, entrée à l'hôpital pour une métrite, dans le service de M. Poncet, qui constata immédiatement une petite grosseur au-dessus de l'oreille droite, tumeur ovoïde, mesurant 4 centimètres. Ce kyste est assurément d'origine branchiale, bien que la malade ne l'ait aperçu qu'après son mariage. Mais sa mère l'avait remarqué à l'âge de huit mois; l'origine congénitale n'est donc plus douteuse. Son siège indique également son origine branchiale. C'est à dix-neuf ans seulement que la tumeur grossit; elle augmenta de volume pendant les grossesses. La malade refusa de se laisser opérer.

Deuxième observation. — Mlle X..., vingt-six ans, présente une tumeur dans la région sus-auriculaire; manifestement congénitale, elle augmenta de volume au moment de l'apparition des règles; on fait successivement deux incisions qui sont suivies de récidive. M. Tédenat pratiqua l'énucléation complète sans ouvrir le kyste. L'examen révèle les caractères classiques des kystes dermoïdes.

Troisième observation. — Kyste branchial de la région parotidienne, opéré par M. Poncet à l'aide des caustiques. Il s'agissait d'un homme de vingt et un ans. L'origine branchiale n'est pas douteuse. La guérison sera-t-elle définitive?

Quatrième observation. — Fistule branchiale siégeant sur la ligne médiane du cou avec malformation du maxillaire inférieur, qui est atrophié dans sa portion médiane. Dissection du trajet fistuleux, on sent un cordon fibreux, on le sectionne; pansement antiseptique, guérison complète.

Cinquième observation. — Fistule branchiale bilatérale sur le côté du cou. Opération, guérison. L'examen histologique présente des glandules semblables à celles qu'on trouve dans la muqueuse du pharynx.

La conclusion à tirer de ces faits est qu'il faut pratiquer l'ablation aussi large que possible de la tumeur ou du trajet fistuleux.

M. TRÉLAT dit que les tumeurs sont plus fréquentes que les fistules. La thérapeutique des tumeurs est plus facile que celle des fistules. Celles-ci sont difficiles à enlever complètement à cause de leurs rapports importants, à cause des hémorrhagies. C'est ainsi que dans un cas, M. Trélat n'a pu disséquer que la moitié du trajet fistuleux et se contenter de gratter l'autre moitié. M. Trélat a fait faire de très nombreuses analyses de ces tumeurs : la paroi des tumeurs d'origine branchiale représente exactement les caractères d'une peau jeune, tandis que dans les kystes sébacés, on ne trouve que des débris épithéliaux.

M. POZZI, relativement à la médecine opératoire de ces tumeurs, recommande l'injection préalable de blanc de baleine et le refroidissement pour transformer ainsi la tumeur liquide en tumeur solide.

M. PONCET (de Lyon) dit qu'on ne peut pas toujours faire l'excision complète de ces kystes, quand ils siègent par exemple au niveau du nerf facial. Il faut, dans ces cas, faire une longue incision, enlever ce qu'on peut de la poche et traiter le reste par cautérisation. Il ne faut donc pas formuler des conclusions trop absolues pour l'ablation de ces kystes.

Éruption bactérienne partant d'une plaie articulaire. — M. NEPVEU communique l'observation d'une femme de trente-six ans, qui fit une chute sur les mains; la phalangette du pouce fut fortement luxée, large plaie au tégument. La luxation fut réduite. Au douzième jour, douleurs vives, contractures, menace de tétanos, crises spasmodiques s'étendant à l'avant-bras. Traitement par le chloral; traitement local antiseptique par le sublimé et l'iodoforme. La face dorsale de la main et du poignet se recouvrent de petites vésicules accompagnées de démangeaisons très pénibles. Cette éruption s'étendit de la main à tout le corps; pansement à l'iodoforme. L'éruption sèche assez rapidement. L'état local s'améliore. Il n'y avait pas eu de lymphangite préalable. Quelle est la cause de cette éruption? L'examen du liquide des vésicules montra un grand nombre de bactéries. Voici donc la marche des phénomènes : plaie, arthrite suppurée, éruption bactérienne ayant cette arthrite pour point de départ.

Extirpation du larynx. — M. LÉON LABBÉ a fait trois fois cette opération. Elle paraît entrer, dit-il, dans une voie nouvelle. Les premières ablations du larynx, faites à l'étranger, ont été très émouvantes, très difficiles. En réalité cette opération doit être considérée comme une des plus simples. Dans le premier cas de M. Labbé, il s'agissait d'un gros sarcome qui avait son siège dans l'intérieur du larynx et se développa dans le pharynx, de telle sorte que la déglutition était devenue impossible. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 286.)

Le malade a très bien guéri. Puis il a contracté une pneumonie qui l'a emporté en quelques jours, cinq mois après l'opération.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'un épithélioma avec un ganglion carotidien. Dans cette seconde opération, pas de difficultés. Cependant le malade a succombé, parce qu'on n'avait pas changé la canule, ainsi qu'il avait été recommandé de le faire. C'est là la cause de la mort de ce malade au quinzième jour, après une pneumonie infectieuse.

Le troisième malade était atteint d'un épithélio-sarcome du larynx, avec troubles notables de la respiration, sans retentissement ganglionnaire. Au moment où le larynx fut isolé, instantanément le malade devint très pâle et paraissait mort, par suite de la contusion probable du nerf pneumo-gastrique. La respiration artificielle a été faite pendant vingt-six minutes. L'opération a pu être reprise, et le malade a guéri et vécu pendant quatre mois et demi. M. Labbé avait dû râcler la trachée jusqu'au sternum. La repullulation s'est faite après quatre mois. Sur ces trois malades, le premier a succombé à une maladie étrangère, le second à un accident dans les soins consécutifs; le troisième a très bien guéri de l'opération.

En résumé, l'extirpation totale du larynx est indiquée dans les cas de sarcome et d'épithéliome du larynx.

Il faut pratiquer la trachéotomie aussi bas que possible, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'opération; le malade doit être anesthésié par la canule trachéale.

Il faut accoutumer préalablement le malade à l'application de la canule sur la trachée.

La meilleure incision est l'incision en T, dont la branche transversale correspond au corps thyroïde. La peau incisée, il vaut mieux se servir de petits couteaux au galvano-cautère. Il faut isoler le larynx et le serrer d'aussi près que possible. Il faut le sectionner de bas en haut. Il faut conserver autant que possible l'épiglotte, suturer la partie supérieure de la plaie, placer une sonde œsophagienne à demeure. Le malade pourra s'alimenter du quinzième au vingtième jour après l'opération.

De la suture à distance et de quelques applications chirurgicales de la greffe animale. — M. ASSAKY fait la communication suivante :

La suture à distance s'applique aux cas où l'on cherche à rétablir la continuité d'un organe alors que l'affrontement des parties divisées ne peut être obtenu. Les fils de suture imposent aux parties divisées des rapports moins variables. Quand il s'agit d'organes qui présentent un certain degré d'élasticité, la suture à distance peut diminuer l'intervalle qui sépare les segments. Elle se fait à l'aide de fils de catgut; l'expérimentation a démontré que la présence de ces fils met les organes dans des conditions particulièrement favorables à la reproduction des tissus.

Ce mode de suture n'a été appliqué jusqu'ici qu'à deux ordres d'organes, les tendons et les nerfs.

M. Benjamin Anger est le premier chirurgien qui ait pratiqué la suture à distance des tendons. Il se servit d'un fil d'argent. Gluck a substitué le catgut au fil d'argent. Nous avons repris cette étude, M. Fargin et moi, et nous avons pu nous assurer que, toutes les fois que la suture à distance des tendons est pratiquée, la fonction se rétablit plus rapidement et plus complètement, le tendon régénéré est plus puissant, les faisceaux tendineux plus volumineux que dans les cas où l'on s'abstient de toute intervention.

Les expériences que j'ai entreprises sur la suture à distance des nerfs m'ont démontré que la cicatrice nerveuse développée le long des fils de catgut est bien plus volumineuse et bien plus riche en fibrilles nerveuses de nouvelle formation que dans les cas où l'on abandonne simplement les bouts dans la plaie. La suture des nerfs à distance est indiquée, dans les cas récents, à la suite de l'ablation d'un névrome ou lorsqu'on a été obligé de sacrifier une portion d'un nerf engagé dans un néoplasme; elle est encore indiquée dans les interventions tardives portant sur les cordons nerveux compris dans un cal osseux; elle doit en outre être employée dans les sutures nerveuses secondaires sans réunion directe possible. Les contre-indications paraissent peu nombreuses : à part les contre-indications générales des opérations, le peu d'importance du cordon nerveux, sa situation profonde et les dégâts considérables qu'on serait obligé de faire pour arriver jusqu'à lui.

La suture à distance ne doit pas être limitée à la thérapeutique chirurgicale des tendons et des nerfs. S'il n'est peut-être pas possible d'exiger la suture à distance en méthode générale, on voit néanmoins qu'elle trouve d'autres applications. Il y aurait lieu de l'employer dans les ruptures musculaires alors que le muscle n'est pas dégénéré, qu'il est encore extensible et que les deux segments possèdent une quantité suffisante de tissus fibreux ou tendineux pour que le chirurgien pût y accrocher ses fils. Les pertes de substance osseuse avec ou sans conservation du périoste paraissent fournir une autre indication à l'emploi de cette suture. Lorsqu'on songe au rôle important que jouent dans l'ossification des os longs et des os plats les travées directrices cartilagineuses, ostéoïdes, préosseuses, il est permis de croire que des fils de catgut tendus d'un fragment à l'autre auraient pour effet de réserver la place de l'os futur et de conduire le travail d'ossification. On pourrait enfin se trouver bien de l'emploi de tresses de catgut à la suite des résections articulaires; on aurait ainsi des ligaments artificiels qui se transformeraient rapidement en faisceaux fibreux.

Les expériences de greffe tendineuse entreprises avec M. Fargin nous ont démontré la possibilité de pratiquer la transplantation entre animaux appartenant à des espèces et à des classes zoologiques différentes. M. Peyrot a tenté le premier la greffe tendineuse chez l'homme, mais il n'a obtenu dans deux cas qu'un succès relatif. Il y a là un grand nombre de conditions à déterminer, relativement au choix de l'espèce animale, au choix du tendon, etc.

Malgré des précautions infinies dans le manuel opératoire et des soins antiseptiques très sévères, tous mes essais de greffe nerveuse par transplantation ont échoué. Aucune des tentatives antérieures dues à Philipeaux et Vulpian, Ranvier, Gluck, Johnson, n'établit sûrement la possibilité de la greffe nerveuse. Dans les deux cas de Vogt, et d'Albert où la greffe nerveuse a été essayée chez l'homme, elle a donné des résultats négatifs.

Diagnostic des tumeurs de la vessie. — M. GUYON dit que ce diagnostic peut être assuré par l'étude des symptômes et les moyens ordinaires. Un symptôme très important, c'est l'hématurie, qui prend un caractère pathognomonique par sa durée, ses répétitions, son abondance et la facilité avec laquelle il est produit par un simple cathétérisme. Ce dernier permet de reconnaître une tumeur de la vessie d'une tumeur du rein. Quels sont les autres signes différentiels? La tumeur du rein se reconnaît à son augmentation de volume, à sa mobilité, au ballotement rénal, au varicocèle concomitant si fréquent, à la présence d'un caillot cylindrique dans l'hématurie, aux coliques.

Le néoplasme de la vessie se reconnaît par le toucher rectal et l'exploration vésicale. Le doigt rectal et la main abdominale combinés permettent de reconnaître un néoplasme siégeant dans la paroi vésicale. Un autre signe est l'augmentation de la vessie qui dépasse plus ou moins le pubis. Le cathétérisme peut ne pas déceler une tumeur, même de moyen volume. Il ne faut donc pas tenir compte de ses négations. Cependant, dans certains cas, il peut donner de précieux renseignements. Comment se renseigner sur la nature et le point d'implantation des néoplasmes? On a conseillé, dans ce but, l'incision exploratrice périnéale. M. Guyon n'est pas partisan de cette exploration, qu'il ne considère que comme le premier temps de l'opération curative, suffisamment indiquée par l'étude des symptômes. M. Guyon pense que l'intervention n'est indiquée que dans les cas où le néoplasme donne lieu à des complications ou à des troubles fonctionnels graves, d'autant plus que ces néoplasmes, même ceux de mauvaise nature, ne se propagent pas hors de la vessie. La seule indication d'agir rapidement est l'apparition des complications, cystite, rétention, en un mot trouble de la fonction urinaire dans son fonctionnement. M. Guyon préfère la voie hypogastrique à la voie périnéale pour l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie. Il emploie volontiers le fer rouge pour le fond de la vessie. Il a fait dix-huit opérations sur quinze malades; il a trouvé treize tumeurs malignes et deux bénignes.

Cure radicale des hernies épigastriques. — M. TERRIER a fait quatre opérations de hernie épigastrique. Ces quatre observations démontrent que l'intervention chirurgicale est parfaitement indiquée dans ces cas. L'opération consiste à faire la cure radicale de ces hernies, comme de celles pour lesquelles l'opération est classique. Incision, ouverture du sac, ablation des matériaux inutiles, mobilisation, réduction et suture de l'anneau après avivement de ses parties latérales, puis réunion de la peau. Cette opération a été faite en 1802 par Maunoir (de Genève). Son malade a très bien guéri. Une opération semblable a été faite en 1882, par M. Reverdin. M. Terrier cite d'autres exemples empruntés aux chirurgiens étrangers.

Il croit donc qu'il est indiqué d'intervenir dans ces cas; il a vu cesser les troubles digestifs, les accidents qui empêchaient les malades de travailler. Il a eu à traiter ainsi des hernies graisseuses, épiploïques ou intestinales.

Extirpation d'un néoplasme de la vessie par la voie hypogastrique. — M. DESNOS communique l'observation d'un homme de quarante-trois ans qui avait, depuis onze ans, des hématuries. Celles-ci, d'abord rares, se rapprochèrent de plus en plus et devinrent presque continues, en conservant toutefois un caractère commun, qui est une spontanéité absolue; les excès et les fatigues n'avaient aucune influence sur le retour des hémorrhagies. Deux autres symptômes apparurent seulement dans les derniers mois de la maladie; ce fut une douleur spontanée aux lombes et aux aines, et quelquefois un arrêt brusque du jet; enfin, à plusieurs reprises, il y eut des accès très violents de cystite. Les signes physiques étaient les suivants : par le cathétérisme, on ne sentait qu'un léger soulèvement du bec de la sonde, du côté droit, sensation très vague, qui devenait beaucoup plus nette si on introduisait en même temps un doigt dans le rectum; cette manœuvre, sur laquelle insiste M. Desnos, parce qu'elle a été peu décrite jusqu'ici, permit d'apprécier la différence d'épaisseur du

bas-fond de la vessie et l'intégrité absolue de la muqueuse rectale. Par le palper hypogastrique, on sentait nettement que le côté droit de la vessie était rempli par une masse morbide; en combinant le palper abdominal et le toucher rectal, on en délimitait assez nettement le volume, l'ensemble de ces symptômes conférant, d'après M. Guyon, la certitude de l'existence d'un néoplasme limité à la vessie; d'autre part, l'affaiblissement du malade rendant la mort imminente, M. Desnos tenta l'extirpation du néoplasme par la taille hypogastrique. Une tumeur, dont les fragments recueillis pesaient 117 grammes, fut enlevée par morcellement et par grattage; la base d'implantation cautérisée au thermo-cautère. 18 jours après l'opération, la plaie hypogastrique était cicatrisée. Les hématuries ont complètement disparu depuis l'opération, et le retour à la santé se traduit pour le malade par une augmentation de poids de 7 kilogrammes. Même en admettant la probabilité d'une récidive rapide, le bénéfice qu'a retiré le malade de l'opération est évident. Dans les cas de ce genre, M. Desnos estime que le chirurgien doit se laisser guider par la gravité des symptômes dans ses déterminations opératoires. La marche de ces tumeurs est essentiellement variable, et à des hémorrhagies formidables succèdent souvent de longues périodes d'accalmie. Il ne suffit donc pas que le diagnostic de néoplasme vésical soit fait pour que l'intervention soit justifiée, il faut encore que la vie du malade soit menacée dans un délai plus ou moins prochain.

Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes des mâchoires. — M. MAGITOT. Le problème longtemps obscur de l'origine et du mode de développement des kystes des mâchoires est encore aujourd'hui l'objet d'assez vives controverses.

Il y a maintenant treize ans, en 1873, nous avons consacré un premier travail à l'étude de ce problème qui a été depuis lors le sujet de discussions répétées, tant à la Société de chirurgie qu'à la Société de biologie et dans la presse médicale.

Lors de nos premières recherches, aussi bien que dans les polémiques qui ont suivi, nous nous sommes efforcé d'établir cette théorie, que les kystes spontanés des mâchoires reconnaissent pour origine l'un des deux processus suivants :

1° Le follicule dentaire, pendant sa période embryonnaire, devient kyste, sa paroi constituant l'enveloppe de la poche, tandis que son contenu se retrouve toujours, à une époque variable de l'évolution, au fond de la cavité. Cette variété a reçu le nom de *kyste folliculaire* avec cette subdivision de kystes soit *embryoplastiques*, soit *odontoplastiques*, soit *coronaires* suivant l'état de développement de l'organe inclus dans le follicule.

Ces désignations, d'ailleurs, correspondent, comme on le sait, à celle des *odontomes* suivant la description restée classique de Broca.

2° Le périoste, qui revêt la racine de la dent adulte, se soulève sous l'influence d'un état inflammatoire et devient paroi kystique, tandis que le sommet radiculaire lui-même, dénudé, résorbé en partie et rugueux, occupe invariablement le centre et le fond de la poche.

Sur le premier mode de développement, celui des *kystes folliculaires*, il ne s'est produit aucune objection et tous les chirurgiens semblent d'accord pour accepter cette théorie que de nombreux faits cliniques établissent surabondamment d'ailleurs.

Mais il n'en est pas de même au sujet du second point, l'origine des kystes dits *périostiques*. Ici, des dissidences très sensibles se sont produites : Ainsi, MM. Verneuil, Reclus, Malassez, se basant sur la présence constante d'un revêtement épithélial à la face interne de la paroi kystique, ont refusé au périoste dentaire le rôle exclusif que nous lui avons assigné dans notre théorie. Pour eux, ce sont les débris épithéliaux embryonnaires, dont la présence est si fréquente dans les mâchoires de l'adulte, qui deviennent le point de départ des kystes en question, d'où le nom de *kystes péridentaires* (Verneuil et Reclus), *kystes paradentaires* de Malassez.

M. Malassez va plus loin et, dans un intéressant travail (1), il cherche à établir que ce qui a été décrit jusqu'à ce jour comme un périoste autour de la racine des dents, est, en réalité, un véritable ligament; puis il développe à nouveau la théorie de la formation des kystes aux dépens des débris épithéliaux inclus dans l'épaisseur même de ce ligament.

Sur le premier point, la nature anatomique du périoste dentaire, nous ne faisons aucune difficulté à accorder à M. Malassez et à ses belles recherches, que le prétendu périoste devra rigoureusement rentrer dans la catégorie des ligaments proprement dits, opinion émise également par Kölliker en Allemagne et Ranvier en France. Nous-même, en décrivant naguère ce tissu, ne faisions-nous pas des réserves sur les caractères qui différencient totalement le périoste dentaire du périoste osseux proprement dit, ce qui conduirait à considérer la périostite alvéolaire comme une véritable arthrite. Mais si nous concédons à M. Malassez l'exactitude de ses vues anatomiques, nous n'en persistons pas moins dans notre conviction que c'est le ligament dentaire qui reste l'agent exclusif dans la production du kyste dit *périostique*, suivant la pathogénie que nous avons exposée. Ne voyons-nous pas, dans l'état pathologique, ce ligament se modifier singulièrement dans sa structure, s'épaissir, s'infiltrer de différents produits, devenir le siège de fongosités et même de véritables tumeurs, et enfin, se transformer parfois en une sorte de membrane fibreuse, ainsi que M. Malassez l'a reconnu lui-même, pour constituer autour du sommet de la racine une poche close de toutes parts. C'est cette poche qui est le kyste, dit *périostique*, tantôt d'un petit volume et susceptible de rester entier pendant l'extraction de la dent qui le porte, et tantôt volumineux, déplaçant dans son évolution le tissu osseux, effaçant le sinus, déprimant une région, et apparaissant comme une véritable tumeur.

Notre désaccord reste donc complet sur la question de pathogénie avec MM. Verneuil, Reclus et Malassez, auxquels nous devons ajouter les noms de MM. Nepveu, Jacquelin et d'autres encore, et bien que ce ne soit pas le cas ici de rentrer dans la discussion, nous demandons la permission de formuler une fois de plus nos arguments dans les propositions suivantes :

1° Tout kyste dit *périostique*, *péri* ou *para-dentaire*, a pour point d'origine exclusif et invariable le sommet de la racine d'une dent, pour cause une lésion antérieure, et parfois lointaine, de l'organe, et pour agent direct une production inflammatoire de liquide soulevant la couche des tissus ligamenteux circonscrivant le sommet radiculaire resté libre dans la cavité;

2° Ce mécanisme est commun aux abcès sous-périostiques et aux kystes, la différence dans le processus dépendant exclusivement de l'intensité inflammatoire et de la nature du produit pathologique purulent dans le premier cas, séreux dans le second;

3° Dans certaines conditions, assez fréquentes, d'une périostite chronique du sommet avec suintement s'écoulant au dehors par le canal dentaire et une carie pénétrante, la rétention du liquide, réalisée par l'occlusion de la carie, amène la formation, soit d'un abcès, soit d'un kyste, circonstances qui représentent en réalité des faits de production artificielle de la maladie;

4° Il n'existe aucun fait clinique ni aucune pièce anatomopathologique qui établisse l'origine d'un kyste de cette variété dans les débris épithéliaux, soit intra-osseux, soit inclus dans l'épaisseur du ligament. Le terme de *kyste para-dentaire* est donc inexact;

5° La présence d'un épithélium à la face interne de la paroi d'un kyste est suffisamment établie par la nature même de cette paroi, qui n'est autre que l'enveloppe du sac folliculaire devenue périoste ou ligament alvéolaire, et qui, pendant sa période folliculaire, est pourvue, comme on sait, d'un revêtement épithélial, dont elle conserve des vestiges jusqu'à l'âge adulte.

Si formelles et si absolues que puissent paraître ces propositions, nous n'hésitons pas à les reproduire de nouveau avec la certitude qu'elles ne peuvent être démenties.

---

(1) *Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires.* (*Archives de physiologie*, 1885, n° 2, p. 129, et n° 4, p. 309.)

Ceci dit, nous avons hâte d'arriver à la question du traitement des kystes des mâchoires.

L'histoire chirurgicale des kystes des mâchoires peut se résumer de la façon suivante :

Une première méthode, qui était de règle au dernier siècle et au commencement de celui-ci, jusqu'à Dupuytren, consistait dans l'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire devenu kystique.

Une seconde méthode, qui est celle de la plupart des chirurgiens actuels, consiste dans l'ouverture largement effectuée de la poche kystique, au moyen de la résection de la paroi osseuse.

Nous ne discuterons pas le procédé de l'ablation totale, qui n'est plus de notre temps, et s'adresserait, tout au plus, aux kystes compliqués d'odontomes ou de néoplasmes divers; mais nous ne parlons ici que des kystes simples, proprement dits.

Quant à la méthode de larges ouvertures, tout en reconnaissant qu'elle donne un excellent résultat, nous lui reprocherons de causer tout d'abord des délabrements inutiles, et de produire ensuite des déformations plus ou moins grandes de la région opérée.

La méthode du drainage métallique, avec tubes d'un faible diamétre, n'est, d'ailleurs, qu'une réduction ou une simplification du procédé des larges ouvertures. Nous l'employons couramment depuis dix années environ, et nous avons traité ainsi un grand nombre de kystes des mâchoires sans observer une seule récidive. Le retrait et la guérison d'un kyste résident, en effet, dans les conditions suivantes :

1° Ouverture de la poche et écoulement du liquide kystique;

2° Ablation des parties solides situées dans la cavité : débris de dent, ou de follicule pour la variété folliculaire; extraction de la dent ou de la racine, origine de la maladie, pour les kystes périostiques;

3° Installation permanente du drain métallique à pavillon sur le point le plus déclive de la poche, soit dans la paroi même du kyste (kyste folliculaire), soit dans l'alvéole même de la dent extraite (kyste périostique);

4° Lavages antiseptiques et astringents; emploi des caustiques, au besoin, pour favoriser le retrait de la cavité.

Ce sont ces principes qui sont réalisés par l'emploi des tubes à drainage que nous mettons sous les yeux du Congrès.

Ces tubes sont d'un diamètre variable, mais tous fort étroits. Les plus fins n'ont pas plus de deux millimètres de diamètre et suffisent parfaitement à la guérison d'un kyste de faible étendue; d'autres atteignent un diamètre de cinq millimètres et conviennent aux kystes plus volumineux.

Enfin, dans quelques cas de larges kystes, à contenu épais, visqueux, nous avons appliqué le drainage à double courant, représenté par deux tubes accouplés, de même diamètre, mais de longueur différente (drains en flûte de Pan).

Aussitôt que ce traitement est institué, tous les accidents d'un kyste : rétention du liquide, phénomènes inflammatoires, gonflement, douleur, disparaissent. La présence de ces drains, confectionnés en étain, en argent et en or, passe inaperçue dans la bouche, et la guérison n'est qu'une affaire de temps.

Greffe oculaire. — M. **ROHMER** (de Nancy) fait une communication sur ce sujet. Il rappelle brièvement tous les faits expérimentaux connus. Il a lui-même fait un certain nombre d'expériences; il a toujours obtenu un insuccès constant. En supposant le greffe oculaire possible en clinique, il faut compter avec les dangers de l'ophthalmie sympathique.

En résumé, la question peut être définitivement jugée par deux ordres de faits :

1° Les faits cliniques, qui contre-indiquent la transplantation oculaire, en raison de l'ophthalmie sympathique possible, et d'ailleurs nettement observée dans un cas;

2° Les faits expérimentaux, qui montrent que l'atrophie du globe est une conséquence inévitable de la transplantation et de la réimplantation, même si le sphacèle de la cornée a pu être évité, et si la greffe oculaire a réussi en totalité.

On peut donc conclure :

1° Que la greffe oculaire ne peut réussir actuellement, et que la tenter est une illusion qui fait courir au-devant d'un échec à peu près certain;

2° La greffe de la totalité de l'œil fût-elle même possible, comme on l'a prétendu, que l'observation clinique, montrant l'ophthalmie sympathique à chaque instant menaçante, serait là pour détruire l'illusion d'un succès tant soit peu durable.

Des procédés actuels d'extraction de la cataracte. — M. **ABADIE** rappelle que le procédé de Daviel, consistant à extraire la cataracte à travers une large section pratiquée dans la cornée, a été un des plus grands progrès de la chirurgie oculaire.

On pouvait lui reprocher néanmoins d'exposer aux enclavements iriens, aux suppurations du lambeau, et, chose plus grave, de ne pas être applicable aux cataractes incomplètes à évolution lente, et à celles qui étaient adhérentes à l'iris.

C'est pour remédier à la plupart de ces inconvénients que de Graefe imagina l'extraction linéaire avec iridectomie. Grâce à la grande renommée de son promoteur, et aussi à ses réels avantages, cette nouvelle méthode opératoire fit rapidement fortune et fut presque exclusivement employée dans le monde entier pendant plus de quinze ans. Actuellement on cherche à ne plus exciser l'iris, et on revient en somme au procédé de Daviel.

Est-ce un retour vers le passé? Est-ce mode ou caprice, est-ce par esprit de nationalité, pour opposer un procédé français à un procédé allemand? Non; c'est tout simplement parce que des découvertes thérapeutiques récentes de la plus haute importance ont permis de triompher des principales complications inhérentes jadis au procédé de Daviel. Les lavages antiseptiques permettent d'éviter la suppuration du lambeau.

L'anesthésie produite par la cocaïne facilite les manœuvres d'expulsion du cristallin et de réduction de l'iris. Enfin, l'ésérine, ou sous forme de pommade ou d'injections intra-oculaires, maintient l'iris réduit et s'oppose aux prolapsus. Dès lors, dans les cataractes simples, il y a tout avantage à ne pas mutiler l'iris et à conserver une pupille intacte. L'extraction avec iridectomie sera réservée aux cataractes compliquées.

De l'ophthalmotomie postérieure et de son application dans le traitement des affections profondes de l'œil. — M. **GALEZOWSKI** appelle l'attention sur un nouveau procédé opératoire auquel il a donné le nom d'*ophthalmotomie* ou *sclérotomie postérieure.*

Ce procédé consiste en une incision pratiquée dans le segment postérieur du globe oculaire et en arrière de la région du cercle ciliaire. Le point d'élection est ordinairement placé entre le muscle droit supérieur et le droit externe. J'enfonce le couteau de Graefe à peu près à 1 centimètre en arrière du bord ciliaire, et j'incise tous les tissus, y compris la sclérotique, la choroïde et la rétine; je prolonge cette incision, d'arrière en avant, jusqu'à la limite postérieure du cercle ciliaire. Ici, selon le but qu'on se propose d'atteindre, ou on laisse la plaie se réunir toute seule ou bien on rapproche ses bords à l'aide d'une suture de catgut.

Cette opération est appelée, selon moi, à rendre de très grands services pour la guérison de certaines affections réputées, jusqu'à présent, incurables et qui nous obligeaient bien souvent à pratiquer l'énucléation.

Il est digne de remarque que toutes les opérations qui se pratiquent journellement sur les yeux ne se font que dans l'hémisphère antérieur du globe : ce sont, notamment, l'iridectomie, la sclérotomie, la kératotomie, etc., qui sont très efficaces dans les cas où le segment antérieur est atteint; mais leur effet est presque nul lorsqu'il s'agit d'une maladie de l'hémisphère postérieur de l'œil. Personne n'a encore songé, que je sache, à remédier à cet inconvénient, et je me suis bien souvent demandé pourquoi on n'avait jamais eu l'idée de pratiquer la sclérotomie postérieure, qui pouvait amener un débridement nécessaire dans la tension excessive du globe. On avait, jusqu'à un certain point, raison de craindre d'attaquer cette région de l'organe visuel, car on se trou-

vait en présence de ce que j'appellerai les trois points vitaux de l'œil : le nerf optique, la macula et le cercle ciliaire. Et, en effet, si l'incision que je pratique se prolongeait jusqu'à la macula, je m'exposerais à produire, même dans les cas les plus favorables, le scotôme central avec perte complète de l'acuité visuelle. Il est inutile d'expliquer le danger de toucher au nerf optique, dont la moindre blessure serait fatale pour la vue. Quant au cercle ciliaire, c'est l'organe de nutrition de l'œil tout entier, et l'expérience m'a démontré que lorsqu'on y touche, on s'expose à préparer une dénutrition et une atrophie du globe. Rien n'est cependant plus facile que d'éviter ces écueils, lorsqu'on emploie d'une manière attentive mon procédé en plaçant l'incision dans l'endroit que j'ai indiqué plus haut et en s'arrêtant au bout du cercle ciliaire.

Parmi les maladies qui avaient été, jusqu'à présent, considérées comme incurables, je citerai : les hémorrhagies générales du corps vitré, les décollements très étendus de la rétine, les hydrophthalmies, les choroïdites glaucomateuses simples, les corps étrangers implantés dans le segment postérieur et les tumeurs circonscrites de la partie équatoriale de la sclérotique. Certaines de ces affections amènent la cécité avec conservation de l'organe, d'autres sont suivies d'accidents inflammatoires tellement graves qu'ils entraînent forcément l'énucléation.

C'est dans ces différentes affections que j'ai employé mon procédé, et j'ai eu la satisfaction non seulement de sauver l'organe, mais encore de rétablir en partie la vision. Jusqu'à présent, je n'ai fait cette opération que quatorze fois, et je n'ai eu à déplorer qu'un seul insuccès dans un cas tout récent, où j'ai voulu enlever, par la plaie scléroticale, un cysticerque du corps vitré. L'opération, malheureusement, a été suivie d'un phlegmon de l'œil avec atrophie consécutive.

Dans les treize autres cas, je puis affirmer qu'il n'y a pas eu la moindre inflammation et que les suites de l'opération ont été on ne peut plus simples et on ne peut plus heureuses. L'œil reste douloureux et injecté pendant les trois ou quatre premiers jours ; mais, dès que la suture tombe, c'est à peine si l'on s'aperçoit du traumatisme causé par l'opération. Sans entrer dans les détails, je me permettrai de citer quelques-unes de mes observations.

Le premier fait se rapporte à l'extraction d'un corps étranger chez un ouvrier mécanicien qui avait reçu, en burinant, un éclat de fer dans l'œil gauche. En l'examinant, le 21 mars 1881, en présence de mes assistants, MM. Parent, Yver et Despagnet, j'ai pu constater que la paillette de fer avait traversé la cornée, le cristallin, le corps vitré, s'était logée dans la partie postérieure du fond de l'œil, sur la rétine, et qu'elle était parfaitement visible à l'ophthalmoscope. L'extraction du corps étranger devenait indispensable, si l'on voulait conserver l'œil. Le 23 mars, je pratiquai l'ophthalmotomie postérieure dans la région indiquée, et j'eus la satisfaction de retirer l'éclat de fer en introduisant dans la plaie une sonde aimantée. L'opération a parfaitement réussi, l'œil a été sauvé et la vue est revenue. La cataracte qui se forma six mois après fut la conséquence du passage du corps étranger; je l'ai extraite sans difficulté, et depuis le malade voit très bien.

Le second cas est celui d'un décollement très large, bi-lobaire, survenu chez un jeune homme de vingt et un ans le 25 avril 1885. La vision était presque perdue. Je pratiquai l'ophthalmotomie le 1er octobre suivant avec le même bonheur que la première fois : le malade a guéri et la vision est revenue au point que l'opéré pouvait distinguer les gros objets et compter les doigts. A l'ophthalmoscope, on constatait l'adhérence complète de la rétine. Je viens d'opérer avec succès ce jeune homme de la cataracte, qui s'était formée un an après la première opération.

J'ai pratiqué la *sclérotomie postérieure* dans des cas d'hémorrhagie générale du corps vitré, dans les buphthalmies avec accidents glaucomateux, et j'ai toujours réussi à arrêter les phénomènes inflammatoires.

Le fait le plus remarquable en ce genre a trait à une tumeur mélano-sarcomateuse, située dans la région équatoriale de l'œil droit, chez une dame âgée de trente-trois ans, demeurant à Paris, et qui souffrait de cet œil depuis plusieurs années. Elle se présenta à ma consultation en septembre 1885, et je pus constater l'existence d'une petite tumeur brunâtre, grosse comme un gros pois, qui s'était développée dans la sclérotique et avait fait saillie sous la conjonctive, près de l'attache du muscle droit supérieur.

A l'examen ophthalmoscopique, je constatai, dans la partie correspondante de la tumeur, une tache brunâtre sur la choroïde. Évidemment la tumeur avait perforé en cet endroit le globe de l'œil. Il n'y avait pas à hésiter, il fallait ou détruire la tumeur ou faire l'énucléation. Je me suis arrêté au premier parti, et j'ai fait, le 1er février suivant, une sclérotomie, non plus avec le couteau de Graefe, mais à l'aide du thermo-cautère. J'ai traversé le globe oculaire de part en part, dans toute la région occupée par la tumeur, et j'ai détruit cette dernière en totalité. Immédiatement après l'opération, il s'est écoulé une certaine quantité du corps vitré, mais l'écoulement ne fut que de courte durée. La compression et l'immobilité n'amenèrent que fort lentement la cicatrisation. Il fallut, en effet, trois mois pour que la plaie se fermât entièrement. Ayant revu cette dame le 3 septembre dernier, j'ai eu le plaisir de constater que la guérison était complète et que la malade pouvait lire les caractères n° 1 de l'échelle typographique.

En résumé, je tirerai, de ce travail, les conclusions suivantes :

1° Que l'*ophthalmotomie* ou *sclérotomie postérieure* ne présente aucun danger, pourvu qu'elle n'atteigne ni le cercle ciliaire, ni le nerf optique, ni la macula.

2° Que selon l'étendue de la plaie, on la laissera se cicatriser toute seule, ou bien on fera une suture avec un fil de catgut;

3° Qu'enfin cette opération pourra être avantageusement appliquée dans l'extraction des corps étrangers situés dans les membranes internes de l'œil, dans les décollements étendus de la rétine, dans les buphthalmies et dans certaines formes de glaucomes.

La séance est levée.

Séance du 23 octobre 1886 (matin). — Présidence de M. Perrin.

COMMUNICATIONS

De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — M. DANIEL MOLLIÈRE (de Lyon), en traitant la question de luxations traumatiques irréductibles, se borne à celles des grandes articulations et principalement à celles de l'épaule, du coude et du pied.

Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes et le plus souvent dues à ce que les malades ne sont pas soignés dès le début ou bien à ce qu'ils vont consulter des rebouteurs. Mais il ne faut considérer comme vraiment irréductibles que les luxations présentant un obstacle anatomique, une déformation articulaire, sinon la luxation peut être réduite par des manœuvres de force. Les obstacles qui sont des contre-indications aux manœuvres de réduction sont un âge trop avancé ou trop jeune, le rhumatisme, la diathèse urique.

L'auteur étudie ensuite les opérations auxquelles on peut avoir recours, c'est-à-dire : 1° la ténotomie pour détruire les brides et les adhérences suivies de mouvements de réduction; il cite dix-sept cas désespérés où, par ce procédé, il a obtenu très facilement la réduction ainsi qu'un très bon résultat fonctionnel; 2° l'ostéoclasie suivie de la réduction immédiate; 3° les opérations sanglantes, les résections; elles ont été très souvent pratiquées; cependant, dans certains cas, la présence d'ostéophytes est une indication opératoire.

Dans les luxations traumatiques irréductibles du coude, M. Daniel Mollière rejette les actions sous-cutanées comme donnant de mauvais résultats et leur substitue les résections totales ou partielles ou l'arthrotomie, cette dernière seulement dans certains cas. Il préfère la résection partielle qui donne toujours de très bons résultats à n'importe quel âge, surtout en ayant soin de faire la réunion immédiate.

Les luxations irréductibles du pied sont généralement des luxations en arrière qui donnent au pied une sorte d'équinisme en

valgus s'accompagnant ou non de fracture des deux malléoles avec luxation de l'astragale. Ici il ne faut pas tenter d'opérations sanglantes, mais faire le plus souvent l'ostéoclasie sus-malléolaire qui lui a donné de très bons résultats, des succès complets même chez des sujets âgés.

M. TRÉLAT (de Paris) est indirectement l'auteur de la question proposée pour la discussion d'aujourd'hui, bien qu'il ne l'ait pas formulée telle qu'elle est posée actuellement sur les programmes. Il ne s'en plaint nullement d'ailleurs, car elle a donné lieu à des travaux importants. Le but qu'il s'était proposé c'était de discuter la conduite à tenir dans les luxations anciennes, irréductibles de la hanche, luxations sur lesquelles bien peu de matériaux existent encore.

Il y a un an, à cette époque même, un homme se présentait dans son service de l'hôpital de la Charité pour une de ces luxations datant de six mois, survenue dans les conditions suivantes : cet homme était tombé à plat ventre sur le sol au devant de sa charrette, dont l'une des roues passant entre les deux membres inférieurs et sur la région postérieure du bassin avait déterminé une luxation de la hanche par impulsion directe, luxation iléo-ischiatique avec raccourcissement de 4 centimètres. La déformation était médiocre, mais l'infirmité était presque absolue, le malade marchant avec la plus grande difficulté.

De l'enquête scientifique à laquelle il se livra à l'occasion de ce malade, M. Trélat a pu se convaincre que tout *procédé de force*, employé pour réduire les fractures de la hanche datant de plus de deux ou trois mois, n'avait jamais donné aucun résultat, tandis que par les *procédés dits de douceur*, certaine statistique lui avait donné sur 23 cas 11 réductions obtenues. Cela pouvait être quelque peu paradoxal et cependant cela est parfaitement conforme à la réalité. Quelle est donc, en pareilles circonstances, la conduite à tenir? quelles sont les indications opératoires? pourquoi les luxations sont-elles irréductibles? En raison même de sa conformation anatomique, lorsque la tête du fémur est sortie de la cavité cotyloïde, celle-ci a la plus grande tendance à être très promptement recouverte par la capsule articulaire et les muscles voisins et consécutivement à s'aplatir. Mais au bout de combien de temps le phénomène se produit-il? Nul ne le sait peut-être? et l'on n'a sur ces diverses questions du problème que des bribes d'observations. C'est ainsi que Wolkmann a trouvé cette disposition deux mois et demi après le début de la luxation. D'ailleurs la réduction est quelquefois impossible même dès les premiers jours, témoin le cas de M. Polaillon qui fit six ou sept tentatives de réduction, toutes sans succès et finit, au quarante-sixième jour, par opérer son malade. Astley Cooper a écrit qu'au bout de deux mois la réduction de la luxation de la hanche était une chance et qu'en tous cas elle était une opération dangereuse.

En 1868 Broca a eu dans son service un malade âgé de trente-neuf ans présentant une luxation de la hanche qui datait de cinq mois; toutes les tentatives de réduction qu'il fit restèrent sans résultat et le malade sortit pour rentrer huit jours plus tard à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de Lorrain et y succomber en quelques jours à une péritonite. M. Tillaux put en faire l'autopsie et trouva une suppuration sous-fessière énorme, une articulation en pleine suppuration aussi, enfin des fusées purulentes dans l'abdomen, lesquelles avaient déterminé une péritonite mortelle. Ce fait est un exemple des dangers des manœuvres de force pour la réduction de ces luxations anciennes de la hanche.

Le dilemne se pose donc entre : laisser le malade avec son infirmité ou tenter la réduction par la force, comme on le faisait autrefois, et alors s'exposer à des accidents de la nature de celui que M. Trélat vient de rapporter.

Hamilton, en 1869, a fait, dans un cas de luxation datant de six mois, des tentatives de réduction par douceur, par l'extension continue, échec; il cherche à obtenir la réduction par des débridements, échec; il pratique une arthrotomie considérable, nouvel échec; bref, échecs sur échecs chez son malade.

Wolkmann et Mac-Cormac ont affaire à des luxations, l'une datant de deux mois, chez un homme de cinquante ans; l'autre de deux mois et demi, chez un garçon de dix-neuf ans. Après des efforts considérables, ils en arrivèrent, sans succès également, dans les deux cas, à l'arthrotomie, et, finalement, furent forcés de recourir à la résection.

Le cas de M. Polaillon est particulièrement intéressant; malheureusement, sa conduite a été suivie d'insuccès. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans chez lequel les tentatives de réduction n'ayant pas réussi, l'arthrotomie fut pratiquée le quarante-sixième jour, et, pour la première fois, la tête du fémur put être remise en place dans la cavité; mais, très malheureusement, répète M. Trélat, M. Polaillon avait affaire à un alcoolique, de sorte que quatre jours après l'opération, le malade succombait à une plaie putride, avec un cœur et un foie gras.

En résumé, les procédés de force ne conviennent que dans les luxations récentes; mais, passé trois mois, le procédé de douceur, seul, peut réussir; car, passé une certaine période, l'obstacle à la réduction ne réside pas dans la résistance musculaire, mais dans l'organisation anatomique.

Jusqu'à présent, les opérations sanglantes (ténotomie, myotomie, arthrotomie) n'ont jamais donné une seule guérison; le seul cas de réduction obtenu par l'arthrotomie est celui de M. Polaillon, et encore très malheureusement le malade a-t-il succombé.

En résumé M. Trélat conclut : 1° à l'impérieuse nécessité de faire tout d'abord un diagnostic prompt et exact de la luxation; 2° à la réduction immédiate soit par la force si la luxation est récente, soit par la douceur si elle est ancienne ; 3° si ces essais sont suivis d'échecs, ne pas abandonner pour cela le malade tant qu'il est encore dans la période favorable, mais recourir alors aux sections sous-cutanées et même à l'arthrotomie qui peuvent être suivies de la réduction cherchée; 4° mais passé deux ou trois mois, le procédé de douceur seul est applicable; 5° enfin si l'échec est définitif, tenir compte de la position du membre, s'il est dans l'extension et peut servir d'appui, favoriser le renforcement de la désarticulation; s'il est fléchi et ne peut fournir d'appui, ostéoclasie ou ostéotomie avec redressement immédiat du membre; si le membre a une position vicieuse, que la tête soit déformée et que la luxation s'accompagne de douleurs permanentes, la résection sera encore la meilleure ressource.

M. BOUILLY (de Paris) rapporte plusieurs faits de luxation très ancienne où il a pu réussir à réduire sans opération.

Deux de ces faits s'appliquent à la luxation du coude. Le premier est celui d'une fillette de neuf ans qui se présenta à lui il y a trois ans avec une luxation du coude en arrière et un peu en dedans, datant de quatre mois et demi, avec rectitude complète du membre. La réduction tentée avec le concours et l'appareil de M. Hennequin, la malade étant chloroformée, fut parfaitement obtenue après plusieurs tractions allant jusqu'à un poids de 70 kilogrammes. Les mouvements ont été totalement récupérés.

Le second cas est celui d'une femme de la campagne, âgée de quarante ans. Luxation du coude en arrière et en dedans datant de huit mois et demi. Réduction par l'appareil Hennequin après trois tentatives successives d'un poids de 100, 120 et 125 kilogrammes, immobilisation consécutive pendant trois semaines dans un appareil plâtré ; massage, exercices des membres. La malade, traitée ainsi le 20 août dernier, est sortie il y a quelques jours dans un état très satisfaisant, présentant seulement un léger degré de subluxation en arrière.

Dans une troisième observation, M. Bouilly a fait de l'ostéoclasie sans le vouloir pour un cas de luxation de la hanche datant de trois mois, luxation ovalaire, presque générale avec flexion si grande du membre que lorsque le malade était assis, le genou touchait presque le menton. La fracture du fémur se fit à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen dans un mouvement de rotation imprimé au membre. La cuisse fut placée dans l'immobilisation, le résultat fut excellent.

M. Bouilly conclut ainsi : 1° pour le fémur, faire d'emblée l'ostéotomie de préférence à l'arthrotomie dès que la luxation est un peu ancienne ; 2° pour le coude, tenter la réduction avec un outillage perfectionné et les aides compétents avant toute résection.

M. TRÉLAT rappelle que pour la luxation du coude, on connaît plusieurs exemples de réduction obtenus même au bout d'un an. Au mois de novembre 1885, il a obtenu ainsi une réduction analogue à celle de M. Bouilly, chez une femme dont la luxation datait de huit à dix mois.

M. VERNEUIL cite le fait d'un vieillard ayant une luxation sus-pubienne de la hanche, et chez lequel les tentatives de réduction déterminèrent une fracture du col du fémur; le membre put être placé aussitôt dans une bonne attitude. Cet homme entra plus tard à Bicêtre où il vécut pendant longtemps.

M. RECLUS dit que les luxations du coude chez l'enfant ne sont pas d'un pronostic aussi grave qu'on pourrait le croire. Il a eu l'occasion de voir, dans les Pyrénées, un jeune homme de dix-sept ans ayant une luxation du coude en arrière et en dedans datant de deux mois. M. Trélat, alors à Cauterets, fit en vain quelques tentatives de réduction. L'année suivante M. Reclus revit ce malade, il y avait déjà une amélioration très grande; cette année en examinant de nouveau cet individu on ne croirait plus qu'il a eu une luxation du coude.

M. OLLIER (de Lyon). Les résections ont été appliquées à diverses régions au coude, au cou-de-pied par exemple, mais elles sont très rares à l'épaule. En France nous n'avons guère que le fait de M. Thomas (de Tours); par contre, dans ces dernières années, on comptait cinq cas. En somme, la question est encore neuve.

Mais pourquoi est-elle aussi rarement appliquée pour l'épaule? Parce que le plus souvent les luxations de cette région peuvent être réduites, ou bien si la réduction n'est pas obtenue on laisse tranquille le membre qui peut encore servir un peu; enfin par crainte des accidents pouvant s'ensuivre.

M. Bouilly vient de rapporter des cas de luxation du coude des plus bénins avec récupérement d'un bon fonctionnement du membre. Il ne faut donc pas trop généraliser la résection du coude.

Quant à l'épaule, M. Ollier cite l'observation suivante :

Un homme de vingt-huit ans fait une chute de cheval, a une luxation intra-coracoïdienne complète de l'épaule assez élevée; il ne reçoit d'autres soins que ceux d'un rebouteur, et ne se décide que six mois plus tard à venir à l'hôpital, souffrant encore un peu de sa pseudarthrose. M. Ollier fait quelques tentatives de réduction, lesquelles paraissent couronnées d'un demi-succès, mais la luxation tend à se reproduire, et avec elle les douleurs reparaissent. Or cet homme, dans l'impossibilité de continuer son métier de bourrelier, demande à être opéré. Avant d'en arriver à la résection qu'il désire éviter, M. Ollier cherche à se rendre compte des adhérences, fait d'emblée une incision anté-deltoïdienne, puis sectionne tous les obstacles qu'il rencontre, mais il ne peut néanmoins faire rentrer la tête dans la cavité glénoïde, bien qu'il l'ait sous les yeux. D'ailleurs ces mêmes insuccès arrivent quelquefois dans le cas de luxation récente. Il y a donc, en réalité, des circonstances qu'on ne peut prévoir *à priori* dans les luxations irréductibles (adhérences, arrachement des tissus qui forment ensuite des obstacles cicatriciels). C'est ce qui est arrivé à M. Thomas, qui éprouva également de grandes difficultés à faire rentrer la tête.

Bref, M. Ollier, chez son malade, est obligé de réséquer 3 millimètres de la tête de l'humérus; la capsule était tassée sous forme de ménisque dans la cavité glénoïde, et force aussi est de la tailler, de façon à reconstituer le manchon capsulaire.

Malgré ces divers temps opératoires, la réduction est encore empêchée à cause de la rétraction lente des muscles, qui s'était produite depuis le début de la luxation. C'est là, soit dit en passant, un point important auquel on doit toujours songer. Enfin, la tête humérale présentait un sillon profond dans lequel s'enfonçait l'apophyse coracoïde.

La résection terminée, le membre est placé dans l'adduction, le coude en avant de la poitrine, pendant deux mois. Malheureusement, dès que quelques mouvements commencèrent à être possibles, survint un rhumatisme. Cependant, malgré cette complication, les résultats ont été bons, et dès avant cinq mois, le malade pouvait faire des mouvements d'abduction, d'élévation et de rotation en dedans, ainsi qu'en dehors et en avant.

Il y a donc, en résumé, dans les luxations de l'épaule, en dedans, une rétraction fatale des muscles, que l'on n'arrive à surmonter qu'avec une grande patience, mais que l'on parvient à surmonter quand même, surtout si l'on apporte tous ses soins à la reconstitution de l'articulation scapulo-humérale...

Rien n'est si variable que les luxations de l'épaule, et on peut les diviser dans les trois groupes suivants : 1° celles où la tête est sensible en avant; 2° celles où elle est sensible sous l'aisselle; 3° enfin, celles qui sont sensibles en arrière. M. Ollier conseille de ne jamais opérer dans les deux premiers cas, mais seulement dans le troisième.

Laugenbeck a, le premier, fait une résection de l'épaule par l'aisselle, dans un cas de luxation sous-glénoïdienne; la guérison a été obtenue, mais il faut avouer que l'on ne sait pas ce que l'on fait. Wolkmann et Curter l'ont imité, mais ils ont éprouvé de très grandes difficultés, et l'opération a entraîné de très grands désordres. Aussi, vaut-il mieux employer le procédé habituel, l'incision antéro-interne, sauf dans quelques cas exceptionnels, en ayant soin de conserver intacte l'innervation du deltoïde.

M. DOYEN (de Reims) rapporte le fait d'une jeune fille de treize ans présentant une luxation du coude gauche en arrière et en dehors, qui fut prise tout d'abord par le médecin appelé à la soigner pour une contusion. Ce n'est que cinq semaines après l'accident qu'il la voit et commence quelques tentatives de réduction; elles sont infructueuses. D'autres tentatives sont faites au quatrième mois, même insuccès. Bref, M. Doyen est obligé de pratiquer une opération d'arthrotomie qui ne dure pas moins de trente minutes et dont M. Decès, dans la communication suivante, donne une description détaillée : pansement à l'iodoforme et au sublimé, immobilisation du coude, pansement levé au bout de seize jours; premiers mouvements essayés, sous le chloroforme, au vingtième jour, électrisation des muscles; aujourd'hui, mouvements très faciles, sans frottement, mais seulement un peu moins complets qu'à l'état normal.

M. Doyen cite deux autres cas de luxation méconnue, l'un chez un homme de vingt-sept ans, l'autre chez un sujet de quarante-deux ans, où le tissu fibreux unissant les extrémités osseuses disjointes se moulait exactement sur elles.

M. DECÈS (de Reims) ajoute à la communication de M. Doyen deux faits d'arthrotomie par le procédé imaginé par son confrère de Reims, qui rend de très grands services dans les luxations irréductibles et est sans danger.

Le premier se rapporte à un homme de quarante-deux ans entré à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 18 octobre 1885, pour une luxation postérieure du coude droit méconnue et datant de trois mois. Après quelques tentatives infructueuses de réduction, l'arthrotomie fut pratiquée par le procédé de M. Doyen : Après avoir placé la bande d'Esmarch, incision transversale de l'épitrochlée à l'épicondyle, incision verticale, perpendiculaire à la première, sur la partie moyenne du triceps, isolement du nerf cubital, section oblique de bas en haut et de dedans en dehors, section du triceps, des ligaments, nettoyage de la cavité articulaire en ménageant les cartilages, réduction de la luxation, suture au catgut des ligaments latéraux et du tendon du triceps, drain, réunion de la plaie, appareil plâtré pendant quinze jours ou trois semaines. — La plaie guérit, pour ainsi dire, sans suppuration.

Le second cas remonte au 18 juin dernier; il s'agit d'un homme de 28 ans; même luxation que dans le cas précédent datant de six semaines; tentatives de réduction sans résultat, même opération que ci-dessus, nul incident, guérison de la plaie opératoire en trois semaines. Au mois de septembre dernier, le malade pouvait se servir de son bras, l'état était très satisfaisant.

Conclusion : 1° Le procédé de M. Doyen est le meilleur, il est sans danger et M. Decès le recommande vivement; 2° Il doit être appliqué chaque fois que les tentatives de réduction échouent.

M. TRIPIER (de Lyon) a eu l'occasion de traiter récemment,

par une opération sanglante, deux cas de luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus.

Le premier peut être considéré comme un fait unique : un homme tombe d'une hauteur de 2 mètres; deux jours après il entre à l'hôpital avec un gonflement tel que, s'il est facile de reconnaître l'existence d'une fracture de l'humérus, il est, par contre, impossible de diagnostiquer une luxation. Quoi qu'il en soit, le membre est placé dans la gouttière de Bonnet, et ce n'est que dix jours plus tard qu'il est possible de constater une luxation sous-coracoïdienne complète. Après des tentatives répétées plusieurs jours de suite sans succès, une intervention opératoire sous le chloroforme est décidée, d'autant plus qu'il existe des troubles vasculaires. M. Tripier incise la partie antérieure de l'aisselle entre le deltoïde et le grand pectoral, la capsule est intacte; on arrive sur la tête humérale, impossibilité de la réduire par suite de la présence de fragments osseux entre la cavité glénoïde et la tête de l'humérus. Ne pouvant parvenir à les extraire, M. Tripier enlève la tête de l'os. Suites opératoires très bonnes, guérison.

Dans le second cas, il s'agit d'un individu qui est renversé et peut-être piétiné par un cheval emporté. Vaste ecchymose sur la poitrine, sans fractures de côtes. Le médecin appelé quatre heures après l'accident constate un refroidissement du membre, fait appliquer des compresses d'eau blanche et mettre le bras en écharpe. Ce n'est que quatre jours plus tard qu'il diagnostique une luxation avec fracture et cherche en vain à obtenir la réduction. Deux jours après on aperçoit des phlyctèmes sur le bras et l'avant-bras, et lorsque le malade arrive à l'hôpital, il y a de la gangrène. Est-elle due à l'attrition de la main et de l'avant-bras dans le traumatisme ou bien à l'état athéromateux du malade ou au diabète invétéré dont il est atteint? Il n'est pas possible de se prononcer. Néanmoins le lendemain M. Tripier fait la désarticulation de l'épaule. Le soir de l'opération, légère rémission, mais le lendemain phénomènes graves et mort dans la nuit.

M. Tripier insiste sur les troubles vasculaires et sur les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale.

M. SEVEREANO (de Bucharest) fait une communication sur trois cas de luxations traumatiques, irréductibles de la hanche et du pied.

Les trois cas de luxation ont ceci de curieux qu'ils sont des variétés rares : l'un est une luxation double de l'épaule, c'est-à-dire une luxation des deux épaules; le second, une luxation en bas de l'épaule; le troisième, plus rare encore, puisque l'on n'en connaît guère que deux ou trois cas dans la science, est une luxation sus-coracoïdienne.

Les deux cas de résection sont : 1° une résection de l'extrémité inférieure des os de la jambe pour une luxation en avant très ancienne, très prononcée, avec déformation du cou-de-pied. Elle fut suivie de guérison; 2° une résection du fémur chez une femme de trente et quelques années, prise dans un éboulement et ayant, par suite, une luxation en arrière de la hanche. La réduction est tentée quatre jours plus tard avec des moufles sous une traction équivalant au poids énorme de 400 kilogrammes; résultat négatif. Alors incision des téguments sur la tête du fémur parallèlement aux fibres du grand fessier, la capsule fendue en bas est tordue sur son axe, la tête fémorale est dans la fosse ischio-iliaque, réduction impossible. Incision de la capsule sur la tête, nouvelles tractions, impossibilité de faire pénétrer la tête dans la cavité cotyloïde. Alors à l'aide d'une scie M. Severeano décapite le fémur; immédiatement le membre peut être placé dans la position rectiligne; sutures, drain, pansement antiseptique, appareil plâtré, cicatrisation en trente jours. La femme part immédiatement après, de sorte que l'observation en reste là, forcément incomplète.

M. Severeano appelle l'attention sur la difficulté, dans certains cas, d'appliquer les moufles, sur la rupture de la courroie de cuir qu'il propose de remplacer par des pentes de coton qui offrent une toute autre résistance et ne risquent pas de se rompre, et dont l'application est sans danger.

M. OLLIER. La résection fémorale est *a priori* l'opération qui répond le mieux aux indications et le mieux aussi permet d'obtenir le redressement.

M. MAYDL (de Vienne) adresse, sur le traitement opératoire des luxations irréductibles, un mémoire dont M. Pozzi, en son absence, donne lecture, et dont les conclusions sont que :

1° Dans les luxations anciennes du coude, il n'y a pas de règle générale dans le choix des incisions pour l'arthrotomie.

2° Comme procédé opératoire, l'auteur s'est contenté de l'arthrotomie simple sans résection, comme étant une méthode plus conservatrice.

3° Ne pas réunir la plaie mais la laisser béante quoique, en général, M. Maydl soit partisan de la réunion par première intention; tout pansement antiseptique est bon, à la condition de ne pas le changer souvent, mais seulement tous les sept ou huit jours.

Séance du 23 octobre 1886 (soir). — Présidence de M. OLLIER.

COMMUNICATIONS

Plaie de l'intestin. — M. AUBERT (de Mâcon) communique l'observation d'un jeune homme qui s'était véritablement empalé en tombant à califourchon sur un long morceau de bois qui avait pénétré dans le rectum et déchiré l'intestin. Une portion de ce morceau de bois était restée dans le rectum. Elle fut extraite; on produisit de la constipation pendant plusieurs jours à l'aide de l'opium; la plaie intestinale se cicatrisa, et quatorze jours après le blessé était complètement guéri.

Étranglement interne. — M. AUBERT communique une autre observation relative à un cas d'étranglement interne persistant après réduction d'une hernie intestinale. Il pratiqua la laparotomie qui fut suivie de guérison.

Influence de l'albuminurie sur les opérations chirurgicales. — M. DUMÉNIL (de Rouen) communique l'observation d'un homme qui avait eu deux ans auparavant l'articulation du genou largement ouverte. Il avait guéri avec ankylose du genou et ostéite du fémur. Il souffrait et était atteint de fistules continuelles. Il entre à l'hôpital pour se faire amputer. M. Duménil fit examiner les urines et constata une quantité considérable d'albumine. Le malade ne put supporter le régime lacté. L'acide gallique, les révulsifs, diminuèrent l'albumine et la polyurie. L'état général étant amélioré, M. Duménil se décida à agir. Il fit l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire; la réunion primitive fut obtenue. Le malade était complètement guéri peu de temps après. L'albuminurie avait graduellement diminué après l'opération. Les cas de succès opératoires chez les albuminuriques sont assez rares.

Cette observation montre que l'albuminurie, même lorsqu'elle est la conséquence d'une affection rénale, n'est pas toujours une contre-indication opératoire, que même dans certains cas elle se trouve considérablement améliorée par le fait même de l'opération, en particulier dans les cas où elle coïncide avec une affection osseuse justiciable d'une opération.

Avantages de la dilatation dans le traitement curatif du cancer. — M. VULLIET (de Genève) fait une communication sur ce sujet. Il a appliqué son procédé de dilatation (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 960) au traitement curatif et palliatif du cancer. Il en a obtenu les avantages suivants : pouvoir constater *de visu* les lésions, pouvoir plus facilement les attaquer, mieux surveiller les menaces de récidives. Il résulte de ses constatations que le cancer s'étend toujours beaucoup plus qu'on le croit du côté du corps utérin. On peut donc tirer de ces constatations de précieux renseignements pour l'intervention chirurgicale. Au point de vue curatif M. Vulliet emploie le grattage, la cautérisation ignée et la cautérisation chimique. Il poursuit ainsi à l'aide de ces agents toutes les parties en voie de repullulation. Il fait des pansements surtout avec l'iodoforme; il a obtenu ainsi de très bons résultats. Il conclut que le cancer utérin est, dans certaines conditions, une affection cicatrisable.

Lithotritie. — M. Bazy (de Paris) fait une communication sur les limites de la lithotritie dans le traitement des calculs vésicaux. Voici le résumé de cette communication :

1° La lithotritie est la méthode de choix dans le traitement des calculs vésicaux. La taille est la méthode de nécessité.

2° Les contre-indications à la lithotritie sont tirées, non comme on le disait autrefois, de l'état des reins, mais plutôt de l'état de la vessie, du volume et de la dureté de la pierre.

3° L'asepsie des voies urinaires peut être assurée aussi bien par la lithotritie que par la taille, et le traumatisme peut être réduit au minimum par la lithotritie.

4° Pour que la lithotritie, dans les cas douteux, conserve sa supériorité, il est nécessaire, le plus souvent, sinon toujours, que la pierre soit évacuée en une seule séance.

5° Quand la vessie est depuis longtemps atteinte d'inflammation et qu'il sera nécessaire d'assurer un rapide écoulement aux produits de sécrétion, la pierre étant d'ailleurs volumineuse, la taille pourra être supérieure à la lithotritie.

6° Dans tous les autres cas, les limites de la lithotritie seront marquées par l'habitude de l'opérateur, la puissance des instruments, et aussi la résistance de l'opérateur à la fatigue.

M. Bazy fait suivre cette communication de l'observation d'un malade chez lequel il a broyé un calcul de 100 grammes avec un plein succès, le malade ayant pu se lever quatre jours après la lithotritie.

Traitement du prolapsus utérin. — M. Marchand fait une communication ayant pour objet d'appeler l'attention sur une opération de colpopérinéorrhaphie postérieure dont le but est la guérison du prolapsus utérin.

Peu pratiquée en France jusqu'à ce jour, dit-il (tout au moins les observations en sont-elles très rares dans notre pays), j'ai dû y avoir recours douze fois déjà depuis 1882.

Les résultats que j'ai obtenus m'ont semblé très satisfaisants ; mais d'autre part j'ai pu me convaincre sur quelques malades que ces résultats sont durables. L'opération qui nous occupe a pour but : de rétrécir et de fixer la paroi postérieure du vagin, d'augmenter très notablement la puissance du périnée ano-vulvaire et de rétrécir l'orifice vulvaire.

Aucun chirurgien n'hésite plus aujourd'hui à intervenir contre le prolapsus utérin, quand les moyens de contention sont devenus insuffisants ou ne peuvent plus être supportés. On a encore eu recours dans certaines circonstances à l'extirpation de l'organe prolabé, ce qui doit à mon sens être considéré comme une ultima ratio qu'il faut éviter à tout prix.

Il reste démontré pour ces *mesures d'exception* que le prolapsus utérin est une infirmité bien pénible, et que les divers moyens proposés pour la cure échouent parfois.

Pour mieux saisir le mode d'action de la colpopérinéorrhaphie, voyons rapidement quelles sont les conditions qui rendent possible la chute de l'utérus, conditions qui constituent autant d'éléments contre lesquels sont dirigés les divers temps de l'action chirurgicale.

Ces conditions tiennent, les unes à l'utérus lui-même, les autres, aux divers ligaments et organes qui assurent son maintien en situation convenable.

L'utérus peut exercer une traction exagérée sur les ligaments par suite de l'augmentation de son poids ou de changements survenus dans sa conformation.

Les hypertrophies totales, les tumeurs diverses développées dans sa cavité ou son parenchyme, et mieux l'accroissement excessif de quelques-unes de ses parties constituantes (hypertrophie sous et sus-vaginale du col), telles sont les modifications que l'on observe le plus souvent.

Je ne m'arrêterai point longtemps à rechercher si l'hypertrophie sus-vaginale est primitive, et comme telle agent direct du prolapsus du vagin, ou si elle est secondaire et causée plutôt par ce dernier.

Toujours est-il que cette affection, lorsqu'elle existe, constitue un élément important de l'abaissement utérin, et qu'il y a tellement à compter avec elle, que dans quelques cas il suffit de la faire disparaître pour que l'utérus reprenne et conserve sa situation. Ajoutons que l'amputation du col est loin d'être toujours efficace, et qu'elle n'agit bien souvent que comme temps préparatoire de l'opération qui doit amener la contention.

Les ligaments intra-pelviens, notamment les replis utéro-sacrés sont relâchés et distendus.

Le vagin est flasque, sans aucune tonicité. Les parois se prolabant viennent former un bourrelet qui arrive à la vulve et la dépasse. Elles semblent avoir perdu leurs connexions avec les organes qui les fixent. Ce déplacement des parois du vagin peut porter sur toute la circonférence de l'organe ou affecter plus spécialement la paroi antérieure et non la paroi postérieure (*cystocèle, rectocèle*). Non seulement le vagin perd son rôle de soutien actif de l'utérus, mais encore le déplacement de ses parois amène une action attractive sur lui.

En d'autres termes, pour quelques pathologistes, le déplacement utérin ne serait que secondaire ; il serait toujours précédé par les états du vagin que je viens de signaler. Enfin, la vulve est toujours très élargie, béante même. Les appareils musculaires disposés autour de l'orifice vulvaire sont forcés depuis longtemps, et l'utérus, arrivé à ce niveau, franchit sans difficulté ce rétrécissement naturel.

Ajoutons que la fourchette présente souvent des cicatrices, traces des déchirures dont elle a été le siège, et que le périnée, parfois partiellement déchiré, est toujours très court et sans résistance.

L'action chirurgicale a peu de prise sur les ligaments pelviens. On a appliqué dans ces derniers temps le raccourcissement des ligaments ronds à la cure du prolapsus sans en obtenir de résultats bien marqués, puisque l'on a dû recourir quand même à la colpopérinéorrhaphie. C'est le vagin, le périnée et la vulve qui, bien plus accessibles à nos moyens d'action, ont été de préférence le siège des tentatives opératoires.

Les indications qui se posent sont, en résumé :

1° De rétrécir le vagin et de le fixer à nouveau en provoquant des adhérences avec les tissus qui l'entourent ;

2° D'augmenter l'épaisseur du périnée et d'amener un certain rétrécissement de la vulve.

Il n'entre pas dans mon programme de refaire l'histoire de toutes les méthodes et procédés dont on s'est servi pour amener le rétrécissement du vagin et celui de la vulve. Je veux pourtant insister sur ce fait, que l'action chirurgicale exercée isolément sur le vagin et la vulve est sans efficacité réelle. Il y a longtemps déjà que ce fait avait été reconnu, et dès 1850, dans un travail important, Löwe (de Locknitz) avait établi que la combinaison des deux opérations était indispensable. Les divers procédés de Bokes-Brown, de Malgaigne, de Kirchler, doivent leur supériorité sur celui de Tricke, en ce qu'ils intéressent plus ou moins profondément l'orifice vulvaire du vagin et même sa cavité.

C'est en 1868 que Simon pratiqua, ou mieux, rendit compte des deux opérations qui ont été le point de départ de sa méthode. L'opération a subi des perfectionnements importants de la part de Negier ; aussi est-elle connue couramment sous le nom de Simon-Negier.

C'est à la formule de ce chirurgien que je me suis rallié, et c'est son procédé que j'ai suivi dans ses plus minutieux détails, lors de mes premières opérations.

Comme on ne peut accumuler trop d'obstacles sur le trajet suivi par la matrice dans son déplacement vers la vulve, j'ai fait précéder la colporrhaphie, dans des cas, d'un cloisonnement transversal du vagin à peu de distance du col, c'est-à-dire sur cette partie de l'organe qui, peu accessible à notre action, n'est point intéressée dans le procédé de Negier.

Comme cet auteur le conseille, chaque fois que cela a été nécessaire, j'ai corrigé la longueur excessive du col, ainsi que la cystocèle, par deux opérations préliminaires.

Je dois dire en passant que c'est l'insuccès sur une première

malade, de ces deux actes opératoires, qui appela mon attention sur le procédé du chirurgien de Fribourg.

J'ai dû ainsi, sur mes douze cas, pratiquer deux fois l'opération de Huguier, et quatre fois la colporrhaphie antérieure.

J'ai tenté trois fois le cloisonnement transversal profond du vagin et n'ai réussi à l'obtenir que dans deux cas.

La colpopérinéorrhaphie n'est pas d'une exécution bien difficile. La dissection du lambeau triangulaire en constitue le temps le plus pénible. Il est indispensable d'user de ménagements vers la partie postérieure, car, à ce niveau, la minceur du vagin est souvent excessive. Il ne m'est point arrivé d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas; une fois, pourtant, je l'ai dénudé et la séreuse faisait hernie dans une petite étendue, où elle constituait le col de l'avivement. La blessure du rectum est moins à redouter; la cloison recto-vaginale a une épaisseur suffisante pour se défendre même contre un bistouri manié sans précaution.

L'adhérence de la muqueuse vaginale est très forte au niveau de l'orifice inférieur de l'organe; c'est cette partie dont la dissection est le plus difficile.

Il importe beaucoup que l'instrument n'entame point trop profondément les tissus, car on augmenterait sensiblement la perte de sang, qui est toujours notable et fort gênante.

Cette hémorrhagie est surtout veineuse; elle provient parfois de vaisseaux assez gros pour qu'on doive conseiller les pinces. Je n'ai que rarement intéressé des artères de quelque volume.

La suture suffit, du reste, à arrêter toute perte de sang. Dans un seul cas, un suintement persista pendant les premières vingt-quatre heures qui suivirent l'opération; mais il ne fut pas assez considérable pour que l'on crût devoir détruire la suture. Malgré mes craintes, la réunion ne fut pas entravée par cet incident.

J'ai toujours pincé les artères profondes de façon à les cacher complètement sous le col cruenté. Je pense que cette précaution est fort importante et que c'est elle qui amène la réunion indispensable au succès opératoire, et qui, très heureusement, ne fait presque jamais défaut.

Sur mes douze opérations, je n'ai pas eu un seul insuccès complet de suture, ni vaginale, ni périnéale. Quelques points ont pu céder, sans jamais compromettre absolument le résultat définitif. Les sutures profondes sont soutenues par des points superficiels en crin de Florence, dont le nombre est indéterminé, mais qui doivent assurer une juxtaposition parfaite des bords de la plaie. J'ai fait l'observation, à la suite de mes premières opérations, que, lorsqu'il existait un certain degré de cystocèle, pas assez avancé pourtant pour que je crusse devoir intervenir contre lui par une opération particulière, la paroi antérieure du vagin, dans les divers efforts auxquels se livraient les malades, descendait et se concentrait dans la vulve rétrécie. Pour assurer une contention plus parfaite de la paroi vaginale, je provoquai un rétrécissement de la vulve, plus considérable que ne le produisait la simple colporrhaphie.

Je combinai une véritable épiciorrhaphie avec l'opération principale, en faisant partir des extrémités latérales du triangle primitif un avivement qui remontait sur la face interne des grandes lèvres jusqu'à la base des petites lèvres que j'intéressais si cela était nécessaire. Je remontais ainsi de 2 1/2 à 3 centimètres et avivais dans une largeur de 1/2 centimètre.

La suture périnéale achevée, je réunissais l'espace ainsi dénudé au moyen d'une double suture : une profonde enchevillée; l'autre superficielle à points séparés, exécutée avec le crin de Florence.

J'obtiens ainsi une sangle cicatricielle qui soutient très bien la paroi antérieure du vagin et doit certainement prévenir sa déformation ultérieure.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes mes opérations ont été pratiquées avec l'aide d'une rigoureuse antisepsie. Les surfaces avivées sont lavées soigneusement avec une solution de sublimé à 1 millième avant l'application des sutures. Puis celles-ci sont largement saupoudrées d'iodoforme et la vulve recouverte du pansement de Lister dont on renouvelle les pièces profondes à chaque miction.

Les malades ont été presque toutes sondées du reste pendant les trois premiers jours, en même temps que de faibles doses d'opium provoquaient la constipation.

Je ne faisais pratiquer des injections vaginales antiseptiques qu'à partir du troisième au quatrième jour, à moins que quelque suintement vulvaire ne vînt m'engager à le faire plus tôt.

Pour l'enlèvement des fils, je me suis conformé aux règles données par Negier. Les sutures périnéales sont enlevées du septième au huitième jour; les vaginales sont laissées en place pendant trois ou quatre semaines.

Je n'ai eu, sur mes douze opérées, qu'une seule complication un peu sérieuse. Il s'agit d'un érysipèle ambulant qui, partant de la vulve, parcourut les membre sinférieurs et finit par s'éteindre. La réunion ne fut pas entravée par le fait et la malade sortit parfaitement guérie de son prolapsus.

Mes malades étaient dans d'excellentes conditions après l'opération, au point de vue de la contention de l'utérus. Sous l'influence des efforts après la marche ou une station verticale prolongée, l'utérus restait profondément caché. Seule la paroi antérieure du vagin a une tendance à s'abaisser et presse sur le doigt explorateur; aussi je me propose dorénavant de pratiquer toujours l'épiciorrhaphie, qui me semble le meilleur soutien de cette partie.

Je n'ai pu revoir malheureusement que deux de mes malades. Une d'elles est ma seconde opérée. Sa guérison date maintenant de quatre ans. Elle est en parfait état et comme au lendemain de son opération.

Chez la seconde, la contention de l'utérus est aussi parfaite, mais la cystocèle a augmenté et vient faire saillie à la vulve pendant l'effort.

Cette malade n'avait pas subi l'épiciorrhaphie, et elle avait, au moment où je l'opérai, un degré de cystocèle que je corrigerais aujourd'hui.

En résumé, je pense que la colpopérinéorrhaphie est appelée à donner des succès plus durables que ceux obtenus jusqu'à ce jour.

Elle seule, par l'épaississement du périnée, transforme la paroi postérieure vulvo-vaginale en un double plan incliné en sens inverse, dans l'angle de réunion desquels vient s'échapper l'utérus dans les divers efforts qui tendent à l'abaisser.

La gravité de cette opération, malgré les assertions contraires de Schneider, serait très peu considérable, puisque, sur 160 opérées, Negier n'en perdit que 2 de complications septicémiques.

Résection de la hanche dans les luxations congénitales. — M. VINCENT (de Lyon) communique une note sur la résection de la hanche dans les luxations congénitales articulaires.

M. Vincent distingue les luxations doubles des luxations simples justiciables du corset orthopédique. Les luxations doubles avec effacement des saillies trochantériennes peuvent être traitées par la résection. M. Vincent pratique la résection selon le procédé de M. Ollier. Il a fait construire un appareil orthopédique destiné à maintenir la hanche réséquée. Il conclut que le corset orthopédique doit rester le traitement classique de la luxation simple. La résection orthopédique doit être réservée aux cas de luxation double avec effacement des saillies trochantériennes. Elle doit être pratiquée d'un seul côté.

M. PONCET rapproche de ce fait l'observation d'un malade qui était atteint d'une fracture de la rotule, chez lequel il fit une arthrotomie et obtint une ankylose fibreuse qui lui permit de reprendre son métier.

Catarrhe du sinus maxillaire; son traitement.—M. COMBE (Anthelme) lit un travail dont voici résumées les principales conclusions :

Le seul traitement du catarrhe du sinus consiste dans la trépanation de la cavité, l'installation d'un tube de drainage à faible diamètre et l'application de poudres antiseptiques précédée de lavages. Les injections pratiquées par les fosses nasales sont sans aucune espèce d'action sur le catarrhe du sinus. Un catarrhe dont l'apparition des premiers symptômes ne remonte pas à plus de huit jours, guérit en une semaine. Si le malade n'est soumis au traitement qu'après deux mois d'accidents, il faudra compter sur

le même délai de deux mois pour obtenir la guérison. Si le traitement n'est entrepris que six mois après les premières manifestations la guérison ne s'obtient que très rarement et le malade est condamné presque toujours à vivre avec un tube de drainage.

Les erreurs de diagnostic des malades et des médecins expliquent le retard qui est apporté parfois à l'intervention chirurgicale. On dirige pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, un traitement contre un catarrhe de la muqueuse pituitaire. L'erreur n'est pas toujours grossière, le diagnostic est parfois délicat. L'auteur cite plusieurs cas diagnostiqués « catarrhe du sinus » par des maîtres, qui, à l'opération, ne donnèrent lieu à aucun écoulement par la voie de trépanation. Les malades pusillanimes reculent quelquefois longtemps devant cette petite opération, reprenant espoir à la moindre diminution dans l'écoulement qui est variable de quantité surtout chez la femme. Exemple : Une femme prévenue depuis huit mois ne se laisse opérer qu'au bout du neuvième mois des accidents, après avoir consulté dix-sept médecins. Le docteur Combe estime que dans certains ulcères rebelles des cornets du nez, on retire de grands avantages des injections pratiquées par le sinus trépané.

Traitement. Ouverture du sinus. Injections avec glycérine phéniquée. Insufflations de poudre d'iodol. L'odeur de « poisson pourri » n'est plus perçue par le malade dès le second jour. Au quatrième jour les matières entraînées n'ont plus d'odeur, au huitième les injections ressortent nettes.

Danger de la morphine dans l'étranglement herniaire. — M. ROUTIER communique deux observations d'étranglement herniaire, l'une opérée de bonne heure, guérie en très peu de temps ; l'autre opérée le cinquième jour de l'étranglement, après de nombreuses piqûres de morphine et plusieurs tentatives de taxis, et qui a rapidement succombé. Dans ce dernier cas, il dut réséquer 75 centimètres d'intestin.

M. Routier combat les publications de Valkus, de Philippe, de Fleury, tendant à préconiser les injections de morphine dans le traitement des étranglements. Il persiste à croire que ce traitement constitue un danger, en retardant l'intervention chirurgicale précoce.

Un nouveau pansement. — M. REDON fait une communication sur l'emploi de la tourbe comme pansement. Il cite les nombreux auteurs étrangers qui l'emploient, les avantages sont une porosité remarquable, sa grande capacité d'absorption, ses propriétés antiseptiques, la facilité de sa préparation, etc.

M. Redon en montre plusieurs échantillons.

Traitement médical des fibrômes utérins. — M. APOSTOLI fait une communication dont voici le résumé :

Il vient compléter le premier mémoire qu'il a publié en 1884 sur son traitement électrique des fibrômes utérins et confirmer les résultats cliniques qui sont le fruit d'une longue expérience. — En créant son traitement, il a substitué aux anciennes méthodes, empiriques et le plus souvent inefficaces, une thérapeutique nouvelle, rationnelle, précise et tolérable :

Nouvelle, par l'application d'un courant continu, toujours constant et progressivement intense, à une dose, inconnue médicalement jusqu'à lui, qui varie de 100 à 250 milliampères;

Rationnelle, en localisant l'intervention, qui, auparavant, était vaginale, ou tout entière extérieure, soit sur la muqueuse utérine, presque toujours malade, soit dans le parenchyme même, grâce à une ponction préalable lorsque le col est inaccessible ou imperméable, et en créant ainsi, dans les deux cas, un exutoire et un foyer de dérivation salutaire;

Précise, d'abord en opposant aux anciens procédés, aveugles et sans mesure ou graduation, une posologie exacte, mathématiquement comparable toujours à elle-même, grâce aux nouveaux galvanomètres d'intensité; — et puis en produisant une eschare intra-utérine qui unit, à son action chimique, variable suivant qu'elle sera positive (fibrômes hémorrhagiques) ou négative (dans les autres cas), une action atrophique des plus manifestes, qui est fonction de l'intensité du courant dépensé ;

Tolérable, en cautérisant l'utérus à doses progressives et réfractées et en permettant à la malade de supporter facilement, sans trop de douleur, ni menace d'eschare à la peau, un courant intolérable sans cela, grâce à la terre glaise qui rend le pôle cutané indifférent.

En présence de l'impuissance presque absolue de la thérapeutique purement médicale et de la mortalité toujours considérable (de 40 à 50 pour 100) de l'hystérectomie abdominale, ainsi que des dangers et des difficultés liées à toute autre intervention chirurgicale, le docteur Apostoli propose une méthode simple, inoffensive et le plus souvent souveraine : 1° L'intervention est en effet facile et se résume dans une bonne hystérométrie thérapeutique qui est à la portée de tout médecin muni : d'un appareil mesureur de courant (un bon galvanomètre d'intensité); d'une pile quelconque qui donne beaucoup de débit; d'un électrode inattaquable en platine; et d'un gâteau de terre glaise suffisamment ramollie; — 2° Cette opération, faite avec toute l'antisepsie possible et tout le repos convenable, est inoffensive, car sur plus de trois mille galvano-caustiques intra-utérines, réparties sur deux cents malades, qui ont subi un traitement plus ou moins complet, il n'a observé que de très rares accidents, imputables à l'inexpérience seule du début et à des fautes opératoires que la pratique a corrigées; — 3° Bien appliquée et assez longtemps continuée (de trois à neuf mois en moyenne) cette méthode est le plus souvent souveraine et conduit 95 fois sur 100 aux résultats suivants : régression anatomique du fibrôme variant du 1/5 au 1/3 et quelquefois même au 1/2, mais jamais disparition totale, arrêt durable des hémorrhagies, disparition des phénomènes de compression et restauration symptomatique de la malade.

Les très rares insuccès (de 3 à 5 pour 100) observés s'adressent tous à des fibrômes ascitiques. — La médication perd aussi une partie de son influence dans les tumeurs fibro-kystiques et lorsque les complications d'inflammation périphérique ou de diathèse hystérique grave gênent et entravent l'emploi de hautes intensités. — La cautérisation galvano-chimique intra-utérine est compatible avec une grossesse ultérieure.

La lanoline et l'absorption cutanée. — M. AUBERT (de Lyon) a fait une série d'expériences qui montrent que la lanoline retarde l'absorption cutanée, adhère intimement à la peau; dans ces conditions, unie à une substance antiseptique, elle peut rendre des services au chirurgien.

Mégaloscopie. — M. BOISSEAU DU ROCHER présente un mégaloscope, instrument de son invention, destiné à explorer les cavités profondes : la vessie, l'intestin, l'estomac. Cet instrument permet d'observer la muqueuse de la vessie, par exemple, sur un champ de 29 centimètres. Il se monte sur différentes sondes de calibre et de courbure appropriées aux cavités à explorer. Il faut préalablement laver la muqueuse que l'on veut examiner.

Panaris tuberculeux. — M. PEYROT communique l'observation d'un malade atteint d'un panaris tuberculeux du médius droit. Ce malade était atteint de tuberculose pulmonaire. M. Peyrot fait l'amputation du doigt. Celui-ci, examiné histologiquement, présente les caractères de lésions tuberculeuses.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Balestrerie (de Genève) fait don au Congrès d'une somme de 1 000 francs qui devra être donnée à l'auteur du meilleur mémoire sur le traitement du tétanos, soit au prochain Congrès, soit dans deux ans. Cette somme, au cas où aucun travail ne paraîtrait mériter cette récompense, devra être donnée à l'Assistance publique.

ÉLECTION

M. Verneuil, vice-président, est élu président pour la prochaine session; M. Larrey, vice-président; MM. Picqué, Petit, Coudray et Casteix, secrétaires.

La prochaine session aura lieu à Paris en avril 1888.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 octobre 1886, M. le docteur Pozzi, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décrets en date du 15 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Jeannel.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bernard, Menville, Nègres, Sanyas, Gibert, Layrac, Chavanette, Raynier, François, Laurent, Sales, Berguin, Durieux, Roquette, Delbreil, Giscaro, Albespy et Cabanes.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Charles, Mondon, Joulia, Comère, Merlat, Forgas, Degans et Jély-Guinard.

— Par arrêté préfectoral en date du 20 octobre 1886, M. Barbier, chef de bureau à l'administration générale de l'Assistance publique, a été nommé secrétaire-général de cette administration, en remplacement de M. Brelet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. Dureau, bibliothécaire-adjoint à l'Académie de médecine, est nommé bibliothécaire à ladite Académie, en remplacement de M. Briau, décédé.

— Une exposition générale et internationale de la santé et de tout ce qui s'y rattache s'ouvrira à Lyon, le 15 décembre 1886, pour clore le 7 février 1887, sauf prolongation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brevard (de Lyon), Bouis, membre de l'Académie de médecine, Cuvelier (de Saint-Omer), Morel (de Rouques) et Nier (de Privas).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20180

N° 126. — JEUDI 28 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 28 OCTOBRE 1886. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance du 21 octobre, dont le Congrès de chirurgie ne nous a pas permis de rendre compte en son temps, a été tellement remplie de présentations, de rapports, de communications et lectures, et sur des sujets si divers, qu'il nous eût été presque impossible de nous arrêter sur aucun d'eux, bien que quelques-uns aient été d'un grand intérêt. Aussi nous sommes-nous proposé de revenir sur plusieurs d'entre eux, ce que nous faisons aujourd'hui même pour une communication de M. Javal. Nous reprendrons, pour les compléter ou en reproduire les points les plus importants, celle de M. Cornil relativement aux lavements gazeux dans la thérapeutique des maladies des organes respiratoires (1) et l'histoire de la petite malade présentée par MM. de Beurmann et Prengrueber, qui a subi avec succès l'opération de la pneumotomie pour une vaste caverne pulmonaire.

Dans la séance d'hier la discussion s'est engagée sur les nouvelles conclusions de la commission du vinage présentées en son nom par M. Rochard dans la séance précédente. C'est M. Riche qui a engagé le feu. Il a pris à partie uniquement la première conclusion qui ne diffère pas, comme on peut le voir, de celle du premier projet. Et il a mis en œuvre, non pas précisément pour la combattre dans son principe, mais pour atténuer dans l'application ce qu'elle lui a paru avoir de trop rigoureux et de trop absolu, non seulement sa compétence et sa connaissance spéciale du sujet, mais encore toutes les ressources d'une argumentation nette, claire, serrée, qui eût certainement fait hésiter un grand nombre de ses collègues s'il se fût agi de voter immédiatement.

Son opinion se résume en ceci :

Au lieu de nous opposer à la diffusion des vins, efforçons-nous de l'accroître parce qu'elle est en raison inverse de celle de l'absinthe et de l'eau-de-vie, et que le vin est consommé le plus ordinairement dans la maison, tandis que l'apéritif et la liqueur le sont presque exclusivement au cabaret et au café ; et jamais on ne sera trop sévère pour modérer l'usage de ces derniers.

(1) Voir, sur ce sujet, la note de M. Bergeon (*Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 761).

Aussi propose-t-il de substituer à l'article 1er des conclusions de la commission la rédaction suivante :

« L'alcoolisation ou vinage est une opération utile pour la conservation de certains vins, faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi, fort malheureusement et très fréquemment, à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable. Une modification de l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable à ce point de vue. »

La discussion sera continuée dans la séance prochaine.

Des rapports de prix, dont l'un lu en séance publique par M. Dujardin-Beaumetz, deux communications, l'une de M. le docteur Ehrman (de Mulhouse) sur l'emploi de la cocaïne dans les staphylorrhaphies partielles, et l'autre de M. le docteur Poncet (de Lyon) sur une ligature de l'iliaque interne, et une notice de M. Schustenberger sur M. Bouis, que l'Académie vient de perdre, ont complété cette séance, bien remplie, comme on le voit, ainsi que la précédente.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Diagnostic différentiel des syphilides papulo-squameuses et du psoriasis.

Ainsi que je vous le disais dans ma dernière leçon sur les nombreuses variétés des syphilides papulo-squameuses (1), le diagnostic de ces syphilides, dans la grande majorité des cas, — 18 ou 19 fois sur 20 — est facile, parce qu'il repose sur des caractères précis et des considérations décisives. Cependant, ajoutais-je, les choses ne sont pas toujours aussi simples, et, parfois, nous rencontrons des malades chez lesquels ce diagnostic est loin de s'imposer du premier coup, parfois même où il est à peu près impossible même pour le praticien le plus expérimenté sans le secours démonstratif du traitement qui seul permet de résoudre la question.

Allons donc tout de suite à la difficulté, non pas unique, mais à la difficulté majeure qui se présente dans les cas de ce genre.

Si nous nous demandons quelle est la maladie avec la-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 878.

quelle on est exposé à confondre les syphilides papulo-squameuses, la réponse est précise, immédiate : c'est le psoriasis, c'est lui qui peut tenir en échec pendant quelque temps le diagnostic. Voyons donc sur quelles considérations l'on pourra établir le diagnostic différentiel entre ces deux maladies.

Ces considérations sont multiples, elles sont aussi, bien entendu, d'importance inégale, et pour mieux vous en faciliter le souvenir nous allons les étudier successivement dans chacune des deux affections. Enfin, nous dirons qu'elles sont basées sur le volume, la couleur, la desquamation, les résultats du grattage, la dureté, la localisation, la durée, le traitement et les antécédents.

1° *Volume.* — Dans les syphilides papulo-squameuses l'éruption est caractérisée par des papules généralement petites ou moyennes, en tous cas d'une faible étendue. Dans le psoriasis, au contraire, les papules sont rarement petites, si ce n'est dans le psoriasis guttata, mais le plus souvent elles sont larges, formant même assez fréquemment des placards étendus.

2° *Couleur.* — Dans les syphilides papulo-squameuses, les papules sont d'un rouge sombre, souvent même d'un rouge analogue à celui du maigre de jambon, presque caractéristique. Dans le psoriasis l'éruption est à papules plus rosées ou tout au moins d'un rouge moins sombre. Quelquefois, cependant, les papules, sous le rapport de la couleur, affectent une certaine ressemblance dans l'une et l'autre maladie. Aussi ce signe n'est-il pas de ceux qui ont la plus grande valeur.

3° *Desquamation.* — Ici nous avons un caractère excellent. En effet, les papules syphilitiques sont pauvrement et partiellement squameuses, souvent même découvertes dans la plus grande partie de leur étendue, et les squames sont minces, petites, superficielles et grisâtres. Dans le psoriasis, au contraire, l'éruption est abondamment squameuse ; les squames recouvrent presque toute l'étendue des papules ou des placards psoriasiques. Elles sont larges, épaisses, superposées, stratifiées, blanches, recouvrant complètement les papules et formant au-dessus d'elles un revêtement lamelleux, quelquefois même une véritable carapace épidermique.

4° *Résultats du grattage.* — Dans les syphilides papulo-squameuses, les papules ne fournissent pas par le grattage avec l'ongle la strie micacée et la tache de bougie qui caractérisent le psoriasis. Les papules psoriasiques grattées avec l'ongle donnent une strie blanche, plâtreuse, micacée, ou une véritable tache de bougie.

C'est là un signe véritablement pathognomonique quand il est bien accusé.

5° *Dureté.* — La dureté de la papule est ce que j'appellerai le signe de l'aveugle : dans la syphilide papulo-squameuse la papule est résistante au toucher, dure ; elle donne la sensation d'un corps étranger, la sensation d'une lentille insérée sous l'épiderme, et rappelle l'induration parcheminée du chancre. Dans le psoriasis nous trouvons la peau simplement épaissie, mais sans dureté, sans résistance véritable.

6° *Localisation.* — Dans la syphilis la papule n'a pas de localisation caractéristique, pas de siège de prédilection, sauf pour l'une de ses formes : la syphilide palmaire et la syphilide plantaire. Il n'en est pas de même du psoriasis qui affecte des localisations curieuses dans l'énorme majorité des cas, localisations sur les coudes et les genoux qui sont réellement caractéristiques.

7° *Durée.* — Dans un grand nombre de cas la durée de l'éruption est un excellent signe. En effet, cette durée est courte pour les syphilides papulo-squameuses, relativement surtout à la persistance habituelle et à la chronicité du psoriasis, et ne dépasse guère le laps de quelques semaines ou de quelques mois. Cette durée, au contraire, dans le psoriasis est de plusieurs mois, voire même de plusieurs années ; l'éruption est toujours chronique et cette chronicité est souvent, à elle seule, un signe caractéristique.

8° *Traitement.* — Tandis que les syphilides papulo-squameuses sont, en général, rapidement modifiées sous l'influence du traitement mercuriel, le psoriasis, au contraire, n'est nullement influencé par le mercure.

9° *Antécédents.* — Chez l'individu porteur de syphilides papulo-squameuses on trouve, si on veut se donner la peine de les chercher, des antécédents de contamination syphilitique. Une syphilide est un accident prévu, et il est généralement possible de retrouver les traces des accidents primitifs. Souvent même les syphilides coïncident avec d'autres manifestations secondaires de la syphilis : plaques muqueuses, alopécie, etc. Rien de tout cela n'existe chez le malade atteint de psoriasis ; pas d'antécédents syphilitiques, pas de symptômes syphilitiques contemporains sauf le cas de coïncidence, c'est-à-dire le cas où le malade serait à la fois syphilitique et psoriasique.

TRAITEMENT OPTIQUE DU STRABISME

Par M. le docteur Javal.

Quelle part faut-il faire à la ténotomie et quelle part à la méthode optique dans le traitement du strabisme ?

Après vingt-trois ans d'étude de l'application du stéréoscope à la guérison de cette affection, M. Javal estime aujourd'hui que le traitement doit être éminemment variable suivant chaque cas particulier. Il y a, dit-il, des malades que l'on peut guérir séance tenante par la ténotomie. Il en est d'autres qui ne sont en aucune façon justiciables d'une opération et pour lesquels le traitement optique est seul applicable. Il est enfin des cas intermédiaires entre ces deux catégories, dans lesquels il faut mettre en œuvre à la fois les moyens chirurgicaux et les procédés optiques.

C'est à l'exposé de ces derniers procédés qu'est plus particulièrement consacrée cette communication.

Le premier des instruments d'optique dont se sert M. Javal et le plus simple de tous est la *louchette*, sorte de coquille non percée, qui, appliquée sur l'œil le meilleur, supprime momentanément sa fonction, afin d'obliger le malade à se servir exclusivement de l'autre œil, jusqu'à ce qu'il ait acquis une activité visuelle suffisante pour être utilisé dans la vision binoculaire.

Le deuxième instrument consiste en un stéréoscope à réflexion. Il se compose de deux miroirs articulés et réfléchissant deux images pareilles, telles que deux points noirs, par exemple. Ces miroirs forment entre eux un angle variable, si bien qu'avec leur secours le malade peut arriver à fusionner les images. On peut faire agir cet instrument suivant chaque cas particulier, de façon à augmenter l'énergie du muscle dont la contraction est insuffisante. Suivant que l'on fait varier les degrés d'écartement des glaces, on augmente ou on modère la puissance de l'instrument. Un système de graduation annexé à l'instrument permet de mesurer les progrès accomplis dans le traitement.

Pour les cas où la déviation latérale des yeux s'accompagne de déviation en hauteur, M. Javal remplace le stéréoscope à réflexion,

dont il vient d'être question, par un troisième appareil formé de deux verres mobiles, montés également en stéréoscope, verres qui sont découpés dans des lentilles achromatiques, de façon à avoir une action prismatique.

Le but de cet appareil est de ramener deux images à la même hauteur. Il suffit pour cela de faire regarder les deux images au travers de ces deux verres et de les amener à se confondre en tournant les prismes. Ce résultat une fois obtenu, on ramène peu à peu et en plusieurs séances les prismes dans une position correcte, c'est-à-dire en leur donnant la situation qu'ils devraient avoir à l'état normal, en engageant le malade à faire des efforts pour maintenir la fusion des images. Ces efforts répétés augmentent l'énergie du muscle antagoniste de celui qui produit la déviation et la corrigent.

Les objets que l'on met devant les yeux dans cet instrument sont : d'abord un petit point noir accompagné d'un pain à cacheter de couleur variable pour chaque côté, l'un au-dessous, l'autre au-dessus; — ces deux pains à cacheter et le rond noir se trouvent sur la même ligne verticale lorsque les images sont bien fusionnées; — plus tard, le malade étant déjà un peu exercé, ces cercles noirs sont remplacés par des lettres qui doivent également se superposer, puis par des mots dont quelques lettres manquent, mais de telle façon que celles qui manquent d'un côté se retrouvent du côté opposé : lorsque la vision binoculaire est parfaite, le mot doit être lu en son entier sans difficulté.

Voici maintenant quelles sont, pour M. Javal, les indications de ces divers procédés.

S'agit-il du strabisme convergent des myopes? Rien n'est plus facile que de le guérir, s'il est récent, sans employer aucun traitement chirurgical. Il suffit, dans ce cas, de faire usage de verres concaves appropriés, qui, en corrigeant la myopie, diminuent le besoin des efforts de convergence auxquels se livre le myope pendant la lecture.

Si le strabisme est ancien, tout à fait confirmé, c'est à la ténotomie, qui replace les yeux à peu près droits, qu'il faut avoir recours, quitte à user ensuite des procédés optiques qui assureront en peu de jours la guérison définitive, avec maintien complet de la vision binoculaire.

Dans les cas de myopie avec strabisme divergent, où l'œil le plus astigmate, dans la plupart des cas, s'en va à la dérive, la ténotomie ne donne qu'une guérison passagère; on obtient, au contraire, des succès définitifs par l'emploi des verres appropriés.

Dans une troisième catégorie, la plus nombreuse, celle des strabiques convergents sans myopie, on se trouve en présence d'autres difficultés. Le strabisme convergent se produisant, en général, chez de tout jeunes sujets (de trois à quatre ans), il est impossible de faire usage des exercices stéréoscopiques ; et si l'on n'agit pas, la déviation tend à devenir permanente. C'est alors que l'emploi de la louchette réussit très vite et complètement, pour peu que la maladie soit prise au début. Quand la déviation est devenue permanente, il faut y distinguer deux éléments, l'un fixe, qui est justiciable de l'opération, l'autre variable, qui cède parfaitement à l'emploi des moyens optiques.

Il est, enfin, des cas plus difficiles, c'est lorsque les malades ayant atteint l'âge de douze à treize ans, l'œil dévié ne se redresse plus quand on ferme l'autre. Ces cas, qui ont passé longtemps pour absolument incurables, peuvent être traités avec succès en combinant les moyens optiques avec les moyens chirurgicaux ; voici de quelle manière : en recourant d'abord pendant une période de temps plus ou moins longue à l'occlusion de l'œil sain ; puis, après avoir obtenu par ce premier moyen une amélioration manifeste, l'œil ayant appris à fixer, en faisant usage de lunettes appropriées ; puis, en recourant à la ténotomie et terminant la cure par les exercices stéréoscopiques.

M. Javal a rapporté à l'appui la relation d'un cas où la succession de ces divers procédés a été suivie d'un succès complet.

THÉRAPEUTIQUE

La mortalité dans la première enfance.

Par M. le docteur Achenne.

Les Bulletins de statistique enregistrent régulièrement des chiffres de décès dans la première enfance, qui montrent que la cause de mortalité la plus active, à cet âge, est la diarrhée infantile, gastro-entérite ou athrepsie.

La courbe s'élève graduellement avec la température pour atteindre, en été, un chiffre trois à quatre fois supérieur à celui de la saison d'hiver. Dans la dernière semaine du mois d'août, le nombre des décès a été de 205, à Paris, ce qui représente le cinquième environ du total des décès pour la population de la capitale.

La répartition des cas, d'après le mode d'élevage, montre que les enfants nourris au biberon et autrement, sont frappés dans la proportion des deux tiers; encore y a-t-il lieu de faire les réserves les plus formelles dans cette évaluation, car l'allaitement au sein est, le plus souvent, si incomplet qu'il mérite à peine d'être ainsi qualifié.

En définitive, c'est à une alimentation pernicieuse qu'est due cette mortalité effrayante et vraiment désastreuse. Les recherches récentes du docteur Victor Vaughan, professeur de physiologie à l'Université de Michigan, sont de nature à porter la lumière dans cette question si intéressante. Le savant professeur américain a découvert dans le lait une ptomaïne qu'il a nommée *Tyrotoxion*, qui, d'après lui, serait due au développement de micro-organismes dans la fermentation lactique. Le savant physiologiste a cherché à établir une relation entre la symptomatologie de l'empoisonnement par l'ingestion du *Tyrotoxion* et la symptomatologie du choléra infantile.

C'est le *Journal d'hygiène*, toujours si bien informé, qui nous fait connaître ces travaux, d'où il tire des conséquences des plus importantes pour le traitement de cette dernière affection : il est évident que la première indication sera de proscrire le lait, même très pur, à cause de la fermentation successive qu'il peut subir dans le tube gastro-intestinal, surtout dans la période des chaleurs, où ces fermentations sont les plus actives.

Mais par quoi remplacer le lait? Nous savons combien la plupart des préparations alimentaires usitées sont défectueuses et quelle incertitude règne dans l'esprit des médecins, aussi bien que du public, pour le choix d'un aliment sain et suffisant. Aussi ne saurait-on prendre en assez grande considération certaines farines alimentaires que leur composition et les résultats qu'elles ont donnés à des expérimentateurs judicieux et sincères, recommandent à tous les praticiens. La farine Morton, au gruau d'avoine, se place au premier rang de ces aliments de choix.

Les analyses qui en ont été faites, notamment sous la direction de M. le docteur E. Bouchut, et qui ont été publiées maintes fois, montrent, avec évidence, que les matériaux de nutrition s'y trouvent réunis dans les plus justes proportions.

Les essais réitérés qui en ont été faits à l'hôpital des Enfants et dans la pratique civile, indiquent que la farine Morton est un aliment complet dont les effets cliniques sont en concordance parfaite avec les données de la physiologie et de l'analyse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance ne contient aucune pièce qui mérite d'être mentionnée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pile médicale. — M. GARIEL présente un modèle de pile médicale qui offre comme particularité l'emploi, comme substance dépolarisante, d'un mélange de sulfate de mercure et de

gomme adragente. Ce mélange, placé dans une petite cupule d'ébéniste, n'est introduit dans le liquide qu'au moment où la pile doit entrer en fonctions. Cette pile a été expérimentée par M. Boudet (de Paris), qui en a constaté les bons résultats.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU STRABISME

Traitement du strabisme. — M. MAURICE PERRIN, à l'occasion de la communication faite par M. Javal sur ce sujet dans la dernière séance (1), appelle l'attention de l'Académie sur un mode de traitement auquel il attache la plus grande importance.

Il s'agit de la cure du strabisme par l'usage permanent des verres convexes, associé, quand il le faut, à l'emploi de l'atropine. Mais il importe d'en préciser les indications. Il ne l'a jamais employée dans le strabisme divergent des myopes. Elle trouve ses meilleures conditions de succès dans le type le plus fréquemment observé, dans le strabisme convergent et intermittent des jeunes adolescents, des jeunes enfants qui louchent à peine en temps ordinaire et qui, à l'occasion d'une émotion quelconque, d'un exercice visuel prématuré, d'un trouble dans la santé générale, présentent des déviations choquantes et parfois une sorte de chorée des muscles de l'œil.

Ce traitement doit être commencé le plus tôt possible dès que le strabique atteint l'âge de la raison. Le port des lunettes doit être rigoureusement permanent.

Deux numéros différents sont nécessaires : l'un pour la vision éloignée, l'autre pour la vision rapprochée.

Pour la vision éloignée, on choisira par tâtonnement le numéro le plus élevé. Pour la vision rapprochée, on appliquera les règles du traitement optique de l'hypermétropie.

M. JAVAL. C'est intentionnellement que je ne me suis pas étendu dans ma communication de mardi dernier, sur l'usage des verres convexes pour le strabisme convergent, d'abord par manque de temps et puis parce que cet usage est connu.

Puisque M. Perrin me fournit l'occasion de revenir sur ce sujet, j'en profiterai pour réparer une lacune de ma communication. Si j'ai omis de parler de l'atropine, ce n'est pas que j'en ignorasse l'application au traitement du strabisme. Il y a vingt et un ans que j'ai employé pour la première fois les verres convexes et l'atropine dans le strabisme convergent, et j'en ai obtenu des résultats immédiats.

RAPPORTS

Alcoolisation des vins. — M. J. ROCHARD, sur l'invitation de M. le président, donne lecture des conclusions de la commission de l'alcoolisation des vins.

L'Académie, dit M. le rapporteur, doit se souvenir qu'à la séance du 10 août elle a renvoyé la suite de la discussion sur l'alcoolisation des vins, à une époque qu'elle a laissée à la commission le soin de fixer. Celle-ci s'est réunie mardi dernier ; elle s'est livrée à un nouvel examen de ses conclusions, et tenant compte des observations faites le 10 août par MM. Léon Le Fort, Riche, Chatin et Gallard, elle vous propose de modifier ainsi qu'il suit les conclusions :

1° L'Académie se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins (le vinage) ; mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des mouts, à la condition de se servir de sucre en poudre blanche, ou sucre raffiné.

2° Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.

3° L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

4° Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à leur fabrication soient absolument purs.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1018.

5° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Il a été convenu à la séance du 10 août, sur la demande de M. Gallard, que la reprise de la discussion serait annoncée huit jours à l'avance, votre commission vous propose donc d'aborder mardi prochain la discussion des conclusions nouvelles qu'elle a l'honneur de vous soumettre.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion sera mise à l'ordre du jour de mardi prochain.

Reproduction expérimentale de l'insuffisance aortique. — M. CONSTANTIN PAUL fait, au nom d'une commission, un rapport sur la lecture faite par M. le docteur François Frank à l'Académie, le 2 février dernier, sur la reproduction expérimentale de l'insuffisance aortique.

L'auteur a rapporté dans ce travail une série d'expériences empruntées à la méthode graphique de M. Marey. Ces expériences qui s'élèvent au nombre de 75, ont consisté à détruire chez des animaux les valvules sigmoïdes de l'aorte. Les résultats obtenus sont de deux ordres. Les uns nous révèlent des phénomènes que nous connaissions peu ou pas. Les autres nous fixent d'une manière plus positive sur des faits déjà connus.

Parmi les faits nouveaux, M. le rapporteur a insisté surtout sur les phénomènes du début, que les médecins ont rarement l'occasion d'observer. L'animal qui vient de subir l'opération présente au moment même une intermittence, un arrêt des battements du cœur. Ordinairement au bout de quelques instants le cœur se contracte de nouveau d'abord avec désordre, puis régulièrement tout en restant fréquent. En même temps la tension tombe très bas pour se relever ensuite.

Quand la séparation est faite, elle est due à une activité fonctionnelle plus grande des nerfs, ce que l'on savait déjà, mais ce que ces expériences ont encore mieux mis en évidence.

M. Frank confirme également, au point de vue de l'auscultation, ce que la clinique nous a appris, c'est que l'insuffisance aortique ne produit que le souffle diastolique qui remplace le claquement sigmoïdien et se prolonge pendant la diastole.

Si, ajoute M. le rapporteur, nous tenons compte de l'habileté et de la compétence de M. F. Frank en matière d'opérations expérimentales sur le cœur en particulier, et du grand nombre d'opérations qui ont été pratiquées, nous voyons que cette fois encore M. Frank a apporté de nouveau un précieux contingent pour l'étude de la pathologie cardiaque.

La commission propose, en conséquence :

1° D'adresser une lettre de remerciements à l'auteur.

2° De renvoyer son travail au comité de publication pour être imprimé dans les mémoires de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

COMMUNICATIONS

Lavements gazeux dans la thérapeutique des maladies respiratoires. — M. CORNIL. Claude Bernard a démontré que lorsqu'on injecte par la voie rectale, chez les animaux, de l'hydrogène sulfuré, ce gaz est éliminé par le poumon. Pour faire parvenir dans tous les tuyaux et diverticules de la muqueuse des voies aériennes l'hydrogène sulfuré ou tout autre gaz ou vapeur employés pour la modifier, notamment pour tuer les micro-organismes qui s'y trouvent dans une série de maladies, il fallait trouver un véhicule gazeux inoffensif pour l'économie et facilement toléré par l'intestin.

Le gaz acide carbonique remplit admirablement ce but ; il est très facilement toléré par le gros intestin, il y est rapidement absorbé et il est éliminé ensuite par le poumon avec les gaz médicamenteux qui ont été mêlés avec lui.

M. le docteur Bergeon (de Lyon) qui a inauguré cette méthode, a envoyé à M. Cornil une note dans laquelle il annonce les résultats qu'il a obtenus et les perfectionnements nouveaux appliqués à sa méthode. D'un autre côté, sa méthode a été expérimentée

avec succès par M. le docteur Chantemesse dans son service hospitalier à Saint-Antoine.

Nous exposerons prochainement les principaux résultats consignés dans les deux notes annexées au manuscrit de M. Cornil, qui termine sa communication en ces termes :

Ces résultats cliniques doivent être appuyés par l'expérimentation sur les animaux. Le degré curatif de la médication sulfurée sur la tuberculose ne pourra être donné que par les expériences faites sur des animaux préalablement rendus tuberculeux. L'action de l'agent thérapeutique sur les microbes ne peut être saisie rigoureusement que dans des tubes de culture.

Dès à présent on peut dire que les injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfuré constituent une méthode thérapeutique excellente dans la phthisie, comme dans l'asthme. On doit l'accueillir avec d'autant plus de faveur que la thérapeutique est plus désarmée en face de la phthisie.

Le chirurgien-accoucheur Coutouly. — M. DE VILLIERS lit une notice sur le chirurgien-accoucheur Coutouly et sur ses œuvres (1738-1814).

Choléra chez les femmes grosses. — M. QUEIREL (de Marseille) lit, sous ce titre, un mémoire qui se résume dans ces conclusions :

1° La grossesse n'est pas une cause prédisposante du choléra, mais elle paraît en aggraver le pronostic.

2° Nous ignorons encore si le choléra se transmet de la mère au fœtus, en tant que choléra, mais cette maladie est très meurtrière pour les enfants dans le sein maternel.

3° Elle est une cause fréquente d'avortement, sans que la gravité de l'affection soit diminuée pour la mère.

4° Il faut que l'atteinte dure assez longtemps pour que la femme ne meure pas avant d'avorter.

5° Cet accident est plus fréquent dans la seconde moitié de la grossesse que dans la première.

6° Cependant, près du terme, on peut avoir encore quelques enfants vivants.

7° Les enfants succombent souvent au choléra dès les premiers jours de l'existence.

8° Le choléra est plus grave durant les suites de couches.

9° Enfin il a une action absolument funeste sur la lactation au moment où s'établit cette fonction.

10° Au point de vue clinique, le seul phénomène qui mérite d'être noté, c'est la rachialgie qui se montre très intense et assez fréquemment.

(Commissaires : MM. Cornil, Dujardin-Beaumetz et Charpentier.)

Pneumotomie. — M. DE BEURMANN présente, en son nom et au nom de M. Prengrueber, une malade (enfant de douze ans) entrée à l'hôpital Trousseau pour une excavation considérable de la partie moyenne du poumon droit (suite probable d'une pleurésie interlobaire), traitée et guérie par la *pneumotomie*. Nous publierons incessamment cette intéressante observation.

La séance est levée après cinq heures.

Séance du 26 octobre 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

M. le ministre du Commerce transmet les rapports et procès-verbaux auxquels a donné lieu l'examen de la question de l'inspectorat médical de la part de la commission spéciale instituée à cet effet en 1883.

M. le ministre de l'Instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée la nomination de M. Dureau comme bibliothécaire. (Applaudissements.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Janicot, relative à la question de l'inspectorat médical;

2° Une lettre de M. Bergeaud, agent consulaire à Haïti, qui sollicite le titre de membre correspondant national.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Bouis, membre titulaire dans la section de physique et chimie médicale.

M. SCHUTZEMBERGER, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Bouis. (Applaudissements.)

M. LE PRÉSIDENT : Il y aurait lieu, d'après une délibération du Conseil, de déclarer une vacance dans la classe des académiciens libres. Mais M. Le Roy de Méricourt ayant désiré faire des observations au sujet de cette vacance, je dois consulter l'Académie sur la question de savoir si elle veut entendre M. Le Roy de Méricourt avant ou après la déclaration.

L'Académie consultée, la majorité se prononce pour que la déclaration ne soit faite qu'après avoir entendu les observations de M. Le Roy de Méricourt. Cette audition ne pouvant avoir lieu qu'en comité secret, est renvoyée, ainsi que la déclaration, à la prochaine séance.

Il y aura comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture d'un rapport de prix.

LECTURES

Emploi de la cocaïne dans les staphylorrhaphies partielles. — M. EHRMAN (de Mulhouse), correspondant de l'Académie, donne lecture, sous ce titre, d'une note dont l'objet est de signaler les avantages qu'il a retirés des propriétés analgésiques de la cocaïne, comme adjuvant de certaines staphylorrhaphies simples ou complémentaires. M. Ehrman s'est attaché à démontrer dans ce travail qu'il y a avantage réel pour les opérés de cette catégorie, à pouvoir, sans préjudice pour l'exécution opératoire, leur éviter la complication du chloroforme, et qu'il est plus commode pour le chirurgien d'agir sur un patient assis, placé de face, plutôt qu'étendu sur un lit, sans ou même avec la tête renversée.

Le désideratum dont il s'agit se trouve réalisé dans une sérieuse mesure par l'emploi de la cocaïne. Un badigeonnage d'une solution au dixième de cet alcaloïde, appliqué peu d'instants avant l'opération et répété deux ou trois fois à quelques minutes d'intervalle, insensibilise suffisamment l'arrière-gorge pour que l'avivement et la suture ne déterminent, même chez les enfants de six à sept ans, qu'une douleur toujours très supportable et parfois insignifiante.

Les cinq observations que rapporte M. Ehrman témoignent à l'appui de ces propositions; les résultats en ont été constamment les mêmes. L'avivement a pu être pratiqué toujours sans éveiller aucune sensibilité. Le passage des aiguilles paraissait un peu plus douloureux. La fermeture des fils était chaque fois assez pénible.

Il ressort de ces données que l'effet analgésique déterminé sur le voile du palais par la solution de cocaïne n'est que superficiel et que cette anesthésie locale, précieuse pour ces cas-là, ne pourra jamais suppléer le chloroforme dans la palatoplastie, ni même dans la staphylorrhaphie proprement dite, complète.

Les cas, fort rares d'ailleurs, où, dans les fissures congénitales, la division ne porte que sur une partie seulement du voile, sont assimilables, sous ce rapport, aux staphylorrhaphies complémentaires ou partielles.

Ligature de l'iliaque interne droite pour une tumeur pulsatile de la fesse. — M. A. PONCET (de Lyon) communique une observation sur ce sujet.

Tous les faits de ligature de l'iliaque interne, dit M. Poncet, appartiennent jusqu'à ce jour à la chirurgie étrangère. Aucune observation n'a été publiée en France. L'observation de M. Poncet porterait à treize le nombre des ligatures de ce genre connues. Le sujet qu'il a opéré, âgé de vingt ans, quittait l'hôpital le vingt-deuxième jour avec un trajet fistuleux persistant vers l'angle inférieur de la plaie, et il succombait deux mois après aux hémorrhagies et aux suppurations abondantes qui s'étaient produites par la fistule. (Renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Marc Sée et J. Rochard.)

RAPPORT

Prix Louis. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ**, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hardy et Lagneau, donne lecture du rapport sur le prix Louis. Le sujet du prix est l'action des agents thérapeutiques journellement employés et que l'Académie aura désignés. L'Académie avait désigné comme sujet du prix, pour cette année, l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.

C'est à l'analyse des travaux adressés à l'Académie pour ce concours qu'est consacré le rapport de M. Dujardin-Beaumetz.

Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

DISCUSSION DES CONCLUSIONS DU RAPPORT SUR L'ACOOLISATION DES VINS

M. **RICHE** présente à l'Académie quelques observations au sujet des conclusions proposées par la commission du vinage des vins. En 1870, l'Académie conclut à l'innocuité du vinage, et en 1886, elle arrive à une conclusion opposée, alors que, d'après M. Riche, le danger était plus grand en 1870 qu'il ne l'est aujourd'hui.

Que s'est-il donc passé de 1870 à 1886? C'est ce que M. Riche se propose de rechercher.

Pour des causes multiples, la France non seulement n'exporte plus de vin, mais encore ses importations se chiffrent par 10 à 12 millions d'hectolitres. D'un autre côté, le vin récolté par suite de l'influence du mildew et du phylloxera, est plus pauvre en alcool qu'en 1870, et c'est dans cette situation que l'Académie propose de rejeter le vinage, qu'elle-même reconnaît être utile pour la conservation des vins faibles en degré, trop acides ou chargés de principes altérables.

M. Riche, répondant aux diverses objections faites au vinage, arrive à l'objection la plus sérieuse, celle de l'introduction des matières toxiques dans le vin par les alcools d'industrie qui en seraient chargés.

Or le danger était le même en 1870. Depuis le rapport de M. Bergeron, de nombreux travaux ont montré les dangers de la présence dans l'alcool d'éthers, d'alcools supérieurs, de l'alcool anylique surtout. Or depuis 1870 des progrès considérables ont été faits dans la fabrication de l'alcool neutre. Aujourd'hui l'industrie est arrivée à préparer de l'alcool pur avec une véritable perfection.

M. Riche croit donc la situation plus satisfaisante qu'en 1870. Le vinage, autorisé alors jusqu'à 18 degrés, ne l'est plus qu'à 15 degrés, et les alcools employés sont de beaucoup préférables.

Ce n'est pas dans la consommation du vin que gît le danger, mais dans les liqueurs et surtout les apéritifs fabriqués tous avec des alcools dénaturés.

M. Riche termine ainsi : S'il m'était permis de vous proposer une rédaction de l'article 1er, je dirais : L'alcoolisation désignée communément sous le nom de vinage est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degrés, très acides ou très altérables. Elle sert aussi fort malheureusement et très fréquemment à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique conpable. Une modification de l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable à ce point de vue.

A 4 h. 40 min., l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Demain jeudi 28 octobre, à midi précis, un service funèbre sera célébré à la chapelle du Val-de-Grâce, en l'honneur de MM. Zuber, médecin principal de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Lucotte et Raynaud, médecins-majors de deuxième classe; Bonnet, Gérardin et Claude, médecins aide-majors de première classe; Lepetit et Mathieu, officiers d'administration comptables de première classe; Bourdier, officier d'administration adjoint de deuxième classe; Billon, adjudant-élève d'administration, abbé de Bonde, aumônier militaire, morts au Tonkin.

— Par décret, en date du 21 octobre 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Ducournau, Lenourichel, Lourties, Lande et Testut.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Quintâa-Ramounou, Guiton, Lasalle et Lafitte.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Carles.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe Gouchet.

— Par décret en date du 21 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Boyer, Fourgs, Faure, Monod, Noël, Laforgue, Leroy, Porterie, Chevalier, Filippini, Aubiban, Samanos, Juppé, Lataste, Mesnard, Guérard, Mériot, Ducau, Dubertrand, Goizet et Moussous.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Languepin, Boignier, Lasère, Bouraud, Archambaud, Dupeyrat et Bataille.

— Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours, ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1886.

Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1887.

Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque candidat.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront, pour les élèves de première année, le mercredi 3 novembre 1886. Ils auront lieu pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique :* Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre heures à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. le docteur Guébhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), jusqu'au samedi 30 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie :* Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. le docteur Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), jusqu'au samedi 30 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle :* Les lundi et jeudi de chaque semaine, pour la première série, de neuf heures à onze heures du matin; les mardi et vendredi de chaque semaine, pour la deuxième série, à la même heure. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. le docteur Faguet, chef des travaux pratiques (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 30 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale. En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux

une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs de travaux.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Cotton est nommé préparateur de chimie générale, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. le professeur Schlagdenhauffen est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

M. Jacquemin, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. 1. Dumur, Barret de Nazarit, Baudet, Courtey, Lacaze, Estradère, Gauja, de Sardac, Boursiac, Durand,

11. Dubarry, Carrière, Lamacq, Gombaud, Sternberg, Cheminade, Chastenet, Réjou, Laguens, Lassime,

21. Maurin, Cassagnau.

— M. le docteur Depierris met à la disposition de la *Société française contre l'abus du tabac :* 1° pour le concours de 1886, un prix de 600 francs, dont une médaille d'or de 100 francs à décerner à l'élève en médecine qui fera la meilleure thèse sur cette question : « La cachexie nicotique » ;

2° Pour le concours de 1888, un prix de 1,000 francs, dont une médaille d'or de 100 francs, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur cette question : « Effet du tabac sur la santé des gens de lettres; son influence sur l'avenir de la littérature française ».

Le programme détaillé du concours est envoyé gratuitement aux personnes qui en font la demande au président, rue Jacob, 38, Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Pajot commencera son cours d'accouchements et de gynécologie le jeudi 4 novembre 1886, à neuf heures, à l'hôpital des cliniques de la Faculté, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Les exercices pratiques auront lieu tous les lundis, mercredis et vendredis, et la visite chaque matin, à huit heures et demie.

— M. le docteur Fournel fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le 8 novembre. — S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 7, rue de la Michodière, lundi, mercredi, vendredi, de deux heures à trois heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20189

43

BŒUF DEFRESNE

POUDRE de VIANDE PANCRÉATINÉE

DEFRESNE

Fournisseur de la marine et des hôpitaux de Paris.

La moitié du **Bœuf-Defresne** est transformée en *Peptone*. Dans la seconde moitié, les fibres striées sont éclatées et désagrégées, elles ont perdu de leur cohésion, elles sont pénétrées d'emblée par les sucs digestifs.

Toujours assimilé, le **Bœuf-Defresne** peut être administré à dose massive, 300 à 500 gr. dans les 24 heures, sans crainte de vomissements ni de diarrhée, la dose ordinaire est de 2 à 4 cuillerées par jour. — Très succulente, la **Poudre de viande pancréatinée** rend non seulement savoureux les potages et purées de pommes de terre et de lentilles, mais elle concourt à leur digestion et à celle des aliments gras.

PRIX : **4** FRANCS LA BOÎTE DE 250 GRAMMES.

Envoi d'échantillons franco.

DEFRESNE, auteur de la **PANCRÉATINE** et de la **PEPTONE**, rue de la Verrerie, 56.

DÉTAIL : 2, rue des Lombards ; — BOUSQUIN-DUBOIS, 26, galerie Vivienne, et principales ph^ies^.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

42

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies^.

57

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5 ; lactine, 1/5 ; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

56

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res^, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph^ies^.

41

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales** ; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge ; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. f^g^ St-Denis, Paris et ph^ies^.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

21

SOURCE YVONNE

DE CHATEL-GUYON

Approuvée par l'Académie de médecine.

La plus gazeuse et la plus minéralisée.

Foie. — Estomac. — Intestins. — Rate. Pancréas.

Dépôt dans les bonnes Ph^ies^. — *Exiger le nom.*

84

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.

Le Perdriel

15

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : 3 francs.

Ph^ie^, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes ph^ies^.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop } créosotés.
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph^ie^ H. MAYET, 9, rue St-Marc.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0^gr^,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3^f^,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le fl^on^ de 100, 3^f^50.

50, boulevard de Strasbourg.

22

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

42

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris

N° 127. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 30 OCTOBRE 1886. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des arthrites infectieuses.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on admet avec M. Lannelongue cinq grandes variétés d'arthrites : des arthrites traumatiques ; des arthrites inflammatoires, par propagation ou de voisinage ; des arthrites généralisées du rhumatisme ou de la goutte ; des arthrites des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière (l'ataxie musculaire progressive, etc.) ; enfin des arthrites septiques parasitaires ou virulentes, microbiennes pour la plupart, secondaires aux maladies générales.

Ce sont ces dernières, à l'exception toutefois des arthrites tuberculeuses que M. le docteur F. de Lapersonne a eu à décrire, sous le nom d'arthrites infectieuses, dans sa thèse de concours pour l'agrégation (chirurgie).

Dans la première partie de son travail, M. de Lapersonne fait une étude d'ensemble des arthrites infectieuses. Partant de l'idée générale des états infectieux, telle qu'elle ressort des travaux contemporains, il se propose de démontrer que tous ou presque tous, peuvent s'accompagner de manifestations secondaires, de deutéropathies articulaires.

La deuxième partie est consacrée à la description de ces arthrites infectieuses en particulier.

Les arthropathies infectieuses étant des manifestations de maladies générales, leur physionomie clinique se trouve être modifiée suivant les caractères, la marche, la gravité de l'affection protopathique. Aussi a-t-il été difficile d'en tracer un tableau d'ensemble.

Voici à peu près quels en sont les caractères communs.

D'abord relativement au siège, la localisation se fait le plus généralement dans les grandes articulations. Le plus souvent une seule est prise tout d'abord, le genou, par exemple. Puis l'affection se généralisant, les autres articulations sont successivement envahies. Ce qui les distingue, dans ce cas, de la généralisation du rhumatisme, c'est que : tandis que dans ce dernier les fluxions articulaires disparaissent sans laisser de traces, dans l'arthropathie infectieuse, la maladie laisse toujours quelques vestiges de son passage : raideurs articulaires ou atrophies musculaires.

M. de Lapersonne distingue dans les arthropathies infectieuses cinq degrés : l'arthralgie, l'hydarthrose, la polyarthrite subaiguë, l'arthrite aiguë plastique ou suppurée, enfin l'arthrite purulente d'emblée.

L'arthralgie est quelquefois la première et la seule manifestation articulaire ; c'est celle que l'on observe constamment dans les arthropathies secondaires de la scarlatine, de l'érysipèle, de la blennorrhagie.

L'hydarthrose proprement dite ou l'hydrarthrose pure est très rare. On trouve, lorsqu'on fait une ponction, non pas une sérosité albumineuse, mais un liquide louche, contenant des flocons de fibrine et une assez grande quantité de leucocytes, indiquant un travail inflammatoire de la synoviale.

Ce que l'on observe bien plus fréquemment, ce sont ou des polyarthrites subaiguës, envahissant très vite plusieurs segments, s'accompagnant de douleurs peu intenses, de gonflement avec ou sans épanchement, ou des arthrites aiguës, caractérisées par un gonflement rapide, une douleur très vive, souvent par des traînées rougeâtres de la surface cutanée en rapport avec l'article. Celles-ci, évoluant différemment, revêtent la forme plastique ankylosante, que l'on retrouve souvent dans la blennorrhagie, ou bien aboutissent à la suppuration avec altération secondaire des cartilages et des téguments.

Les symptômes généraux sont, dans les cas graves, tout le cortège des phénomènes typhoïdes.

Pour le diagnostic, M. de Lapersonne établit trois catégories, suivant : 1° que l'arthrite semble le point de départ de la maladie ou du moins en est le phénomène dominant ; 2° qu'elle est nettement secondaire à une maladie générale déterminée ; 3° ou qu'elle est évoquée par l'infection sans qu'il soit possible de la rattacher directement à la cause générale.

Un point important de l'étude des arthrites infectieuses, que nous ne pouvons passer sous silence, est le rôle qui revient à la bactériologie. Dans la partie anatomo-pathologique de son travail, M. de Lapersonne a eu garde de l'omettre. Il constate que les différents micro-organismes ont été retrouvés dans les arthrites suppurées, comme dans les abcès métastatiques : le microbe pyogénique de Pasteur,

le micrococcus pyogenus tenuis et le streptococcus pyogenus de Rosenbach, dans quelques cas même le staphylococcus pyogenus albus et aureus. D'après les observations de MM. Cornil et Babès, ces différents bacilles n'existeraient pas seulement dans le liquide, ils infiltreraient les cellules cartilagineuses altérées.

Le plus souvent, ce sont les streptococcus que l'on retrouve dans le pus articulaire. Pour la fièvre puerpérale, les angines septiques, l'ostéomyélite, le pseudo-rhumatisme infectieux, l'endocardite ulcéreuse, on n'a jamais trouvé que ces éléments.

Dans quelques arthrites, seulement, secondaires aux infections générales, se sont montrés : le micro-parasite de ces maladies; les gonococcus de Neisser dans les liquides des synoviales articulaires enflammées, dans la blennorrhagie; les streptococcus vulgaires dans le liquide articulaire clair, ne contenant qu'une petite quantité de globules blancs et les microcoques ellipsoïdes volumineux, réunis en chaînettes (de Friedlander), dans le liquide purulent, dans la pneumonie, mais toujours en moindre quantité que dans le poumon lui-même; les diplocoques de Fehleisen dans un cas d'arthrite du genou consécutive à un érysipèle, etc.

En résumé, ajoute M. de Lapersonne, on retrouve très souvent des microbes vulgaires, mais les micro-organismes articulaires sont beaucoup moins nombreux que dans les foyers d'infection principaux de la maladie; leurs espèces semblent aussi très variées. La démonstration de leur pouvoir dans la détermination des arthrites infectieuses par l'isolement, la culture et l'inoculation, n'a été faite encore que dans un très petit nombre de cas. Il resterait, d'ailleurs, à rechercher si l'arthrite, dans la plupart des cas, n'a pas résulté de l'effet combiné des différents micro-organismes dont on y a constaté la présence, ou si elle a été l'effet de l'action de l'un seul d'entre eux.

Là s'arrêtent, suivant notre confrère, nos connaissances actuelles sur ce sujet.

Si, en effet, de ces considérations générales sur les arthrites infectieuses qui constituent la première partie de ce travail, nous passions à l'histoire et à la description de chacune de ces arthrites en particulier, qui en constituent la deuxième partie, nous y verrions l'impossibilité où s'est trouvé l'auteur de les classer suivant un ordre bien défini. Pour répondre au *desideratum* des études contemporaines, il eût fallu sans doute s'adresser à l'examen bactériologique des éléments contenus dans la jointure. Mais on vient de voir qu'il n'y a qu'un petit nombre d'arthrites présentant des caractères suffisamment nets pour mériter cette épithète. Réduit à les grouper suivant les types cliniques, il s'est arrêté à une classification purement provisoire, constituant huit groupes : 1° pyohémie chirurgicale et médicale ou spontanée — ostéomyélite — angines septiques ou infectieuses non diphthéritiques — lymphangite — kystes hydatiques; — 2° blennorrhagie — maladies des organes génito-urinaires — puerpéralité; — 3° morve, farcin — charbon; — 4° pneumonie — érysipèle — méningite cérébro-spinale; — 5° scarlatine — variole — rougeole — diphthérie — oreillons — érythème polymorphe; — 6° fièvre typhoïde — dysenterie — choléra — fièvres intermittentes; — 7° pseudo-rhumatisme infectieux — endocardite ulcéreuse; — 8° syphilis.

Toutes les indications prophylactiques et thérapeutiques peuvent être ramenées à ces trois principes : empêcher la pénétration de l'agent infectieux, le combattre ou le rendre impuissant lorsqu'il a pénétré dans l'économie — ce qui répond au traitement général; — remédier aux diverses lésions locales qui en sont la suite; — traitement local.

En chirurgie, comme en obstétrique, les deux indications générales sont remplies, grâce aux méthodes antiseptiques.

En médecine, les indications sont plutôt posées qu'arrêtées. Nous ne pouvons, à cet égard, ainsi que l'a fait d'ailleurs M. de Lapersonne, que renvoyer à la thèse d'agrégation de M. Lemoine (1886) que nous avons analysée dans notre Revue du 15 mai dernier.

Le traitement chirurgical de ces arthrites comprend : l'immobilisation des jointures malades et leur maintien à une température constante, en première ligne et au début; en second lieu, plusieurs indications, suivant que l'on a affaire à une arthrite plastique ankylosante ou à une arthrite avec épanchement. Dans le premier cas, la mobilisation méthodique de l'articulation au déclin de la fièvre et de l'inflammation, et après que les douleurs ont disparu, afin de prévenir l'ankylose; dans le second, la ponction simple au moyen des trocarts aspirateurs, suivie d'une injection antiseptique (solution forte d'acide phénique, solution de sublimé de 10 centilitres pour 50 grammes, ou solution éthéro-alcoolique d'iodoforme précipitée par l'eau, etc.); s'il s'agit d'une arthrite infectieuse suppurée, l'arthrotomie avec lavage antiseptique de la synoviale, suivie du drainage et des soins antiseptiques les plus rigoureux dans les pansements; enfin dans les cas de désordres articulaires considérables avec extension de la collection purulente dans les gaines musculaires ou le tissu cellulaire souscutané, la résection ou l'amputation du membre.

Sur un mode de déformation de l'estomac, sans dilatation primitive de l'organe.

M. le docteur Clozier (de Beauvais) nous communique, sous ce titre, la note suivante, dont nos lecteurs apprécieront l'intérêt :

« Nous avons rencontré, dit notre confrère, chez un certain nombre de nos clientes, une lésion de l'estomac dont nous n'avons jamais entendu parler par nos maîtres dans les hôpitaux et que nous ne savons signalée dans aucun ouvrage spécial.

Nous ne croyons pas, bien entendu, que les faits ci-dessous relatés aient échappé à la sagacité des pathologistes; mais nous admettons qu'ils n'ont pas cru devoir attribuer à la lésion qui nous occupe l'intérêt que nous lui accordons.

L'affection qui produit les troubles stomacaux que nous allons décrire se rencontre, croyons-nous, particulièrement chez les femmes et surtout chez les jeunes filles. Nous essayerons plus loin d'indiquer la cause de cette prédilection morbide.

Le symptôme principal, ou du moins celui qui attire tout d'abord l'attention, est un bruit anomal qui se produit dans l'estomac pendant les mouvements respiratoires.

Ce bruit *hydro-aérique*, perceptible à une distance de plusieurs mètres, est isochrone à la respiration. Comme cette dernière, il se divise en deux temps distincts, dont le premier est plus long que le second. On pourrait le représenter par les rapports : $\frac{1}{2}$, — ◡, ou d'une façon triviale le comparer au roucoulement de certains oiseaux.

Fort, dans les mouvements respiratoires profonds, il n'est

que peu ou point perceptible dans le cas de respiration superficielle (ce que les malades savent fort bien par expérience).

Ainsi qu'il arrive dans la dyspepsie flatulente et dans la dilatation de l'estomac, ce bruit liquidien peut, au début, se produire une fois seulement tous les trois ou quatre jours, plus tard une ou plusieurs fois par jour, puis d'une façon presque continue.

Il se manifeste surtout après les repas ou mieux après l'ingurgitation d'une certaine quantité de liquide; mais pour qu'il se produise avec toute son intensité, il nous a paru indispensable, du moins dans les cas récents, que la malade porte un corset modérément serré.

Notons cependant que cette dernière, pourvue de son corset, mais ayant l'abdomen relevé ou soutenu soit par une ceinture hypogastrique, soit par les mains, soit par les cuisses (dans la position assise), ne peut plus le produire au prix même de mouvements respiratoires très énergiques.

Dans la grossesse, le bruit cesse de se produire à compter du cinquième mois.

Enfin, quand la malade quitte son corset, le bruit qui peut se produire chez certains sujets, mais avec des caractères moins accusés, le plus souvent n'existe pas.

Les autres symptômes sont ceux qu'on rencontre dans beaucoup de dyspepsies : vomissements aqueux ou pituiteux, anorexie, soif vive, dépravation du goût, pesanteur d'estomac, pyrosis, tympanite stomacale et abdominale, borborygmes, constipation assez habituelle.

Les phénomènes généraux éloignés sont aussi ceux de la dyspepsie, c'est-à-dire flaccidité et décoloration des tissus, nervosisme, déviation des époques qui deviennent irrégulières, trop ou trop peu abondantes, etc., en un mot, anémie progressive.

Essayons maintenant de voir où, pourquoi et comment se produisent ces phénomènes.

Il nous semble, ainsi que nous l'avons déjà dit, qu'ils ne peuvent exister ailleurs que dans l'estomac. Pourquoi se manifestent-ils seulement pendant l'acte respiratoire, avec les caractères et dans les conditions que nous avons signalés plus haut?

Nous croyons pouvoir affirmer, en l'absence même de tout contrôle nécroscopique, que tous ces phénomènes sont dus à un changement survenu dans la forme de l'estomac et que ce changement lui-même serait amené par l'usage abusif du corset ou par une constriction trop forte du ventre.

En effet, nous pensons que lorsque l'abdomen est fortement serré, il se produit un déplacement latéral, en sens inverse, du foie et de l'estomac. Ce dernier ne pouvant alors, à cause des résistances qu'il rencontre, se porter ni à droite ni à gauche, descend dans la cavité abdominale chaque fois qu'il y est sollicité par le poids du bol alimentaire. Sous l'action répétée de ce phénomène mécanique, l'estomac verrait peu à peu changer ses diamètres, pour l'horizontal devenir plus court et le vertical plus long qu'à l'état normal, au niveau de la partie inférieure de la grande courbure.

Il se produirait ainsi une sorte de dépression, d'enfoncement de cette région et, finalement, un véritable cul-de-sac qui, suivant sa capacité, retiendrait d'abord d'un façon intermittente, puis permanente, une partie plus ou moins considérable des solides et surtout des liquides qui traversent l'estomac.

Notre interprétation étant admise, la production du double bruit stomacal nous paraît facile à expliquer.

En effet, nous sommes conduit à considérer désormais cet estomac comme formant une sorte de gouttière dans laquelle l'inspiration ferait monter les liquides par une véritable aspiration dont le mécanisme, quoique plus compliqué, serait, en réalité, analogue au jeu d'un piston de pompe. Cette montée du liquide occasionnerait le premier bruit.

Quant au second, il serait produit par l'abaissement du diaphragme et l'élargissement consécutif des parois latérales de l'estomac, d'où déformation de la gouttière et chute, en masse, du liquide dans le cul-de-sac anomalement formé.

Comment le refoulement de l'abdomen vers l'épigastre (par la ceinture ou la grossesse) peut-il empêcher la production de notre double bruit hydro-aérique? — Simplement, à notre avis, en repoussant en haut, par l'intermédiaire de la masse intestinale, en étalant ainsi le cul-de-sac anomal et en détruisant, par là-même, la gouttière stomacale dont nous avons parlé. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PEPTONE

Par M. le docteur S. Labastide.

Je viens présenter quelques courtes observations sur la peptone envisagée comme agent alimentaire et réparateur. J'ai été amené à prescrire son emploi par la nécessité de nourrir et de fortifier les malades dont je vais exposer les cas ainsi que les résultats obtenus dans les observations suivantes :

Observation I. — Mme M. Antonia G..., veuve, âgée de plus de quatre-vingts ans, robuste et bien constituée, de tempérament sanguin, — hémiplégie du côté droit, — aphasie partielle, à la suite d'un épanchement au cerveau, qui remontait à plus de trente ans; toutes les fonctions d'ailleurs s'accomplissaient parfaitement bien.

Au printemps de 1884, sans cause bien déterminée, car elle menait une vie régulière et très sobre, une nouvelle attaque cérébrale la frappa. Les symptômes se dissipèrent sous l'influence des dérivatifs à l'intérieur et à l'extérieur; les accidents extérieurs seuls persistèrent.

En 1885, elle eut une troisième attaque : celle-ci dura plus longtemps que la précédente; la paralysie devint plus prononcée, l'aphasie, qui existait déjà, plus complète, et la déglutition plus pénible, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune altération locale de la gorge.

La malade commença alors à refuser tout aliment. Quand on réussissait à lui en faire prendre quelque peu, elle le rendait aussitôt, plus ou moins altéré, et cela sans accuser la moindre souffrance du côté de l'estomac; les remèdes les mieux indiqués ne purent modifier cet état, car, non seulement la malade refusait les aliments, mais elle ne supportait même pas les liquides les mieux appropriés, et l'eau pure, sucrée ou gazeuse, était rejetée comme le reste; l'intolérance de l'estomac était complète.

Mme G... tomba très bas; elle maigrit considérablement; six mois après cette dernière attaque, la faiblesse était extrême. Dans ces circonstances, je pensai que la peptone liquide, administrée en lavements pourrait être assimilée et soutenir la malade. Ma confiance dans une issue favorable était bien faible; d'une part la position de la patiente était bien grave, de l'autre je n'osais croire à l'action réparatrice et à la facile assimilation qu'on attribuait à cette substance : c'était plutôt sur une spéculation que sur des faits bien établis que je m'appuyais, nonobstant les faits cliniques qui avaient été observés. On commença, le 22 septembre 1885, à donner, trois fois par jour, un lavement composé de 20 grammes de peptone Defresne, mêlée à 60 grammes de lait bouilli; le lait était souvent remplacé par du bouillon ordinaire. Après vingt

jours de ce régime, la malade était sortie de son état de prostration et ses forces se relevaient un peu. Déjà l'estomac ne rejetait plus l'eau ni même le lait, pourvu qu'on les lui présentât à petites doses et à longs intervalles. En conséquence, on lui fit absorber 20 grammes de peptone, trois fois par jour, dans un peu de tapioca.

Le 12 novembre, c'est-à-dire après cinquante jours de ce seul traitement, Mme G..., quoique toujours paralysée, était non seulement revenue à son état primitif, mais commençait à prendre de l'embonpoint. Sans suspendre l'usage de la peptone, elle prenait sans répugnance et supportait quelques petites quantités d'aliments, tels que pâtes, soupes et jus de viande. Dans le mois de janvier de la présente année, la paralytique avait recouvré ses forces; elle cessa l'usage de la peptone Defresne et continua ses repas variés, parfois même assez abondants, jusqu'au 24 mars; à cette époque elle succomba à une nouvelle congestion cérébrale.

Obs. II. — La jeune R..., âgée de neuf mois, débile et faiblement constituée, était née un mois avant terme, à la suite de chagrins que sa mère avait éprouvés de la maladie et de la mort d'un premier enfant. Dans les premiers temps de l'allaitement, le nouveau-né ne profitait pas, car la mère, déjà très éprouvée, s'affectait encore de voir l'enfant s'étioler faute de nourriture et refuser obstinément un sein étranger et toute autre alimentation.

A l'apparition de la première dent, comme il arrive souvent, les symptômes d'inflammation firent explosion du côté de l'intestin et la consomption marcha rapidement; à cet état déjà bien grave vinrent s'ajouter des aphtes dans la bouche, qui empêchaient le bébé de prendre le sein; l'enfant ainsi privée de toute alimentation et complètement exténuée paraissait vouée à une mort certaine. J'eus alors recours à la peptone.

J'ordonnai, toutes les quatre heures, un lavement composé de 20 grammes de lait et de 10 grammes de peptone Defresne. J'ajoutai parfois une ou deux gouttes de laudanum; ce seul nutriment, continué pendant près de deux mois, maintint la petite malade, et, par degré, améliora complètement son état; quand on put, après ce temps, lui administrer par la bouche quelques doses de 10 gouttes de peptone dans le lait faible et rare de la mère ou dans du tapioca, la guérison fut complète. Les symptômes de cette cachexie profonde étant disparus, l'enfant prit des forces, et elle se trouve aujourd'hui dans un état vraiment satisfaisant, après avoir usé pendant cinq mois seulement de la peptone Defresne, suivant la manière et dans les conditions que nous avons relatées.

Obs. III. — Philippe R..., âgé de neuf ans, assez bien constitué, tempérament nerveux et lymphatique, a eu la rougeole, la scarlatine, ainsi que de légers accès de fièvre intermittente, et enfin une fièvre typhoïde fruste. Il présentait, vers la fin de 1885, tous les caractères de l'anémie : pâleur, palpitations, maux de tête, glandes au cou et sur d'autres points, exostoses sur les crêtes des tibias.

Cependant son alimentation était succulente; il faisait usage du vin de Bordeaux et il avait été soumis tour à tour aux ferrugineux, à l'huile de foie de morue, aux préparations de phosphate de chaux. Les soins hygiéniques, les exercices variés, l'hydrothérapie, marchaient de pair avec le traitement. En dépit de tous ces efforts, son état ne s'améliora pas et il se maintint mauvais toute l'année dernière.

C'est alors qu'au mois de janvier 1886, on commença à lui donner le vin de peptone Defresne à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, dose que l'on éleva bientôt à deux cuillerées; au bout de quelques jours, les tumeurs des jambes allaient en disparaissant, l'engorgement des glandes diminua, le petit malade reprit des forces, le teint se colora, les membres se mouvaient sans effort, l'appétit revint; par contre les maux de tête disparurent, ainsi que les palpitations; l'état général s'améliora à vue d'œil. L'enfant n'a pas cessé de faire usage du vin de peptone, et aujourd'hui il est complètement rétabli; à peine perçoit-on quelques traces des glandes si volumineuses autrefois.

Je m'abstiens de tirer aucune déduction des cas énumérés ci-dessus; ils appellent de nouvelles études qui permettront d'apprécier l'assimilation complète, l'action réparatrice des peptones. Mais il est de mon devoir d'appeler l'attention sur les deux points suivants qui ressortent des observations précédentes :

1° Mme Antonia G... et la jeune R... se sont alimentées et nourries avec avantage pendant des jours nombreux en faisant exclusivement usage de la peptone;

2° Elles ont reçu cette alimentation par les intestins seulement, car pendant longtemps ni l'une ni l'autre n'ont rien pu absorber par l'estomac, et cependant elles ont recouvré la santé et retrouvé leur vigueur primitive. Ces faits ne peuvent être illusoires, et, pour les corroborer, je soigne d'autres malades dont j'attends la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

RAPPORTS

Tumeur blanche du coude; résection. — M. **Richelot** fait un rapport sur deux observations de M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agit, dans la première, d'un jeune homme de dix-huit ans atteint d'une tumeur blanche du coude, auquel il pratiqua la résection de cette articulation, avec grattage des fongosités, drainage et pansement de Guérin. Il eut, à la suite de l'opération, une suppuration abondante que M. Richelot attribue à l'incision qui a été pratiquée et à l'absence d'iodoforme dans le pansement. Cependant, après quatre mois, le malade était guéri.

Fracture compliquée du fémur, luxation de l'astragale. — La seconde observation a trait à un cas de fracture compliquée de cuisse du côté droit avec luxation de l'astragale du côté gauche. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans qui avait été pris dans un engrenage. Ce traumatisme réveilla des accès de fièvre intermittente. Après un long traitement, ce malade a guéri. Ce jeune homme a subi plusieurs traumatismes qui chaque fois ont réveillé des accès de fièvre palustre et déterminé des gangrènes et des eschares.

COMMUNICATIONS

Blessure de l'aisselle; ligature de l'axillaire. — M. **Poncet** (de Lyon) communique un fait rare de blessure dans l'aisselle par arme à feu, avec ligature de l'axillaire, puis ligature ultérieure de la sous-clavière.

Il s'agit d'un gardien de la paix, âgé de trente-neuf ans, qui avait dans sa poche un revolver chargé; l'arme étant tombée à terre, partit, et il reçut la balle dans l'aisselle; il perdit environ un litre de sang. Il n'y avait pas d'orifice de sortie, pas de fracture; le pouls était supprimé au pli du coude et à la radiale. En présence de l'hémorrhagie persistante, M. Poncet pratiqua la ligature de l'axillaire dans la plaie. L'artère avait été coupée complètement; le bout inférieur fut trouvé facilement et lié, le bout supérieur était à 6 centimètres du bout inférieur. La ligature de ce bout ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie, l'artère étant ulcérée sur une étendue de 2 centimètres; il fallut mettre un fil plus haut. Il y eut deux hémorrhagies secondaires assez abondantes. La balle avait été extraite par une contre-ouverture.

Devant ces hémorrhagies, M. Poncet pratiqua la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Après quinze heures, nouvelle hémorrhagie très grave. A trois reprises différentes, on fit une transfusion de liquide salin analogue au sérum sanguin. Malgré ces trois transfusions, le malade succomba six jours après l'accident.

A l'autopsie, on trouve le nerf médian éraflé sur toute son

épaisseur, ce qui explique la paralysie de l'avant-bras dont était atteint le malade. Du côté du bout inférieur, le fil était resté et il y avait un caillot suffisant; du côté du bout supérieur, pas l'ombre de caillot; du côté de la sous-clavière, il y avait un caillot parfaitement hémostatique. Aucune lésion viscérale.

La véritable cause de la mort était les hémorrhagies et une septicémie locale consécutive aux hémorrhagies secondaires. En résumé, en présence d'une hémorrhagie de l'axillaire, il faut lier les deux bouts dans la plaie ; si cela ne suffit pas, il vaut peut-être mieux désarticuler l'épaule que de lier à distance.

Corps étrangers de l'urèthre ; suture du canal.— M. TERRIER fait une communication sur un corps étranger de l'urèthre qu'il a dû enlever en faisant une longue incision sur le canal et en réunissant par première intention.

Il s'agissait d'un vieillard portant dans le canal une petite tumeur qui lui donnait de la peine à uriner ; il s'était introduit un lacet de bottine pour se faire uriner.

M. Terrier fit une incision suffisamment longue (de 7 à 8 centimètres) ; il trouva sur la paroi latérale droite une petite tumeur, il retira trois ou quatre morceaux de lacet. L'ouverture du canal de l'urèthre fut grattée, avivée et le canal fut seul suturé, et pas la peau. La réunion par première intention réussit dans une grande étendue (6 centimètres sur 7). Une sonde fut laissée à demeure pendant dix jours consécutifs. Au vingtième jour, la plaie uréthrale était complètement guérie ; le malade était un paludéen ; on ne lui donna pas de sulfate de quinine et il n'eut pas de fièvre. Il prit du borate de soude à l'intérieur qui rendit ses urines aseptiques.

M. LE DENTU a pratiqué une suture de l'urèthre pour compléter une uréthrotomie externe. Il a eu à se féliciter de cette suture.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que M. Daniel Mollière a fait cette suture après l'extirpation de rétrécissements. M. Lucas a fait une suture semblable dans un cas de rupture périnéale avec un plein succès. M. Lucas se demande s'il est bien nécessaire de faire la suture du canal de l'urèthre ; celle du périné suffit.

M. ANGER a eu l'occasion d'ouvrir largement l'urèthre dans un cas de rétrécissement infranchissable. Il avait bien reconnu une induration qu'il avait attribuée à une inflammation du corps caverneux ; or c'était un calcul : il put l'extraire ainsi qu'un second près de la prostate.

Il avait ouvert le canal avec le thermo-cautère ; il passa une sonde dans la vessie. Le canal s'est refermé, le malade va maintenant aussi bien que possible, et la guérison était complète après six semaines. M. Anger ne voit donc pas quelle est, dans ces cas, la nécessité de la suture du canal de l'urèthre.

M. VERNEUIL admet très bien la suture du canal de l'urèthre ; il la croit formellement indiquée dans certains cas, dans d'autres, on peut s'en dispenser.

A la suite de grandes uréthrotomies externes, l'uréthrorrhaphie offre de grands avantages en prévenant les fistules péniennes. En résumé, l'uréthrorrhaphie primitive est indiquée dans les plaies où les opérations portent sur la portion pénienne.

M. HORTELOUP est très partisan de l'uréthrotomie externe ; elle donne habituellement de très bons résultats ; mais parfois il reste une fistulette très difficile à guérir. Or dans les cas où on fait la suture, on peut avoir cette fistulette consécutive.

M. TERRIER n'a parlé de la suture de l'urèthre que dans les cas de corps étrangers; il n'a eu qu'à se louer de son intervention. Il n'a pas abordé la question de l'excision des rétrécissements, sur laquelle il n'a pas une expérience suffisante. Mais chaque fois qu'il sera obligé d'ouvrir largement la portion pénienne du canal de l'urèthre, il en fera la suture, ainsi que celle de la peau.

PRÉSENTATION

Polype utérin. — M. MONOD présente un fibrome utérin du volume d'une orange qui était entièrement compris dans la cavité utérine. M. Monod se créa une voie en incisant le col avec les ciseaux du thermo-cautère. Il saisit la tumeur avec une pince de Museux ; il introduisit la serpette de Courty, sectionnant le pédicule, et put alors facilement extraire la tumeur, sans hémorrhagie.

M. POZZI demande à M. Monod s'il croit utile de recourir au thermo-cautère pour la section du col qu'il a toujours faite avec les ciseaux sans hémorrhagie.

Après l'incision bilatérale du col, on peut faire l'exploration digitale de la cavité utérine. Puis dans ces cas M. Pozzi fait ultérieurement le tamponnement iodoformé du col ou même de la cavité utérine.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, comme M. Pozzi, fait toujours l'incision du col avec les ciseaux, sans jamais avoir d'accidents.

M. LE DENTU ne craint pas non plus de faire le débridement avec des ciseaux. Outre ce débridement, il emploie les mandrins d'Hegar qui lui ont donné de très bons résultats pour achever la dilatation.

M. GUÉNIOT dit que les succès sont toujours très rapides quand le polype est bien enlevé. Mais il y a des cas où l'on a des hémorrhagies inquiétantes. Il est évident que nous sommes mieux armés contre les accidents, qu'au temps de Dupuytren qui avait signalé ces hémorrhagies. M. Guéniot préfère employer le serre-nœud qui permet d'enlever ces polypes sans avoir à abaisser l'utérus.

M. MONOD répond à M. Pozzi qu'il avait exploré l'utérus avec le doigt. Quant à l'incision, il croit avec M. Guéniot qu'il vaut mieux recourir au thermo-cautère quand il faut inciser le col dans toute sa hauteur.

ÉLECTION

M. Marc Sée est nommé membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 octobre 1886, ont été nommés dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, les médecins et pharmaciens stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, savoir :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Rioblanc, au 18e bataillon de chasseurs à pied; — Munschina, au 10e dragons; — Labitte et Herr, aux hôpitaux de la division de Constantine; — Guibal, au 8e chasseurs à cheval; — Galland, aux hôpitaux de la division de Constantine; — Marlier, au 14e chasseurs à cheval; — Fargin, aux hôpitaux de la division de Constantine ; — Mitry, au 19e d'artillerie; — Pettier, au 71e d'infanterie; — Lorin, au 20e bataillon de chasseurs à pied; — Adriet, au 48e d'infanterie; — Rouffignac, aux hôpitaux de la division de Constantine; — Notin, au 85e d'infanterie; — Forestier, au 8e hussards; — Thirion, au 21e bataillon de chasseurs à pied ; — Gury, au 98e d'infanterie; — Dieu, au 108e d'infanterie; — Doublet, au 24e bataillon de chasseurs à pied ; — Feuillade, au 67e d'infanterie.

MM. Bergasse, aux hôpitaux de la division de Constantine; — Jobert, au 17e bataillon de chasseurs à pied; — Manoha, aux hôpitaux de la division d'Alger; — Douillet, aux hôpitaux de la division de Constantine; — Delom-Sorbé, au 28e chasseurs à pied; — Villiers, au 10e hussards ; — Cherpitel, au 29e d'infanterie; — Alvernhe et Sabatier, aux hôpitaux de la division d'Alger; — Colle, au 118e d'infanterie; — Descubes, au 7e chasseurs à cheval; — Chapard, au 24e d'infanterie; — Foubert et Lairac, aux hôpitaux de la division d'Alger ; — Sébillon, au 77e d'infanterie ; — Langle et Guillabert, aux hôpitaux de la division d'Oran ; — Delarocheaulion, au 22e bataillon de chasseurs à pied; — Monphous, au 102e d'infanterie ; — Aubin, au 12e d'infanterie.

MM. Rocheblave et Courcenet, aux hôpitaux de la division

d'Oran; — Dalphin, au 137e d'infanterie; — Dicquemare, au 73e d'infanterie; — Cot, Gilbert, Chevalier et Darbouet, aux hôpitaux de la division d'Oran; — Puig, au 96e d'infanterie; — Creton, au 2e chasseurs à cheval; — Bourdin, au 84e d'infanterie; — Pelegry, Routier, Delahousse et Barudel, aux hôpitaux de la division d'Oran.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Cuminet, aux hôpitaux de la division d'Alger; — Fleury, Starck et Charaux, aux hôpitaux de la division de Constantine; — Rouffilange, aux hôpitaux de la division d'Alger; — Chirouse, aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Lafrogne et Dion, aux hôpitaux de la division d'Oran.

— Par décret, en date du 25 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bobichon, Dupré, Delcassé, Nollet, Broussolle, Duhamel, Maron, Cassine, Porchaire, Delporte, Pailhès, Bigo, Bastard, Ribbe, Bourgois, Bourdon, Franc, Feuilletaud, Durand et Treille.

— Par décret, en date du 25 octobre 1886, ont été nommés, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les médecins de l'armée active, dont les noms suivent, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878 :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Leplat.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Clary et Bleicher.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Clos et Vacher.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. Debeaux.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Delcusse.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Rousselet, pharmacien-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 23 octobre 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Alphant, pour l'hôpital du Gros-Caillou; — Galzain, pour le 116e d'infanterie; — Le Cadre, pour le 35e d'artillerie; — Fournier, pour le 121e d'infanterie; — Poulet, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Duponchel, pour le 17e chasseurs à cheval; — Rousset, pour le 141e d'infanterie; — Ribes, pour le 18e escadron du train des équipages militaires; — Atgier, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Duroux, pour le 37e d'infanterie.

MM. les médecins aide-majors de première classe Coquand, pour le 99e d'infanterie; — Moreau, pour le 75e d'infanterie; — Bernhard, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied; — Lagrange, pour le 144e d'infanterie; — Berthier, pour le 2e zouaves; — Fix, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Jaubert, pour le 6e d'artillerie; — Coindreau, pour le 15e dragons; — Durand, pour le 2e tirailleurs algériens; — Lemoine, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; — Baret, pour le 135e d'infanterie; — Ton, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; — Lévy, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Clément, pour le 4e dragons; — Spite, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied; — Beylier, pour le 37e d'artillerie; — Couenon, pour le 13e d'artillerie; — Meunier, pour le 1er d'artillerie; — Monnot, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; — Lepagnez, pour le 10e cuirassiers; — Gruet, pour le 24e dragons; — Chameroy, pour le 15e chasseurs à cheval; — Clavelin, pour le 56e d'infanterie; — Dupeyron, pour le 143e d'infanterie; — Dumoutier, pour le 54e d'infanterie; — Landouzy, pour le 8e d'infanterie; — Cot, pour le 17e d'infanterie; — Pruméras, pour le 22e d'infanterie; — Clary, pour les hôpitaux de la division d'Oran; — Mazeille, pour le 1er zouaves.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Maubrac, pour les hôpitaux de Tunisie; — Rocher, pour le 9e cuirassiers; — Lanel, pour le 1er spahis; — Milliot, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Mouret, pour le 2e hussards; — Buot, pour le 2e chasseurs d'Afrique; — Girardeau, pour le 24e d'artillerie; — Chauzeix, pour le 1er spahis; — Jannot, pour le 1er chasseurs d'Afrique; — Simon, pour le 4e hussards; — Boye, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Girard (Gilbert), pour l'hôpital des Colinettes, à Lyon; — Girard (Jean-Julien), pour l'hôpital de Versailles; — Jandos, pour l'hôpital de Bordeaux; — Adam, pour l'hôpital de Marseille.

— Par arrêté ministériel en date du 18 octobre 1886, M. le docteur Pichon, chef de la clinique de pathologie mentale, médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne, est compris dans la deuxième classe du cadre.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un concours s'ouvrira le 1er avril 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er mars inclusivement au secrétariat de l'Académie dans laquelle les candidats résident.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albenois (de Marseille), Brévard (de Lyon), Gay (de Paris), Pinel (de Montélimar), et Dinin, externe des hôpitaux de Paris.

— La Société française d'hygiène met au concours, pour l'année 1887, la question : « De la sédentarité dans les écoles (primaires et secondaires), et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial. »

La première partie exposera les faits et observations qui établissent la situation; la deuxième indiquera ses inconvénients et les modifications à apporter, s'il y a lieu, au point de vue de l'hygiène de la jeunesse.

Comme pour les concours antérieurs, de la première et de la deuxième enfance, les mémoires ne devront pas dépasser les limites d'une brochure in-18 de 32 à 36 pages.

La Société décernera aux lauréats : 1° une médaille d'or de la valeur de 500 francs; 2° deux médailles d'argent, chacune de la valeur de 150 francs.

Les mémoires (écrits en français, anglais, allemand, espagnol, italien) devront être remis, dans les formes académiques ordinaires, au siège de la Société (30, rue du Dragon), avant le 1er avril 1887.

— L'École d'anthropologie, qui entre dans sa onzième année d'existence, ouvrira ses cours le mercredi 3 novembre 1886, à cinq heures, dans son local habituel, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi à quatre heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi à huit heures et demie du soir (avec projections). — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique.

Mardi à quatre heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Mercredi à cinq heures. — M. Hervé : Anthropologie anatomique.

Vendredi à quatre heures et demie. — M. Manouvrier, suppléant M. Dally : Ethnologie.

Samedi à quatre heures et demie. — M. Bordier : Géographie médicale.

— La séance annuelle d'ouverture de l'École et Hôpital dentaires de Paris, aura lieu le samedi 30 octobre à 8 h. 1/2 du soir, dans la salle des fêtes de la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot, sous la présidence de M. Mesureur, président du Conseil municipal de Paris.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — Les consultations externes ont lieu ainsi qu'il suit, à neuf heures et demie :

Médecine. — Lundi, M. Falret; — Mardi, M. Charcot; — Mercredi, M. Joffroy; — Vendredi, M. Auguste Voisin; — Samedi, M. Jules Voisin.

La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales.

Chirurgie. — Jeudi, M. Terrillon. — Mardi, jeudi et samedi, de midi à deux heures, électrothérapie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur DECHAMBRE, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur LEREBOULLET, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Quatrième série, tome XI complet et tome XII (première partie). Cinquième série (commençant à la lettre U), tome I (première partie). — Prix de chaque fascicule : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales par M. Albert ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice des Ménages, recueillies par M. le docteur JUHEL-RÉNOY, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Étude sur les aliénés persécuteurs, par le docteur P. POTTIER, ancien interne des asiles de la Seine, médecin de la Maison de santé de Vanves. Grand in-8° de 110 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Étude clinique sur la période de réaction du choléra, par le docteur ODDO. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20202

Nº 128. — MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1886. — Nº 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur, par l'organe de M. Béclard, qui a lu pour lui, en son absence, a mis l'Académie au courant de la situation des sujets soumis à l'inoculation préventive de la rage pendant l'année qui vient de s'écouler. La statistique qu'il a dressée, si elle ne donne pas une satisfaction complète, absolue aux espérances qu'avaient pu faire concevoir les premiers résultats obtenus, est de nature, du moins, à nous prémunir contre les défiances exagérées, les dénigrements systématiques qui se sont glissés depuis quelque temps, suivant l'expression dont s'est servi à cette occasion M. Verneuil, à côté du courant d'admiration qu'ont suscité les premières communications de M. Pasteur. On verra d'ailleurs dans cette dernière note l'exposé des modifications que M. Pasteur a cru devoir introduire dans sa méthode d'inoculation pour en mieux assurer encore l'action bienfaisante.

Après l'audition de courtes lectures, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre des rapports de prix et les observations de M. Le Roy de Méricourt relatives à la classe des associés libres.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Pneumonie, néphrite, endocardite infectieuse.

Dans deux précédentes leçons (1), je vous entretenais de la malade couchée au lit nº 15 de la salle des femmes, entrée dans le service avec une néphrite énorme, une endocardite colossale et une pneumonie du sommet du poumon droit, suites d'un refroidissement. Je vous disais alors que cette femme, à son arrivée à l'hôpital, était dans un état des plus graves, en pleine urémie, mais que, grâce au traitement que nous avions immédiatement appliqué, la pneumonie avait parfaitement guéri, que les accidents urémiques avaient été heureusement conjurés. Seules n'avaient point cédé aux moyens employés mais persistaient encore, le jour de ma leçon, et avec un caractère sérieux, la néphrite et l'endocardite. Celle-ci s'accompagnait d'un souffle exceptionnellement intense, qui s'entendait dans toute la région dorsale, gênant ainsi considérablement l'auscultation du poumon. Aussi faisais-je les plus expresses réserves quant au pronostic.

En effet, je vous faisais remarquer que, pendant les premiers temps de son séjour ici, malgré l'état menaçant pour sa vie dans lequel elle était, elle n'avait eu que peu ou point de fièvre, tandis que, depuis quarante-huit heures, celle-ci était apparue, l'état général restant le même, d'où je concluais en vous disant que je redoutais vivement que son endocardite revêtit un caractère infectieux ou ulcéreux.

Aujourd'hui, — et c'est pourquoi je reviens sur ce sujet, — nos prévisions se sont absolument réalisées. Ainsi nous avons vu la température s'élever, le 29 du mois dernier, à 38 degrés; le 31, à 39°,6, et se maintenir pendant plusieurs jours au-dessus de 39 degrés, malgré la thérapeutique à laquelle nous avions recours. En même temps le facies s'altérait, la figure prenait un aspect pâle, terreux, la rate augmentait notablement de volume; elle devenait douloureuse à la pression; la dyspnée apparaissait et prenait un tel caractère joint à une prostration excessive, que, à plusieurs reprises, la malade parut être à l'agonie, notamment encore mardi dernier. Ce jour-là, elle n'ouvrait même plus les yeux, et l'abattement, l'état adynamique étaient des plus prononcés. C'était déjà la troisième fois que pareils accidents se renouvelaient. De plus, l'examen du sang nous avait déjà décelé la présence, dès le début des phénomènes, de micro-organismes de formes variables : pneumonocoques, streptocoques, etc.

En résumé, dès le 1er de ce mois, — il y a vingt-cinq jours, — nos craintes d'endocardite infectieuse commençaient à être justifiées.

Un peu plus tard, nous constations de nouveaux symptômes; ce n'était plus seulement d'une douleur dans l'hypochondre gauche, dans la région splénique, dont la malade se plaignait, mais encore de douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs qui s'exaspéraient aussi par la pression, résultant d'infarctus hépatiques, comme la douleur splénique, d'infarctus de la rate. J'ajoute que l'existence d'infarctus rénaux nous paraissait également vraisemblable.

Jusque-là nous nous trouvions en présence d'effets loca-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, pp. 557 et 574.

lisés à distance de l'endocardite, sans aucun signe d'embolie mésentérique. Mais, en même temps, la malade éprouvait les effets mécaniques de son endocardite au niveau des orifices aortique et mitral; l'œdème des extrémités inférieures augmentait et s'étendait peu à peu jusqu'à l'abdomen et à la région lombaire. Depuis hier, le ventre est un peu augmenté de volume dans la région hypogastrique, comme s'il s'agissait du début d'une ascite.

Du côté du cœur, nous avons observé, depuis quelques jours, des modifications dans le souffle cardiaque, resté jusque-là encore extrêmement fort et s'entendant partout, avec un maximum d'intensité cependant au niveau des foyers aortique et mitral. Aujourd'hui il y a souffle présystolique à la pointe et souffle systolique à la base, c'est-à-dire deux foyers distincts l'un de l'autre. La diffusion de l'endocardite est moindre; la lésion est plus localisée aux orifices. D'autre part, l'albuminurie a diminué, la quantité d'albumine n'est plus que de 3 grammes par litre.

Quant à la fièvre, sa marche est importante à noter. Il n'y a pas eu d'hyperthermie véritable, car une température de 39 degrés n'est pas, à proprement parler, de l'hyperthermie. La fièvre n'a pas été non plus continue, mais elle a présenté des rémissions intermittentes. Il serait donc faux de dire que la fièvre est toujours continue et qu'il y a toujours de l'hyperthermie. La thérapeutique, il est vrai, y a été pour quelque chose, tantôt par l'emploi de l'acide salicylique, tantôt par l'emploi du bromhydrate de quinine.

C'est également une grave erreur de dire que l'endocardite infectieuse est toujours remarquable par la rapidité de ses allures, par sa courte durée et par sa terminaison fatale. Tandis que nous voyons, au contraire, cette affection durer parfois jusqu'à six semaines et parfois aussi se terminer par la guérison.

Notre malade en est pour ainsi dire un nouvel exemple, si nous considérons l'état dans lequel elle se trouvait encore mardi dernier et celui dans lequel elle est aujourd'hui et depuis quarante-huit heures (respiration améliorée très notablement, température abaissée à 38 degrés, localisation de la lésion). Et j'ajoute que, s'il ne survient aucune complication, aucune embolie, notre malade a de grandes chances de guérir. Je l'espère vivement si son endocardite, en tant que foyer d'infection et d'embolie, ne donne pas lieu à de nouveaux accidents.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

MONTRANT QUE LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE N'EST DUE NI ENTIÈREMENT, NI MÊME EN GRANDE PARTIE, A LA COAGULATION DES SUBSTANCES ALBUMINEUSES DES MUSCLES.

Par M. Brown-Sequard, membre de l'Institut.

Dans un travail que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie des sciences, le 9 novembre dernier (1), j'ai déjà rapporté quelques faits contraires à la théorie de Brücke et de Kuhne sur la nature de la rigidité cadavérique. Je vais en rapporter d'autres plus décisifs encore.

La question est de savoir si la rigidité dépend entièrement ou principalement d'une simple transformation de substances albumineuses qui se coagulent ou, comme je l'ai déjà soutenu, d'un acte spécial de vitalité musculaire persistant après la mort, jusqu'à l'apparition de la putréfaction. Réservant pour une autre communication les preuves sur lesquelles j'appuie cette dernière opinion, je vais essayer aujourd'hui de faire voir combien est fausse l'idée du rôle prépondérant que l'on attribue à la coagulation de la substance qui donne origine à la myosine.

(1) *Recherches expérimentales paraissant prouver que les muscles atteints de rigidité cadavérique restent doués de vitalité jusqu'à l'apparition de la putréfaction* (in *Comptes rendus*, vol. CI, 1885, p. 926).

I. Parmi les arguments nombreux qui montrent que la rigidité cadavérique ne dépend pas surtout d'une simple coagulation de matières albumineuses, j'ai déjà mentionné le fait singulier que les muscles rigides ne sont pas en repos et que leur état de contraction se modifie très fréquemment. Je renvoie à mon travail de l'an dernier, où j'ai fait voir que les mouvements de raccourcissement et d'élongation alternatifs des muscles atteints de raideur cadavérique sont assez considérables. J'avais employé alors la méthode graphique. J'ai pu, depuis lors, m'assurer, par des mesures directes, que la longueur des muscles raides se modifie très souvent, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. J'ai trouvé, de plus, que pendant le travail de *rigidification*, c'est-à-dire durant la période dans laquelle le muscle passe de son état de souplesse à celui de rigidité, il se modifie très fréquemment, non pas, comme on le suppose, en devenant régulièrement de plus en plus raide, mais en faisant alternativement des progrès vers la rigidité et des retours vers la souplesse. On sait que, lorsque la raideur cadavérique n'est pas complète dans les membres, on peut faire mouvoir librement, jusqu'à un certain point, une partie d'un membre sur un autre. L'étendue de cette mobilité donne la mesure du degré de la rigidité. J'ai trouvé, surtout dans les cas où la raideur *post mortem* est lente à se compléter, que cette mobilité varie souvent, c'est-à-dire que le jeu d'une partie sur une autre devient nombre de fois alternativement plus faible et plus considérable, montrant que les muscles se sont alternativement raccourcis et allongés.

Il est évidemment impossible de concilier de tels faits avec la théorie qui a cours sur la production de la rigidité cadavérique. Une coagulation de substances albumineuses ne peut se faire et se défaire alternativement.

II. Lorsque la rigidité cadavérique se produit rapidement chez des animaux vigoureux tués par asphyxie, on constate qu'il est impossible, après qu'elle a atteint toute son intensité, de la détruire d'une manière complète sans employer une force très considérable et sans léser le tissu musculaire. Je demande si, en présence de ces faits, il est possible d'admettre que la raideur n'est due qu'à une coagulation de substances albumineuses?

III. Nysten (1) a soutenu que si l'on rend la souplesse à un membre atteint de rigidité *post mortem*, cette raideur n'y revient pas. Sommer, au dire de M. J. Müller (2), a constaté que si l'on emploie la force pour vaincre la rigidité cadavérique alors qu'elle est complètement développée, elle ne se reproduit pas, mais que si elle n'a pas encore atteint son plus haut degré d'intensité, elle se rétablit. J'ai déjà montré depuis bien longtemps (3), que, contrairement à l'assertion de Sommer, dans un membre ayant atteint le maximum de rigidité, celle-ci peut reparaître après avoir été détruite. Mais des expériences négatives m'avaient fait croire que lorsque la rigidité a existé vingt-quatre heures ou plus longtemps, elle ne se développe plus si on la fait cesser. J'ai depuis constaté qu'il n'est pas de période de la raideur *post mortem* où celle-ci ne puisse réapparaître après qu'on l'a détruite.

A ma grande surprise, j'ai trouvé, le 31 mars de l'année dernière, chez un chien mort depuis le 12 mars, que la rigidité pouvait encore revenir rapidement après avoir été détruite. Chez cet animal, mort avec tout ce qui caractérise ce que j'ai décrit sous le

(1) *Recherches de physiologie et de chimie pathologiques.* — Paris, 1841, p. 401.

(2) *Manuel de physiologie*, traduit par Jourdan, édition Littré. — Paris, 1851, vol. II, p. 42.

(3) *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux.* — Paris, 1858, vol. I, p. 281.

nom d'arrêt des échanges entre les tissus et le sang (1), la raideur avait été complète jusqu'au 31 mars. Ce jour-là, il y avait un peu de jeu aux trois principales articulations du membre postérieur gauche. Voulant m'assurer de la résistance des muscles de ce membre, je pratiquai, à plusieurs reprises, l'extension et la flexion du pied, de la jambe et de la cuisse. Environ une demi-heure après, je constatai que le membre, que j'avais assoupli notablement, avait repris presque toute la raideur qu'il avait avant les tiraillements que je lui avais fait subir. Ainsi donc, dix-neuf jours après la mort, la raideur peut réapparaître très promptement après qu'on l'a fait cesser. Chez ce même animal, deux fois encore (le 4 et le 7 avril, c'est-à-dire vingt-trois puis vingt-six jours après la mort), j'ai déraidi le même membre et la rigidité s'est remontrée, mais chaque fois à un degré un peu moindre qu'avant, excepté à la hanche, où elle a été plus considérable après qu'avant le second déraidissement.

Ces faits singuliers, et absolument décisifs contre la théorie d'après laquelle la rigidité dépendrait de la coagulation d'une substance albumineuse, m'ont conduit à faire de très nombreuses recherches sur des animaux d'espèces variées, et j'ai constaté, chez tous, la possibilité du retour de la raideur après l'assouplissement des membres rigides. Chez les oiseaux, les cobayes, les lapins, les singes, la puissance de reproduction de la raideur est *bien moindre* que chez les chiens et les chats. Plus les muscles sont vigoureux, plus le retour de la raideur est fréquent, rapide et considérable. Après avoir déraidi quatre, cinq ou six fois, et jusqu'à huit fois, dans un petit nombre de cas, des membres de chiens morts avec arrêt actif des échanges et depuis un temps quelquefois très long, j'ai vu assez souvent la raideur revenir. Plus la rigidité se montre rapidement après la mort, plus est faible la puissance que possèdent les muscles de se rigidifier de nouveau après un déraidissement complet. C'est presque uniquement chez des animaux ayant eu de violentes convulsions après la mort, que j'ai constaté que la rigidité détruite ne réapparaissait pas, même quelquefois peu de temps après l'apparition de la raideur *post mortem*.

Je ne crois pas avoir besoin de montrer que ces faits sont absolument décisifs contre la théorie que je combats, car la raideur ne pourrait pas se montrer de nouveau si elle dépendait d'une coagulation de substances albumineuses, le seul effet du déraidissement étant de vaincre, par distension, l'élasticité de ces substances, et non de les liquéfier, ce qui serait essentiel pour qu'elles pussent de nouveau se coaguler.

IV. Il arrive assez souvent que la rigidité cadavérique *reproduite*, ou *en retour*, est rapidement plus considérable que celle de la raideur qui précédait le déraidissement. Je reviendrai sur la signification de ce fait dans une autre communication.

V. A l'aide d'un moteur hydraulique, j'ai fait jouer presque tous les muscles d'un membre, pendant sept, huit ou dix heures, et j'ai constaté, pendant tout ce temps, que la rigidité ne se montrait pas et qu'elle apparaissait, au contraire, rapidement, lorsqu'on cessait de faire mouvoir le membre. Cependant, quelques muscles ou quelques parties de muscles échappaient alors au mouvement et la raideur survenait en plusieurs points du membre, pendant cette expérience. Pour obtenir un résultat plus net, j'ai opéré autrement. Après avoir tué des chiens ou des lapins vigoureux, j'ai attendu que la raideur commençât dans les quatre membres, et j'ai alors fait mouvoir rapidement et fortement, dans tous les sens possibles, les deux membres d'un côté du corps. J'ai continué pendant plusieurs heures ces tiraillements de deux membres, attendant, pour m'arrêter, que les deux autres membres eussent atteint le maximum d'intensité de la rigidité cadavérique. J'ai alors cessé les tiraillements, et constaté que les membres qui y avaient été soumis étaient absolument souples. Mais bientôt après, la raideur s'y est montrée, et, dans un temps un peu plus court que pour les deux autres membres, elle y a presque toujours acquis le maximum d'intensité. Dans des cas rares, la rigidité n'y a pas été aussi complète que dans les deux autres membres, exception due, comme je m'en suis assuré, à ce que les mouvements avaient été trop violents et avaient produit des lésions traumatiques dans les muscles.

Il me semble évident que, si la rigidité dépendait de la coagulation d'une substance albumineuse, les mouvements n'empêcheraient pas cette coagulation. Ce que nous savons de la fibrine montre, au contraire, que le mouvement (le battage en particulier) active la coagulation. En admettant, ce que je crois vrai, qu'à un certain moment après la mort les substances albumineuses des muscles se coagulent, les caillots doivent être brisés et presque réduits en poussière par les mouvements auxquels les muscles sont soumis dans cette expérience. Dans cet état, le rôle de ces caillots est fini, ce qui expliquerait la souplesse des muscles, lorsqu'on cesse de mouvoir les membres, mais ce qui, assurément, devrait, contrairement à ce que montre l'expérience, empêcher l'apparition de la rigidité.

VI. Un fait extrêmement intéressant et dont je m'occuperai à d'autres égards dans une communication subséquente, montre que quelquefois la raideur *post mortem* apparaît dans un ou plusieurs membres, alors que l'irritabilité musculaire n'y a rien perdu de sa puissance. Il serait impossible de concilier la coexistence de ce degré d'irritabilité avec la rigidité, si celle-ci dépendait de la coagulation de substances albumineuses.

VII. J'ai trouvé, dans ces dernières années, un fait qui est, comme les précédents, tout à fait contraire à la théorie que je combats. On croyait que la rigidité cadavérique ne disparaît que lorsque la putréfaction des muscles s'est montrée d'une manière évidente. J'ai constaté que quelquefois il n'en est pas ainsi : j'ai vu, en effet, cinq ou six fois, la raideur disparaître complètement alors que les muscles, à part leur mollesse et leur couleur, n'avaient aucune apparence de putréfaction. Donc, ceux qui croient que c'est à une dissolution de la myosine par le travail de la putréfaction qu'est due la cessation de la rigidité, se trompent.

Conclusion. — La rigidité cadavérique ne dépend ni entièrement, ni principalement, de la coagulation de diverses substances albumineuses dans le tissu musculaire ou baignant ses éléments, comme le soutiennent aujourd'hui la plupart des physiologistes, à la suite de Brücke, de Kuhne et de Wundt.

(1) *Comptes rendus*, vol. XCIV, 1882, p. 491. La durée extrêmement longue de la rigidité cadavérique, chez les animaux morts avec arrêt des échanges entre les tissus et le sang, a rendu possibles nombre des faits exposés dans cette note.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre 1886. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

MM. les docteurs Frémy (de Nice) et Queirel (de Marseille) sollicitent le titre de correspondant national.

M. le Président annonce la mort de M. Mialhe, doyen de la section de pharmacie.

LECTURES

Prophylaxie de la rage. — M. Béclard lit pour M. Pasteur, absent, la note suivante :

Aujourd'hui, 31 octobre, 2490 personnes sont venues subir, à Paris, des inoculations préventives de la rage. Le traitement a d'abord été uniforme pour la grande majorité des mordus, malgré les conditions très diverses d'âge, de sexe, du nombre de morsures, du siège de celles-ci, de leur profondeur et du temps écoulé entre le moment des morsures et le début du traitement. Le traitement était de dix jours : chaque jour la personne mordue recevait une injection de moelle de lapin, en commençant par la moelle du quatorzième jour et en finissant par la moelle du cinquième jour.

Les 2490 personnes se classent comme il suit par nationalités : Angleterre, 80. — Autriche-Hongrie, 52. — Allemagne, 9. — Belgique, 57. — Espagne, 107. — Grèce, 10. — Hollande, 14. — Italie, 165. — Portugal, 25. — Russie, 191. — Indes anglaises, 2. — Roumanie, 22. — Turquie, 7. — Suisse, 2. — États-Unis, 18. — Brésil, 13. — France et Algérie, 1726.

Le nombre total des Français venant de France ou d'Algérie étant considérable, nous pouvons nous borner à discuter l'efficacité de la méthode en ne considérant que les faits relatifs à cette catégorie de mordus.

Sur ces 1700 traités, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace.

10 morts sur 1700, 1 pour 170, tel est pour la France et l'Algérie le résultat de la méthode dans sa première année d'application.

Prise en bloc, cette statistique démontre l'efficacité de la méthode, efficacité démontrée également par les morts relativement très nombreuses des personnes non vaccinées. On peut certes affirmer que, parmi les Français mordus pendant cette année 1885-1886, bien peu ne sont pas venus au laboratoire de l'École normale. Eh bien, sur cette faible minorité, il y a, à ma connaissance, 17 cas de morts par rage.

A tous les faits de notre statistique s'ajoute le document suivant :

Le nombre des personnes qui meurent de la rage, à Paris, est très rigoureusement connu pour les hôpitaux, surtout depuis cinq ans.

On sait ainsi que, dans ces cinq dernières années, 60 personnes sont mortes de la rage dans les hôpitaux de Paris ; en moyenne 12 par an. Aucune année, d'ailleurs, n'a été exempte de morts plus ou moins nombreuses. L'an dernier il y en a eu 21. Or, depuis le 1er novembre 1885 que fonctionne la méthode préventive de la rage à mon laboratoire, il n'est mort de rage dans les hôpitaux de Paris que deux personnes, toutes deux non inoculées, et une troisième qui l'avait été, mais non par les traitements intensifs répétés dont je vais parler dans un moment.

Si l'on étudie les faits qui précèdent, on voit que le plus grand nombre de ceux qui ont succombé malgré le traitement sont des enfants, et ont été mordus à la face. Ces enfants ont subi le traitement simple. Or j'ai la conviction que ce traitement, surtout pour des morsures de ce genre, risque d'être insuffisant.

Malheureusement cette conviction n'a pu être acquise que tardivement, de longs délais étant nécessaires pour conclure, à cause de la durée exceptionnelle de certaines incubations de la rage.

L'histoire des Russes de Smolensk a été un premier enseignement.

Lorsque nous vîmes mourir à l'Hôtel-Dieu trois de ces dix-neuf Russes mordus par un loup enragé, le premier en plein traitement, les deux autres quelques jours après la fin de leur traitement, M. le docteur Grancher et moi nous fûmes très troublés. Les seize autres allaient-ils donc succomber à la rage? La méthode était-elle impuissante devant la rage du loup? Nous souvenant alors que tous les chiens que j'avais vaccinés avaient reçu, en dernière inoculation préservatrice une moelle virulente extraite le jour même, et que le premier vacciné avait terminé son traitement par une moelle extraite la veille, nous avons fait subir un deuxième et un troisième traitement aux seize Russes qui restaient, en allant jusqu'aux moelles les plus fraîches, celles de quatre, de trois et de deux jours.

C'est à ces traitements répétés qu'il faut attribuer très vraisemblablement la guérison de ces seize Russes. (Une dépêche reçue ce matin du maire de Seloï m'annonce qu'ils sont toujours et tous en bonne santé.)

Encouragé par ces résultats et par de nouvelles expériences que j'exposerai tout à l'heure, j'ai modifié le traitement en le faisant à la fois plus rapide et plus actif pour tous les cas, et plus rapide encore, plus énergique, pour les morsures de la face ou pour les morsures profondes et multiples sur parties nues.

Aujourd'hui, dans le cas de blessures au visage et à la tête, et pour les blessures profondes aux membres, nous précipitons les inoculations afin d'arriver promptement aux moelles les plus fraîches.

Le premier jour on inocule, par exemple, les moelles de douze, de dix, de huit jours à onze heures, à quatre heures et à neuf heures ; le deuxième jour, les moelles de six, de quatre et de deux jours aux mêmes heures ; le troisième jour, la moelle de un jour. Puis le traitement est repris ; le quatrième jour par moelles de huit, de six, de quatre jours ; le cinquième jour par moelles de trois et de deux jours ; le sixième jour, par moelle d'un jour ; le septième jour, par moelle de quatre jours ; le huitième jour par moelle de trois jours ; le neuvième, par moelle de deux jours ; le dixième jour, par moelle de un jour.

On fait ainsi trois traitements en dix jours et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches.

Si les morsures ne sont pas cicatrisées, si les personnes mordues ont tardé de venir au traitement, il nous arrive, après des intervalles de repos de deux à quelques jours, de reprendre de nouveau ces mêmes traitements et d'atteindre les périodes de quatre à cinq semaines, qui sont les périodes dangereuses pour les enfants mordus à la face.

Ce mode de vaccination fonctionne pour les grièvement mordus depuis deux mois, et les résultats sont jusqu'ici très favorables. Pour en donner la preuve, M. Pasteur met en parallèle d'une part les circonstances de morsure et d'inoculation de six enfants que le traitement simple n'a pas préservés, d'autre part celles qui sont relatives à dix enfants mordus au mois d'août dernier et ayant reçu le traitement intensif.

Comme il est rare que la période dangereuse dépasse, pour les enfants mordus au visage et à la tête, la durée de quatre à six semaines, j'ai la confiance, ajoute-t-il, que ces dix enfants sont dès à présent hors de danger.

Il me reste à faire connaître à l'Académie les résultats de nouvelles expériences sur les chiens.

On pouvait objecter à la pratique habituelle des vaccinations de l'homme *après* morsure, fondée sur la vaccination des chiens *avant* morsure, que l'immunité des animaux n'avait pas été suffisamment démontrée après leur infection certaine par le virus rabique. Pour répondre à cette objection, il suffit de produire l'état réfractaire des chiens après trépanation et inoculation intra-cranienne du virus de la rage des rues. La trépanation est le mode d'infection le plus certain et ses effets sont constants.

Mes premières expériences sur ce point remontent au mois d'août 1885. Le succès avait été partiel. Dans le cours de ces derniers mois, j'ai repris ces expériences aussitôt que le service de la rage m'en a laissé le loisir. Voici les conditions de leur réussite : la vaccination doit commencer peu de temps après l'inoculation, dès le lendemain, et l'on doit y procéder rapidement, donner la série des moelles préservatrices en vingt-quatre heures et même dans un délai moindre, puis répéter de deux en deux heures le traitement une ou deux fois.

Si le docteur Frisch (de Vienne) a échoué dans des expériences de ce genre, cet échec est dû à la méthode de vaccination lente qu'il a adoptée. Pour réussir, il faut, je le répète, procéder rapidement, vacciner les animaux en peu d'heures, puis les revacciner. On pourrait formuler ainsi les conditions de réussite ou d'échec de ces expériences : le succès de la vaccination des animaux après leur infection par trépanation dépend de la rapidité et de l'intensité de la vaccination.

L'immunité conférée dans de telles conditions est la meilleure preuve de l'excellence de la méthode.

M. VERNEUIL. A côté du courant si légitime d'admiration qu'ont fait naître les communications de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage, il s'est glissé un autre courant de dénigrement et de calomnie. Ce matin encore, on me disait à l'hôpital que M. Pasteur venait de perdre neuf inoculés. La preuve, ajoutait-on, des revers qu'il a essuyés, c'est qu'il a changé de méthode. Ce n'est pas un changement, mais un perfectionnement que M. Pasteur vient d'apporter à sa méthode. Il y a lieu d'espérer que la communication que nous venons d'entendre mettra un terme à tous ces dénigrements.

Injections rectales gazeuses dans la laryngite et les ulcérations des voies respiratoires. — M. L. BERGEON, agrégé libre de la Faculté de Lyon, donne lecture d'un travail dans lequel il rend compte des résultats qu'il a obtenus par la méthode des injections rectales gazeuses dans la laryngite simple inflammatoire et tuberculeuse, les ulcérations des voies respiratoires, la pharyngite, etc. Il soumet à l'Académie une malade qui est aphone par suite de la destruction de ses cordes vocales. Cette destruction avait déjà eu lieu en janvier dernier, lorsque cette malade est venue lui demander des soins, à la dernière période d'une phthisie héréditaire. Les douleurs de gorge étaient tellement violentes à cette époque que cette pauvre femme restait quelquefois jusqu'à trois jours de suite sans manger, pour éviter les douleurs de la déglutition.

Dès les premiers jours du traitement par les lavements gazeux, les douleurs de gorge ont diminué et, en deux ou trois semaines, on obtenait le commencement de la cicatrisation de ces ulcères, cicatrisation qui s'est maintenue depuis huit mois, malgré l'état de ses poumons, qui sont le siège d'énormes excavations.

M. Bergeon termine sa communication en résumant en quelques mots les résultats de sa méthode des lavements gazeux dans la phthisie aiguë à forme pneumonique, phthisie galopante, granulée. (Renvoyé à une commission.)

Sulfate de quinine. — M. DE VRYE, correspondant étranger de l'Académie, fait sur ce sujet une nouvelle communication, qui est renvoyée à la section de pharmacie.

A 4 h. 1/4, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Notes complémentaires du Mémorial d'un savant d'autrefois.

En remerciant l'honorable docteur Le Sourd de la généreuse hospitalité qu'il a bien voulu accorder dans les colonnes de la *Gazette des hôpitaux* au Mémorial de notre vénéré père, nous tenons à déclarer que le récit de ces souvenirs d'enfance, d'âge mûr, et de vieillesse, rédigé par lui pendant les dernières années de sa vie, sans aucune intention de publication, et qui a été la base de notre travail, était arrêté à la date du 8 mars 1862, celle de la mort de son vieil ami le général Durrieu; mais les actes exceptionnels d'énergie physique et morale accomplis par Léon-Dufour pendant les années 1862, 1863, 1864, la persévérance de ses travaux et de sa correspondance scientifiques, enfin la tenue quotidienne de son Journal de pratique médicale jusqu'au 23 février 1865, tous ces faits prouvent qu'à l'âge de la sénilité, des infirmités inséparables de la vieillesse, il resta jeune octogénaire, ou, comme le disait de lui un de ses amis de science, « un jeune homme en cheveux blancs ». Aussi nous n'avons eu qu'à rassembler les documents préparés par lui-même pour le complément de son Livre de souvenirs, et nous avons pu conserver à ce Mémorial toute la vérité de l'autobiographie.

Cette œuvre de vénération filiale qui, nous l'espérons, aura été bien accueillie par ses quelques amis survivants et par les fils ou petits-fils de ses anciens correspondants scientifiques, nous la terminerons par deux traits de sa force d'âme et de son amour de la nature. Peu de jours avant sa mort, qu'il pressentait avec toute la sérénité du philosophe et du chrétien, nous étions réunis à son chevet, ses deux fils et un confrère de la ville; il nous dit avec calme : « Je vais vous faire une confidence »; il prit successivement la main de chacun de nous, et après l'avoir placée sur sa région épigastrique, qui était le siège de battements très intenses, il ajouta ces simples mots qu'il prononça comme un ordre : « Vous savez ce que j'ai; ne m'en parlez plus. » Dans sa dernière semaine, il descendit plusieurs fois dans son jardin pour revoir les fleurs naissantes de son parterre, pour écouter le chant printanier des oiseaux et le bourdonnement des insectes butinant sur les fraîches corolles; c'était son adieu à la belle nature.

Il était sectateur zélé du bel adage : *Edita doctrinâ sapientum templa Serena;* mais il démentait volontiers le « *nemo contentus suâ sorte* » d'Horace, en redisant à son entourage : « Si j'avais à recommencer ma vie, je vivrais comme j'ai vécu. »

Le 18 avril 1865, il nous fut enlevé subitement par suite de la rupture de cette tumeur artérielle, dont il n'avait pas fait plus tôt la confidence à ses fils parce qu'il avait voulu revenir octogénaire au sommet du pic du Midi et aux rives de la Seine.

La Société entomologique de France, dans sa séance du 26 avril 1865, sous la présidence de son président, M. le docteur A. Grenier et sur sa proposition, adopta à l'unanimité les trois propositions suivantes :

1° Que le discours de M. le maire de Saint-Sever aux funérailles de Léon-Dufour et l'adieu adressé par M. le docteur Laboulbène seront imprimés dans les *Annales* de la Société.

2° Qu'un portrait lithographié et un autographe du regretté président honoraire seront placés dans le volume des *Annales* de 1865.

3° La Société invite M. Laboulbène à donner une indication complète des travaux entomologiques de ce doyen des zoologistes français.

Les vœux de la savante compagnie ont été accomplis; puisse-t-elle trouver dans la publication posthume des souvenirs de son ancien membre fondateur et président honoraire l'expression de nos sentiments d'estime et de gratitude.

Le 8 août 1867, au quatrième anniversaire de sa vaillante ascension au pic du Midi, nous fîmes sceller sur un rocher schisteux, à 500 mètres de l'hôtellerie du Tourmalet, une plaque en marbre blanc de Saint-Béat, préparée dans l'atelier de la marbrerie Geruzez, à Bagnères-de-Bigorre, et portant l'inscription suivante :

LE DOCTEUR LÉON-DUFOUR
NATURALISTE
A FAIT SA DERNIÈRE ASCENSION
AU PIC DU MIDI DE BIGORRE
LE 8 AOUT 1863
AGÉ DE 83 ANS

Ce rocher, que le général de Nansouty, l'un des promoteurs de l'observatoire du pic du Midi, a fait nommer *rocher Dufour*, a échappé jusqu'à présent au terrible vent de l'avalanche, plus heureux que le monument commémoratif des ascensions de l'astronome Plantade.

Saint-Sever (Landes).
Dr A. LÉON-DUFOUR,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Saint-Justin (Landes).
Dr G. LÉON-DUFOUR,
Ex-médecin chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, Officier de la Légion d'honneur.

12 octobre 1886.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par modification à la décision ministérielle du 21 septembre 1886 (1), relativement aux étudiants en médecine et en pharmacie engagés conditionnels d'un an, le ministre de la Guerre a reporté au 15 novembre 1886 la limite, fixée d'abord au 1er novembre, pour la remise des demandes de ces engagés conditionnels.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — M. Guy est maintenu dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène.

— *École de médecine de Poitiers*. — M. Lachaise, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 906.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. le professeur Planchon est nommé, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1886, directeur de ladite École.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Des congés sont accordés, sur leur demande, à MM. Bergeron, préparateur de géologie, et Vasseur, préparateur-adjoint de géologie.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Danis est nommé préparateur-adjoint de chimie générale.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Péchoutre est nommé chef des travaux pratiques de botanique.

M. Landes est nommé préparateur de botanique.

M. Thomas est nommé préparateur de chimie.

— *Muséum.* — Sont nommés boursiers près le Muséum, les candidats dont les noms suivent :

Bourses de licence. — Première année : MM. Caustier, Clémençot et Wallet; deuxième année : M. Censier.

Bourses de doctorat. — Première année : MM. Boule, Douliot, Goguel, Ménégaux, Meunier, Wertheimer et Biétrix; deuxième année : MM. Abadie, Bernard, Colomb, Danguy, Depousargues et Malard.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Daraignez, Bassères, Viéron, Audebert, Kuzmierski.

Internes provisoires. — MM. Saint-Hilaire, Bitot, Faivre, Fages, Mendes et Chabrely.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. 1. Demias, Lyonnet, Chaussade, Ollier, Charrin, Porte, Despeignes, Odin, Benoit dit Becker, Commandeur.

11. Philippe, Morard, Aurand, Couturier, Thévenet, Nové-Josserand, Villard, Giraud, Chambaud, Jassoud.

21. Guérin, Bisch, Saint-Cyr, Gantin, Cuniot, Gounon, Merlin, Margery, Dumonal, Marin,

31. Croizat, Thénoz, Trouillet, Barral, Levrat, Guillermaud et Marqueyrol.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bozonet père (de Montrevel), Fontaine (de Paris), Louis (de Livarot), Patureau (de Châteauroux) et Saint (d'Évreux).

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le lundi 8 novembre, à dix heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Jules Falret commencera son cours public sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 7 novembre 1886, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure. Les jeudis, à neuf heures, examen clinique des malades.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, le samedi 6 novembre 1886, à dix heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le mardi, leçon clinique dans les salles; le jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire; le samedi, leçon à l'amphithéâtre. Les autres jours seront consacrés : le lundi aux maladies des yeux et des oreilles, le mercredi à l'électrothérapie, le vendredi aux maladies de la peau.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'histologie le samedi 6 novembre 1886, à cinq heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera : 1° de l'anatomie générale du système nerveux : éléments nerveux, histologie des nerfs et des centres nerveux, terminaisons nerveuses périphériques; organes des sens spéciaux, etc.; 2° de l'anatomie générale du système musculaire à fibres striées et du système à fibres lisses; 3° de l'anatomie générale des systèmes osseux et cartilagineux.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 7 novembre 1886, à dix heures du matin, à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 8 novembre 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera cette année de la grossesse, de l'avortement et de l'attentat à la pudeur.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique le lundi 8 novembre 1886, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Le cours et les opérations ont lieu à neuf heures; les exercices ophthalmologiques ont lieu tous les mercredis.

— M. le professeur Jaccoud commencera le cours de clinique médicale le mardi 9 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. La visite des malades a lieu tous les jours, à neuf heures du matin.

— M. le professeur Duplay commencera son cours de médecine opératoire le jeudi 11 novembre 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Il s'occupera, pendant la durée de son cours, du traitement des maladies chirurgicales de la tête et du cou, et des opérations qui se pratiquent sur le crâne, sur la face et sur le cou.

— M. le docteur Henri Picard commencera, le lundi 8 novembre, à cinq heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, par M. Azarie Brodeur, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 fort vol. grand in-8° de 576 pages avec 5 planches en chromo-lithographie et 9 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Arcachon, ville d'été, ville d'hiver. — Topographie et climatologie médicales, par le docteur Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° avec phototypies, carte géographique, planches, profils, tableaux, etc. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets, par le docteur Robert. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20222

177

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Les stigmates de maïs ont été expérimentés depuis 1878 avec le plus grand succès dans les maladies de la vessie.

Ils ont produit des résultats remarquables dans un grand nombre de cas où les divers moyens habituellement employés avaient échoué. Ils peuvent, d'ailleurs, être employés alternativement ou concurremment avec ceux-ci : goudron, térébenthine, eaux minérales, etc.

Les stigmates de maïs en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais ce dernier, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours identique, et, sous un même volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement. On doit le prendre à jeun de préférence, et dans une tasse ou un verre d'eau froide ou chaude, ou bien de tisane.

Dans tous les cas, on obtient une boisson théiforme très agréable à boire et dont on ne se fatigue point.

3 fr. le flacon dans les principales pharmacies.

THÉ DU DOCTEUR DUFAU

AUX STIGMATES DE MAÏS.

1 fr. 50 la boîte.

NOTA. — Les stigmates de maïs donnant un rendement très variable en principes actifs, on a réservé pour ce thé les stigmates dont le titre n'est pas inférieur à 25 pour 100.

Dépôt général : Pharmacie LAGNOUX, 19, rue des Missions, à Paris.

72

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables ; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie*.

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles* : un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes ; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, ph^ien^ de 1re classe, F^g^ Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

33

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.

Ph^ie^ T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Ph^ies^.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

106

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

10

A PRENDRE DE SUITE

à des conditions avantageuses, une clientèle médicale, à 4 heures de Paris (chef-lieu de canton). — Chevaux, voitures, mobilier. — Produit : 12 000 francs, dont 1 100 francs de fixe. — Ecrire au régisseur des annonces, 232, b^d^ St-Germain.

60

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le **Vin iodé de Moride** est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre* ; il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

61

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, ph^ien^, 41, B^rd^ Haussmann et t^tes^ ph^ies^.

104

APPAREIL COMPRESSIF A. BESLIER

Pour la GUÉRISON radicale de la HERNIE OMBILICALE des enfants et des adultes.

Simple, commode, très facile à appliquer, ne gênant nullement et supprimant complètement toute espèce de bandages, bandes ou baudelettes. Il est composé de rondelles superposées du **Sparadrap à la Glu Beslier.**

			Diamètre.
Petit modèle. . . .	(n° 1)	p^r^ enfants :	7^c^ 1/2
Grand modèle. . . .	(n° 2)	p^r^ enfants :	9^c^ 1/2
Modèle supérieur . .	(n° 3)	p^r^ adultes :	12 cent.
Grand modèle supér^r^.	(n° 4)	p^r^ adultes :	15^c^ 1/2
Grand modèle supér^r^.	(n° 5)	p^r^ adultes :	20 cent.
Grand modèle extra supér^r^.	(n° 6)	p^r^ adultes :	25 c.
Grand modèle extra supér^r^.	(n° 7)	p^r^ adultes :	25 c.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, *rue Sévigné, Paris* (*anciennement* 40, *rue des Blancs-Manteaux.*)

NOTA. — Avoir soin de désigner chaque appareil par son numéro d'ordre.

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } créosotées.

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph^ie^ H. MAYET, 9, rue St-Marc.

93

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU DR CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

110

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

33

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50 105, r. de Rennes, PARIS et Ph^ies^.

C. Freyssinge

10

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

42

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

97

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » (sesqui-oxyde de fer), — de chaux..................., Chlorure de sodium..................., Matières organiques.................... 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

172

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

15

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au **Convallaria Maïalis** (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

5

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

44

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

9

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	Peptonisent 30 grammes albumine.
Ou cinq pilules Defresne...........	Dédoublent 11 grammes corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif.......	Saccharifient 10 grammes amidon.

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DÉFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, *rue des Lombards,* et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE.*

97

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées.—Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

39

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✱, 2 *bis,* r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle.*

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines,** elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur.* Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine.*

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

N° 129. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 6 NOVEMBRE 1886. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeurs du mésentère.

Bien que signalées et décrites par Morgagni, étudiées depuis par Lieutaud, par Baumes, par Portal, les tumeurs du mésentère semblaient avoir été le plus souvent méconnues ou tout au moins négligées par la plupart de nos auteurs classiques. Ils n'avaient fait d'exception que pour le carreau, qui seul paraissait avoir absorbé leur attention. Ce n'est que depuis vingt-cinq ou vingt-six ans à peine, époque où les opérations d'ovariotomie ou plus généralement de laparotomie, ont commencé à pénétrer dans la pratique chirurgicale, que de fréquentes occasions se présentèrent de rencontrer des lésions, jusqu'alors ignorées ou confondues avec d'autres, dans les divers viscères et organes intra-abdominaux et en particulier dans le mésentère, qui a seul droit à nous occuper en ce moment.

C'est ainsi que M. Péan a été conduit à réunir dans le tome Ier de son *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, un certain nombre d'observations de tumeurs du mésentère, qu'il distingue en primitives et secondaires : primitives suivant qu'elles naissent dans l'épaisseur même de cette membrane, s'y développent en la dédoublant, y restent plus ou moins limitées; secondaires lorsqu'elles ont pour point d'origine ou de départ des tumeurs de l'un des organes de la cavité abdominale ou pelvienne, s'étendant dans le mésentère. Ces tumeurs, d'après M. Péan, seraient bien autrement fréquentes que ne sembleraient l'indiquer les auteurs; ce qui tiendrait, suivant lui, à l'abondance du tissu cellulo-adipeux, ainsi qu'aux nombreux vaisseaux artériels et veineux, aux ganglions lymphatiques, à l'appareil chylifère et aux ganglions et plexus nerveux que renferme le mésentère dans l'intervalle de ses feuillets, autant de tissus susceptibles de devenir, chacun pour leur compte, le point de départ de tumeurs diverses. C'est ainsi qu'il y a trouvé toutes les variétés des kystes, des lipomes, des fibromes, des productions syphilitiques, tuberculeuses, cancéreuses, que l'on rencontre dans les autres organes et qu'il en a décrit les caractères généraux et les caractères particuliers.

Tout récemment encore M. le docteur Terrillon a consacré, de son côté, un mémoire très étendu et très détaillé à l'histoire des lipomes du mésentère, dans les cahiers de mars et avril 1886 des *Archives de médecine*. La question n'est donc pas tout à fait aussi inconnue ni aussi neuve qu'on eût pu le penser.

Quoi qu'il en soit, voici comment M. le docteur Victor Augagneur, chirurgien en chef (désigné) de l'Antiquaille de Lyon, a envisagé et traité ce sujet qui lui a été dévolu dans le récent concours d'agrégation en chirurgie.

Le résultat de l'étude anatomique du mésentère est exprimé par cette formule, que la nature des tumeurs de cet organe est étroitement déterminée par les dispositions anatomiques. Les espèces anatomiques qu'il a distinguées dans le bloc d'observations qu'il a pu réunir, au nombre de 80, sont toutes comprises dans les catégories suivantes : lymphangiomes; kystes; lipomes; fibromes; sarcomes; carcinomes; embryomes; tumeurs ganglionnaires d'origine dyscrasique (tubercules, syphilis, leucémie, etc.)

Les lymphangiomes sont rares. M. Augagneur n'en rapporte que deux exemples, l'un emprunté à un auteur allemand, A. Wieschellaum, l'autre à MM. Sabourin et Le Dentu.

Les kystes constituent la classe la plus nombreuse des tumeurs mésentériques ; ils représentent plus du tiers du nombre total. L'auteur les distingue en kystes hydatiques, kystes séreux, kystes sanguins. Les kystes sanguins ou hématiques lui ont paru être le plus souvent sous la dépendance d'un traumatisme du mésentère ou le résultat d'une transformation d'un kyste séreux préexistant.

Les lipomes sont assez variables dans leur structure. Dans certains cas le lipome est pur, la plupart du temps il est mélangé soit à quelques autres éléments anatomiques, soit à des produits de sa propre dégénérescence. Le myxolipome est très fréquent.

Les fibromes du mésentère ont encore une existence problématique à ses yeux. M. Augagneur n'a pu trouver qu'une seule observation publiée sous ce titre par M. Péan, et qui, suivant lui, laisserait une grande indécision dans l'esprit.

Les tumeurs malignes, à première vue, seraient excessivement fréquentes dans le mésentère ; mais un examen plus approfondi montre que le plus grand nombre appartient à des localisations secondaires.

Les tumeurs malignes primitives sont des sarcomes ou des lymphomes. Ce qui les caractérise essentiellement, c'est la tendance à l'envahissement des tissus et des organes voisins.

C'est avec beaucoup d'hésitation que M. Augagneur admet l'existence de tumeurs primitives du mésentère de nature maligne. L'impression que lui a laissée l'examen des cas publiés, c'est que ces cancers, ces sarcomes, sont tous développés dans les ganglions. Or on sait, par la pathologie des autres régions, combien sont rares les tumeurs malignes ganglionnaires primitives. En généralisant ces données au mésentère, on arriverait forcément à conclure que la localisation primitive a pu échapper aux observateurs.

La multiplicité des symptômes que peuvent offrir les tumeurs du mésentère, leur banalité, qui les fait rencontrer dans la plupart des tumeurs abdominales, rendent le plus souvent très difficile le diagnostic d'un néoplasme mésentérique, d'où les erreurs si fréquemment constatées dans les observations rapportées dans ce travail.

Est-il possible de présumer l'existence d'un néoplasme du mésentère ? Par quels signes peut-on y arriver ?

De la longue discussion à laquelle se livre M. Augagneur à ce sujet, il résulte qu'on sera autorisé à songer à une tumeur du mésentère quand une tuméfaction intra-abdominale réunira les trois signes suivants : situation sur la ligne médiane, grande mobilité, zone de sonorité à la percussion sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur.

Quand il est avéré qu'une tumeur siège dans le mésentère, peut-on en reconnaître la nature ? — Si l'état général du malade autorise l'exclusion des tumeurs malignes, le diagnostic reste suspendu entre les lipomes et les kystes. La ponction exploratrice permet seule une décision à cet égard, la fluctuation ayant été reconnue dans toutes les observations de lipomes.

On se rappellera, enfin, que les tumeurs malignes sont assez rares, qu'elles ont une marche rapide et qu'elles deviennent peu volumineuses. Les lipomes aussi ont une progression rapide, mais ils acquièrent en peu de temps un volume considérable, ce qui aidera à les reconnaître.

La chirurgie peut-elle quelque chose contre les tumeurs du mésentère ?

Pour les tumeurs malignes (sarcomes et carcinomes) M. Augagneur pense qu'il faut s'abstenir généralement d'une intervention, excessivement dangereuse immédiatement, et, en cas de succès opératoire, présentant peu de garanties de la persistance de la guérison.

Les kystes hydatiques ou séreux réclament l'intervention chirurgicale, étant donnés, par la connaissance de la symptomatologie, tous les dangers auxquels expose un kyste du mésentère.

Le traitement doit commencer par la ponction capillaire, qui, toutes les fois qu'elle a été employée, n'a été suivie d'aucun accident. Dans le cas où ce moyen viendrait à échouer, il y a à choisir entre deux méthodes : l'ouverture avec drainage ou l'ablation. M. Augagneur se prononce pour l'ablation, qui, plus que l'ouverture simple, lui semble mettre à l'abri des complications.

Pour les kystes sanguins, mal connus encore au point de vue de leur anatomie et de leur pathogénie, le traitement reste indécis. Dans un cas l'ouverture et le nettoyage de la cavité ont amené la mort. Dans un autre, traité par les caustiques et le drainage, la guérison s'en est suivie. Une simple ponction a été suivie de succès dans un autre.

Plus encore que pour les kystes, l'intervention est indiquée pour les lipomes, dont le pronostic est beaucoup plus grave. Pour ces derniers, vu la rapidité de leur accroissement et leur influence funeste sur la santé générale (la plupart des faits connus ayant été suivis de mort dans un délai de trois années) l'intervention doit être aussi précoce que possible.

Pneumotomie.

Si l'on compulse et analyse les faits de pneumotomie publiés depuis quelques années, — cette hardiesse opératoire dont les premières tentatives sont moins récentes qu'on semble le croire généralement, mais qui ne s'est accréditée parmi nous que depuis peu, — on arrive à constater que cette opération n'a guère été pratiquée jusqu'à présent, avec plus ou moins de succès, le plus souvent temporaires, que pour l'évacuation et le drainage des cavernes pulmonaires chez des phthisiques, pour l'ouverture de cavités bronchectasiques ou de collections limitées, telles qu'abcès simples ou gangréneux, kystes hydatiques, etc. C'est dans cette dernière catégorie de cas notamment, où les indications étaient le plus rationnelles, que les résultats ont été aussi plus satisfaisants et plus durables.

Voici un nouveau fait de pneumotomie qui vient d'être pratiquée tout récemment avec succès à l'hôpital Trousseau par M. Prengrueber, sur l'avis et avec le concours de son collègue M. de Beurmann (c'est le fait dont M. de Beurmann a communiqué la relation à l'Académie de médecine dans l'une des dernières séances). Il s'agissait ici d'une vaste cavité gangréneuse résultant, suivant toutes les probabilités, d'une pleurésie interlobaire. Ce serait, paraît-il, la première fois que la pneumotomie aurait été faite pour un cas de ce genre.

Quoi qu'il en soit, voici le fait.

Une enfant de douze ans entre à l'hôpital Trousseau pour une excavation considérable siégeant à la partie moyenne du poumon droit. Les crachats étaient fétides et abondants, ils étaient rendus en masse, après les quintes de toux, sous forme de petites vomiques qui se renouvelaient cinq ou six fois par jour. Au moment où celles-ci se produisaient, il en résultait une odeur gangréneuse si intense que la salle entière en était infectée.

Les parents racontaient que l'enfant était devenue malade il y a quatre ans ; que tout à coup elle avait été prise d'une fièvre vive avec douleur du côté droit et vomissements de sang abondants. Le côté droit de la poitrine serait même devenu plus volumineux que le gauche. Au bout de six mois environ et après avoir eu plusieurs hémoptisies, l'enfant avait vomi du pus excessivement fétide en très grande quantité. Ces vomissements s'étaient reproduits à plusieurs reprises. Puis la fièvre s'était calmée graduellement, l'appétit avait reparu, l'embonpoint était un peu revenu, la toux et les crachats étaient devenus plus rares. Enfin la petite malade avait pu se lever et sortir, bien qu'elle eût continué à se plaindre de temps en temps du côté droit et que son haleine eût conservé une odeur fétide.

Mais, au bout de quelques mois, la fièvre s'était de nouveau montrée, l'enfant avait été obligée de reprendre le lit, et bientôt se reproduisait une série de vomiques en tout semblables aux premières. Il y eut ainsi une dizaine de rechutes.

L'examen direct indiquait la présence d'une excavation considérable. Il était bien difficile de préciser la cause sous l'influence de laquelle s'était produite cette caverne, mais il était permis de supposer qu'il s'agissait soit d'une gangrène d'origine inflammatoire consécutive à la mortification d'un foyer broncho-pneumonique, soit d'une pleurésie interlo-

baire suppurée et ouverte dans les bronches. L'existence d'un certain degré d'ampliation du côté malade, au début des accidents, signalée par les parents, paraissait devoir faire pencher la balance vers cette dernière hypothèse.

La tuberculose dut être écartée à cause du siège des accidents, de l'absence de bacilles dans les crachats et d'antécédents héréditaires négatifs.

Dans ces conditions, l'idée d'une pneumotomie s'imposait; elle seule, en effet, pouvait permettre d'atteindre le foyer, de le désinfecter, de tarir la source de ces crachats putrides, d'arrêter le processus gangréneux et d'interrompre la série de ces accidents sans cesse renouvelés qui, abandonnés à eux-mêmes, ne paraissaient pouvoir se terminer que par une issue fatale.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Le point fixé par M. de Beurmann comme étant celui au niveau duquel la caverne était le plus facilement accessible correspondait à la partie antéro-latérale de la poitrine et était placé sur le trajet d'une ligne verticale passant par l'angle inférieur de l'omoplate, à trois travers de doigt au-dessous de cet angle. A ce niveau, M. Prengrueber tailla un lambeau cutané en forme d'U à base supérieure et qui fut relevé vers la partie supérieure. Grâce à la rétraction de la peau voisine, il en résulta une plaie assez régulièrement circulaire, d'environ 10 centimètres de diamètre, au fond de laquelle on voyait les fibres du grand dorsal. Ce muscle fut divisé au moyen d'une incision cruciale et écarté de façon à découvrir les cinquième et sixième côtes, dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Le périoste de la sixième côte fut incisé longitudinalement puis décollé à la rugine par en bas, par en haut et enfin par la partie postérieure. Le décollement fut conduit avec les plus grandes précautions, surtout au niveau de la gouttière costale, afin de respecter les vaisseaux et nerfs que loge cette gouttière.

La côte ainsi dégagée dans une étendue correspondant à la largeur de la plaie, il fut facile d'en réséquer 5 centimètres au moyen d'une double section faite au sécateur. Cette manœuvre fut répétée sur la cinquième côte.

Dans ces conditions, la paroi thoracique était percée par une large fenêtre quadrilatère dont les côtés horizontaux avaient 5 centimètres de large, les côtés verticaux 7 à 8. Au fond de cette fenêtre on avait la plèvre pariétale, intimement unie à la plèvre viscérale et au poumon, que l'on voyait s'abaisser et se gonfler successivement à chaque respiration.

Restait à inciser le poumon jusqu'à la caverne, qui devait être sous-jacente. Cette incision porta sur toute la largeur de la fenêtre dans sa partie la plus déclive, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la septième côte. Elle fut faite au thermo-cautère, modérément chauffé.

A peine eut-on effleuré les tissus que l'on put entendre la crépitation spéciale due à la sortie des bulles d'air contenues dans les alvéoles ouvertes par l'instrument. M. Prengrueber sectionna ainsi une épaisseur d'environ 3 centimètres de poumon, et il put constater chemin faisant que ce poumon était fortement tassé mais relativement sain, en ce sens qu'il ne renfermait aucun de ces noyaux caséeux qui avoisinent d'habitude les cavernes tuberculeuses. C'était là une nouvelle confirmation de l'exactitude du diagnostic porté.

Arrivé à cette profondeur de 3 centimètres, l'instrument pénétra dans une cavité par laquelle sortit un air méphitique accompagné de quelques sécrétions bronchiques. Le but poursuivi était donc atteint. L'incision fut d'abord agrandie dans toute la largeur de la fenêtre pariétale, puis on fit une seconde incision perpendiculaire à la première. Comme cette seconde incision devait forcément sectionner les vaisseaux et les nerfs intercostaux, elle fut faite entre deux pinces dont l'un des mors était introduit dans la caverne, tandis que l'autre restait au-dessus. Ces pinces furent laissées à demeure suivant la méthode de M. Péan.

L'ouverture ainsi obtenue était assez grande pour permettre au doigt d'entrer librement dans la caverne.

On ne fit aucun lavage de la cavité, et cette conduite se justifiait d'autant mieux que le peu de liquide qui pénétra dans le poumon pendant le lavage des parties voisines suffit pour provoquer des accès de toux avec tendance à la suffocation. Le lambeau cutané fut alors suturé, sauf dans sa partie inférieure; on plaça un très gros tube dans la cavité et on fit un pansement à l'iodoforme.

La malade ne perdit presque pas de sang; on peut même dire que la section du poumon fut exsangue.

L'opération avait duré trois quarts d'heure; elle fut, en somme, assez simple, ce qui s'explique surtout par la précision avec laquelle avait été déterminée la position déclive de la cavité.

Il y a à signaler comme particularité la difficulté toute spéciale de l'administration du chloroforme, s'expliquant par ce fait que la malade étant couchée sur le flanc gauche, les mucosités contenues dans sa caverne venaient obstruer les bronches du côté sain. On dut, à plusieurs reprises, faire lever la malade, afin de lui permettre de rejeter ces mucosités.

Les suites opératoires furent simples. Dès le lendemain on put enlever les pinces de Péan sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang. L'air entrait et sortait librement par la plaie thoracique, et le pansement était souillé des liquides que la malade rejetait journellement par la bouche. Ces liquides avaient encore de l'odeur, mais ils n'étaient plus aussi infects.

Au troisième jour, l'air ne sortait plus aussi librement par la plaie thoracique; il fallait que la malade fît un effort violent pour que l'on pût percevoir la sortie de quelques bulles d'air. La caverne, en somme, s'était comportée comme se comportent d'habitude les poches purulentes auxquelles on fait une ouverture dans leurs parties déclives. L'ouverture supérieure devenue inutile se ferma spontanément.

Dans ces conditions, le lavage de la poche pouvait se faire sans inconvénients, et, de fait, l'injection d'une solution phéniquée à 1 centième ne donna lieu à aucune manifestation inquiétante.

Les jours suivants, la plaie prit peu à peu l'aspect rosé, granulé, des plaies de bonne nature; l'écoulement purulent et son odeur diminuèrent, mais très lentement, et à l'heure actuelle, trois semaines après l'opération, il n'a pas complètement disparu, ce qui résulte probablement des anfractuosités de la caverne et de la difficulté qu'a le poumon à revenir sur lui-même. L'état général de la malade est excellent, et d'ores et déjà, elle se rend compte du bénéfice de l'opération.

Les auteurs de cette intéressante communication expriment, en terminant, cette opinion que le peu de gravité de la pneumotomie en tant qu'opération leur permet de croire qu'elle entrera d'ici peu dans la pratique courante et qu'elle est appelée à rendre de très grands services, même dans le cas de caverne tuberculeuse. Il ne faut pas oublier, en effet,

ajoutent-ils, que cette opération n'est rien autre chose que la contre-ouverture d'un abcès qui se vide mal. Or l'utilité d'une pareille manœuvre n'est plus à démontrer.

Les aliénés persécuteurs.

Nous connaissions les aliénés persécutés, voici venir les aliénés persécuteurs. Qu'est-ce qu'un aliéné persécuteur ? M. le docteur P. Pottier, ancien interne des asiles de la Seine, médecin à la Maison de santé de Vanves, va nous l'apprendre.

L'espèce de délire de persécution avait été détachée par Lasègue du grand groupe des mélancolies, d'où déjà plusieurs autres variétés avaient été extraites. Étudiés depuis de plus près, les aliénés persécutés ont paru pouvoir être distingués à leur tour en deux sous-espèces ou deux catégories, suivant qu'ils sont passifs ou actifs ; les uns subissant passivement toutes les tortures physiques et morales auxquelles ils se croient soumis, les autres réagissant contre ces tortures et cherchant par tous les moyens à se venger des auteurs supposés de leurs maux imaginaires, devenus ainsi, à leur tour, de persécutés des persécuteurs. (Quelques faits se rattachant à ce sujet ont été publiés il y a une dizaine d'années, en 1876, par M. le docteur Taguet, dans les *Annales médico-psychologiques.*) C'est de cette distinction, restée jusqu'ici un peu vague encore, que M. Pottier, en se fondant sur le parallèle déjà fait entre ces deux ordres d'aliénés par son maître M. J. Falret, dans ses cours de la Salpêtrière, est parti pour établir et sanctionner, par une nouvelle analyse clinique approfondie, cette espèce particulière de délire.

En étudiant attentivement ces malades, de même qu'en comparant les diverses observations publiées, on constate, dit M. Pottier, que certains d'entre eux diffèrent essentiellement des persécutés que l'on voit habituellement dans les asiles ; ils en diffèrent par l'histoire complète de leur maladie et par l'ensemble de leurs symptômes physiques et moraux.

Ces malades, au lieu de présenter, dès leur jeune âge, le caractère défiant, soupçonneux, propre au délire de persécution ordinaire, ou de passer par la phase hypochondriaque qui le précède d'habitude, ont offert le plus souvent dans leur enfance, à l'âge de la puberté et à l'âge adulte, plusieurs des symptômes de l'aliénation héréditaire : altérations de caractère, inégalité de développement des facultés intellectuelles, facultés éminentes à côté de lacunes énormes, accidents nerveux ou troubles mentaux passagers à l'époque de la puberté ; existence mouvementée, irrégulière, vagabonde ; perversion des fonctions génitales, etc. Ils ont, en un mot, le plus souvent, le passé des aliénés héréditaires et raisonnants. Lorsqu'on les observe directement à la période d'état de leur maladie, on est frappé des différences considérables qui existent entre eux et les persécutés ordinaires. Tandis que chez ceux-ci il est facile, en général, d'arriver à découvrir l'ensemble de symptômes qui permettent d'affirmer sans hésitation l'existence d'une affection mentale bien caractérisée, chez les persécuteurs raisonnants, au contraire, ce diagnostic est souvent bien plus long et plus difficile à faire. Dans quelques cas même on ne peut y parvenir que par la connaissance des antécédents et par une enquête minutieuse sur les divers actes auxquels se sont livrés les malades sur la réalité ou la fausseté des faits qu'ils affirment.

Ces aliénés ont ordinairement une intelligence très active, de grandes ressources d'esprit. Ils discutent avec une grande variété d'arguments les faits qu'ils allèguent ; ils entrent dans de très grands développements pour justifier leurs plaintes. Il est d'autant plus difficile d'apprécier leur état mental, que, le plus souvent, leur délire repose en grande partie sur des faits vrais, qui ont servi de point de départ à leur systématisation délirante et auxquels ils ajoutent des compléments imaginaires.

Mais c'est surtout dans les actes que se caractérise cette variété de maladie mentale. Au lieu de se contenter de ruminer en eux-mêmes, pendant des mois et des années, comme les autres persécutés, les mêmes préoccupations pénibles, ces persécuteurs, très actifs de corps et d'esprit, n'ayant aucun des caractères des mélancoliques, ont un besoin de mouvement incessant et sont toujours disposés à passer de l'idée à l'action.

Ils croient avoir été victimes d'une injustice, d'une insulte, d'un dommage quelconque, et ils éprouvent dès lors un besoin impérieux d'obtenir une réparation, de satisfaire une vengeance, d'obliger à une rétractation ou de se débarrasser de leurs persécuteurs. Dès lors, procès devant les tribunaux, demandes de dommages-intérêts, menaces de tous genres, souvent tentatives de chantage, lettres, écrits, mémoires, pamphlets, menace d'un scandale public, actions d'éclat, enfin tentatives de violence et de meurtre, tels sont les actes les plus habituels auxquels se livrent les persécuteurs raisonnants.

Il faut avoir suivi pendant plusieurs années, dans leur conduite de chaque jour, les malades de cette espèce, ajoute l'auteur de ce tableau, pour pouvoir se faire une idée de leur mode d'existence et du supplice incessant qu'ils infligent à ceux qui sont devenus l'objet de cette persécution sans relâche.

Une fois internés dans un asile, ces aliénés n'ayant plus l'occasion de manifester leur délire par les actes insensés auxquels ils se livraient quand ils étaient en liberté, leur état mental devient alors beaucoup plus difficile à constater, d'autant que le désir qu'ils ont de prouver leur raison leur imprime une tenue plus régulière. Il se fait, d'ailleurs, alors, une transformation dans leur délire. Les plaintes contre les médecins et les magistrats qui les retiennent enfermés se substituent, dans leur esprit, à leurs griefs antérieurs contre leurs anciens persécuteurs.

Mais ce qui est remarquable surtout, comme fait dominant, dans cet état mental si difficile à définir, c'est que ce délire, même en se compliquant de plus en plus avec le temps, ne change jamais de caractère ; il ne s'accompagne jamais d'hallucinations et il ne passe pas par les phases successives que traversent les autres aliénés atteints du délire de persécution essentiel. Enfin ils n'arrivent pas, comme les autres persécutés, à la mégalomanie, c'est-à-dire au délire des grandeurs proprement dit et au changement de personnalité, bien que l'orgueil soit, en général, un des traits dominants de leur caractère.

A ces caractères différentiels, il convient d'ajouter un autre ordre de faits encore peu connus, ce sont les antécédents cérébraux, congestifs ou convulsifs qui se produisent, à intervalles éloignés, pendant la vie de ces malades et auxquels ils finissent par succomber.

Enfin, à ces symptômes généraux, s'en joignent d'autres plus particuliers, appartenant en propre à la grande famille des héréditaires, tels que les caractères et les stigmates in-

délébiles de l'hérédité morbide si bien décrits par Morel, et sur lesquels nous aurons à revenir prochainement, à l'occasion d'un autre travail récemment publié sur la folie héréditaire ou les dégénérés.

Une dernière particularité mérite d'être signalée dans cette étude des aliénés persécuteurs actifs, c'est la faculté que présentent très fréquemment ces malades de faire partager leurs idées délirantes par des personnes de leur entourage immédiat, et de constituer ainsi ce délire à deux, à trois, ou à plusieurs personnes, signalé dans le temps par MM. Lasègue et J. Falret, et dont nous avons entretenu nos lecteurs (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1877, pp. 1153 et 1155).

La distinction et la description de cette nouvelle espèce du délire de persécution, n'a pas seulement un intérêt scientifique et clinique, elle a aussi et surtout un intérêt pratique en appelant l'attention des praticiens sur les difficultés que présente le diagnostic de cet état morbide spécial et en les mettant à même, à l'occasion, d'éclairer utilement la justice tout à la fois sur l'irresponsabilité de pareils malades et sur la nécessité, dans leur propre intérêt comme dans l'intérêt de la sécurité des particuliers, qui pourraient être victimes de leurs obsessions et de leurs persécutions, de les interner dans des asiles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Fracture de la rotule. — M. **PAMARD** (d'Avignon) adresse une observation de fracture transversale de la rotule à la suite de laquelle il n'a pu obtenir qu'un cal fibreux. Neuf mois après, nouvelle fracture transversale au-dessous de la première, nouveau cal fibreux. Seize ans après, M. Pamard revit ce malade et put constater la transformation des cals fibreux en cals osseux. Au moment des fractures, le malade était âgé de vingt-neuf ans.

Suture du canal de l'urèthre. — M. **LE DENTU** a fait la suture du canal de l'urèthre dans les conditions suivantes : Il s'agissait d'un malade qui avait déjà subi une uréthrotomie externe. Cette opération ayant dû être pratiquée de nouveau, M. Le Dentu sutura l'urèthre et, sauf une petite fistulette, obtint un très bon résultat.

Les plaies du canal sont traumatiques ou opératoires. M. Le Dentu pense qu'il ne faut pas pratiquer la suture du canal après les ruptures traumatiques. Il n'en est pas de même après les plaies opératoires, à la suite desquelles la suture semble indiquée à condition d'employer toutes les précautions propres à obtenir la réunion primive.

Mais il faut, pour tenter cette réunion, que les plaies soient très simples.

M. **TERRIER** accepte les conclusions de M. Le Dentu relatives aux plaies chirurgicales et ajoute que la suture du canal lui paraît une opération banale. Quant aux ruptures, il croit, contrairement à M. Le Dentu, que la suture peut également être tentée. Mais il n'admet pas que cette suture soit indiquée après l'uréthrotomie externe pratiquée dans le but de combattre un rétrécissement. Il semble, au contraire, que dans ces cas il faut laisser le canal largement ouvert.

M. **ANGER** montre les calculs du canal de l'urèthre dont il a été parlé dans la dernière séance. L'un occupait la portion pénienne, l'autre la portion prostatique de l'urèthre.

M. **LE DENTU** dit qu'il faut que la suture du canal soit faite avec grand soin. C'est à ce point de vue qu'il considère cette opération comme non banale. Il maintient que, jusqu'à nouvel ordre, il lui paraîtrait dangereux de recommander la suture après des ruptures traumatiques compliquées. Quant à la suture après l'uréthrotomie externe pour rétrécissement, elle est en effet formellement contre-indiquée, sauf dans des cas spéciaux comme celui dont il vient de parler et dans lequel il s'agissait d'un urèthre préalablement dilaté.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** pense que la contusion du périnée n'empêche pas de suturer et de rechercher la réunion par première intention. C'est là un principe général, applicable aussi bien à la région du périnée qu'à toute autre. C'est pour lui un point de doctrine. Il va sans dire que la réunion doit être faite avec tout le soin désirable et aussi antiseptiquement que possible.

Morsure de vipère. — M. **TERRIER** fait un rapport sur un cas de morsure de vipère ayant déterminé des phénomènes graves et s'étant pourtant terminé par la guérison. Cette observation a été adressée par M. Pluyette (de Marseille). Il s'agit d'un montreur de bêtes féroces qui fut mordu par une vipère ; il fut cautérisé. Malgré cela, il eut un œdème considérable. M. Pluyette fit des injections locales de teinture d'iode et prescrivit un traitement général reconstituant. L'œdème augmenta et il y eut des troubles généraux graves douze heures après l'accident. Les phénomènes généraux s'amendèrent, mais l'œdème augmentait toujours et il y eut des menaces de phlegmons et de gangrène. Cependant, treize jours après l'accident, le malade était guéri, conservant seulement un peu d'œdème du bras.

En résumé, la thérapeutique a consisté en cautérisations, en injections de teinture d'iode, en l'administration d'excitants diffusibles et d'un éméto-cathartique, en bains antiseptiques. Il faut ajouter que le blessé lui-même avait fait immédiatement une ligature très serrée du membre qui a pu empêcher l'absorption.

Résection et arrachement des nerfs dans les cas de névralgies rebelles. — M. **MONOD** fait un rapport sur une communication de M. Jeannel (de Bordeaux) relative à deux observations de névralgies rebelles traitées par l'arrachement du nerf.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme qui était atteinte de sclérose en plaques. Depuis six ans, elle souffrait d'une névralgie atroce du maxillaire inférieur gauche qui, après quelque temps, passa du côté droit. Le point de départ est très nettement au trou mentonnier. M. Jeannel pratiqua la résection de toute la partie terminale par la trépanation de la branche montante, puis l'arrachement. Il avait fait toutes ses réserves relativement à l'affection médullaire. La guérison persiste encore un an après. Au microscope, on constata sur la portion du nerf arraché l'existence d'une névrite interstitielle.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme sans aucune affection centrale et qui fut pris brusquement d'une douleur atroce au niveau du nerf dentaire inférieur. Cet homme ne pouvait plus ni manger, ni parler, ni dormir. M. Jeannel arracha l'extrémité terminale. Dès le soir de l'opération, il ressentit un calme complet ; mais la douleur reparut le lendemain soir ; il y eut ainsi quelques alternatives de bien et de mal ; puis deux mois après, le malade était en pleine récidive. Examiné au microscope, le nerf fut reconnu parfaitement sain.

M. Monod a rencontré des cas analogues.

Le procédé opératoire auquel il recourt est d'une application très facile et sans aucun danger. En cas d'insuccès, il laisse possible toute autre tentative.

Cure radicale d'une épiplocèle. — M. **ROUTIER** communique une observation de cure radicale d'une épiplocèle paraombilicale irréductible.

ÉLECTIONS

Les commissions pour les prix sont ainsi composées :

Prix Duval. — MM. Marjolin, Anger, Monod, Humbert et Peyrot.

Prix Laborie. — MM. Guéniot, Nepveu, Lucas-Championnière, Kirmisson et Richelot.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1886.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	15	23	2	40
2e	20	18	5	43
3e	30	50	6	86
4e	36	55	23	114
5e	31	36	19	86
6e	20	34	4	58
7e	24	19	8	51
8e	13	9	1	23
9e	19	22	5	46
10e	16	43	11	70
11e	76	115	31	222
12e	29	32	26	87
13e	35	57	25	117
14e	42	66	22	130
15e	36	71	24	131
16e	20	24	12	56
17e	31	56	22	109
18e	59	105	33	197
19e	62	71	22	155
20e	70	105	65	240
	684	1011	366	2061

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites	105
Croup	24
Coqueluche	13
Corps étrangers de l'œsophage	3
Ophthalmie	2
B. Asthme	36
Affections du cœur	41
Bronchites aiguës et chroniques	92
Pleuro-pneumonie	65
Congestion pulmonaire	20
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	264
Cholérine	143
Dysenterie	12
Athrepsie et choléra infantile	49
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	84
Hernie étranglée	36
Rétention d'urine	18
Orchite	2
Rupture de la verge	1
D. Métrite, métro-péritonite	52
Métrorrhagie	39
Fausse couche	57
Accouchement, délivrance	166
Accouchements non terminés	24
E. Affections cérébrales	83
Convulsions, éclampsie	64
Névralgie	60
Névroses	83
Épilepsie	18
Aliénation mentale	4
Alcoolisme, delirium tremens	17
F. Rhumatisme	22
Affections éruptives	32
Fièvre intermittente	6
Fièvre typhoïde	42
Hémorrhagies de causes internes et externes	80
G. Plaies, contusions	107
Fractures, luxations, entorses	23
Brûlures	3
Empoisonnements	23
Asphyxie par le charbon	3
— submersion	1
Suicide	3
H. — Mort à l'arrivée du médecin	36
Total	2061

La moyenne des visites par nuit est de 22,40. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20,72.

Visites du troisième trimestre de 1885	1907
Visites du troisième trimestre de 1886	2061
Différence en plus	154

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100;
Les femmes — — 49 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 18 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 3 novembre 1886, un concours s'ouvrira le 4 mai 1887, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

— Par arrêté préfectoral, en date du 26 octobre 1886, M. Debrie (Gustave) est nommé professeur d'anatomie à l'École d'application des beaux arts à l'industrie, sise rue des Petits-Hôtels.

Mlle Benoit (Victorine), docteur en médecine, est chargée du cours d'hygiène et de sciences naturelles organisé à l'École professionnelle et ménagère de la rue Ganneron.

— *Hôpitaux de Lyon.* — A la suite du concours, ont été nommés :

1° *Pharmaciens-adjoints.* — MM. Charbonnel, Soyet, Mondet, Mayret, Jacquet et Chevrier.

2° *Suppléants.* — MM. Mannin, Dequillon, Laurent, Roussel, Jeannin et Allemand.

— L'heure du cours de M. le professeur Brouardel est changée; ainsi qu'une nouvelle affiche nous le fait savoir, ce cours aura lieu à cinq heures du soir au lieu de quatre heures.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1886-1887 commenceront le lundi 8 novembre 1886 à la Sorbonne. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Troost ouvrira son cours de chimie, rue Michelet n° 3, le lundi 8 novembre 1886, à une heure de l'après-midi, et le continuera les jeudis et les lundis suivants, à la même heure. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie. Il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations dirigées par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. Dastre, professeur-adjoint, suppléant M. le professeur Paul Bert, commencera le cours de physiologie, rue de l'Estrapade, 18, le lundi 8 novembre, à trois heures et demie de l'après-midi, et le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure. Il traitera de la physiologie générale et comparée de la digestion, de la sécrétion et de la nutrition. Les expériences qui ne trouveront point place dans le cours même seront exécutées devant les élèves dans des conférences pratiques qui auront lieu le jeudi.

M. le professeur Bouty commencera son cours de physique le mardi 9 novembre 1886, à une heure et demie, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

— *Muséum.* — M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 9 novembre 1886, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Le mardi et le jeudi, le professeur exposera l'anatomie des protozoaires, des cœlentérés, des échinodermes, des vers et des mollusques. — Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20232

52

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

33

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Étranger, dans les principales pharmacies.

17

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

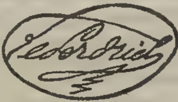
Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

84

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

33

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

Dose moyenne. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

Indications. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr Bouchardat.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

15

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

99

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes*, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne**. — Verne, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris. et phies.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés contenant 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, 130 francs.

Phie Limousin ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

42

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

Épithélioma de la langue.

Le malade dont j'ai aujourd'hui à vous parler est un homme qui s'est aperçu pour la première fois, au mois de février, qu'il portait sur la langue, du côté droit, un petit bouton. Le médecin qu'il a consulté à cette époque, commettant une erreur de diagnostic, a pris ledit bouton pour une lésion syphilitique, et l'a traité en conséquence par la médication spécifique, faisant prendre à son malade chaque jour pendant deux mois une ou deux cuillerées de sirop de Gibert. Aucune amélioration, bien entendu, ne s'en est suivie, mais comme il arrive presque toujours en pareil cas, le mal s'est au contraire aggravé, les mercuriaux et l'iodure de potassium lui ayant donné un coup de fouet.

Si ledit médecin avait reconnu que le bouton de la langue n'était autre qu'un épithélioma commençant, l'opération que nous allons faire aujourd'hui eût été à cette époque relativement peu de chose, beaucoup moins grave en tous cas, et le pronostic moins fâcheux.

Je comprends très bien que si, au début du mal, on est indécis sur sa nature, ce qui peut parfaitement arriver lorsque le malade a eu la syphilis, on ait recours, comme élément de diagnostic, au traitement antisyphilitique, mais si au bout d'une quinzaine de jours de son application on ne voit survenir aucune amélioration, il faut savoir ne pas persister dans sa thérapeutique et y renoncer immédiatement.

Chez notre malade, le diagnostic n'est plus à faire entre une gomme syphilitique et un épithélioma, la nature de la lésion est des plus évidentes. En effet, toute la partie droite de la langue est infiltrée, infiltration qui déborde même un peu sur la partie gauche de l'organe ; elle est épaissie avec des squames blanchâtres, et présente à peu de distance de la partie médiane une ulcération allongée mais peu profonde encore, avec une induration ligneuse, caractéristique, de toute la partie infiltrée. En somme, il s'agit d'une véritable tumeur épithéliomateuse très étendue et ulcérée en partie sur la face dorsale de la langue. La limite postérieure de cette induration se trouve au niveau de l'union des trois quarts antérieurs de la langue avec le quart postérieur, de sorte que c'est toute la portion horizontale de cet organe qui est prise par le néoplasme. Par contre, la région du plancher de la bouche et celle du frein sont restées saines, ce qui est une condition plus favorable de pronostic. Mais ce qui est beaucoup plus inquiétant, c'est l'engorgement ganglionnaire que nous constatons déjà à droite et à gauche, lequel nous prouve que les deux côtés de la langue sont envahis par le mal. La région sus-hyoïdienne est déjà infiltrée ; cependant du côté du ganglion sterno-mastoïdien nous ne trouvons heureusement rien encore, sans quoi toute opération nous serait absolument interdite.

En résumé, le bord gauche seul de la langue est indemne, et les ganglions sous-maxillaires et de l'angle de la mâchoire sont infiltrés par les éléments épithéliaux.

Quant à l'état général, il est encore assez satisfaisant, le malade souffre très peu ; sa déglutition est gênée, la parole également, mais les fonctions générales sont encore peu touchées.

Dans ces conditions, quelle conduite devons-nous tenir ? Opérer ou nous abstenir ? Si nous nous abstenons de toute intervention chirurgicale, si nous nous bornons à un traitement palliatif et moral, la lésion ayant suivi, depuis le début, une marche rapide, nul doute que la mort survienne dans un délai relativement court, par dégénérescence ganglionnaire, par hémorrhagie, par gêne de la déglutition, de la respiration, ou par intoxication septique, de sorte que l'avenir est très sombre. D'après les statistiques qui ont été données, l'évolution de l'épithélioma est de 14, 15, 16 à 18 mois ou deux ans, chiffre maximum ; or ici la marche du mal a déjà été plus rapide que d'habitude ; le pronostic est donc des plus défavorables.

Serait-il meilleur si nous opérions ? Non, je le dis bien franchement, et c'est la main forcée en quelque sorte par mon malade que je vais intervenir, car l'épithélioma de la langue parvenu à ce degré d'avancement est d'un pronostic à la fois immédiat et ultérieur grave. Nous n'avons qu'une amélioration passagère à espérer, et nous devons craindre de voir se faire une récidive ganglionnaire rapide. Aussi toutes les fois que j'ai affaire à des malades de cet ordre, je me demande si la meilleure conduite à tenir n'est pas de les laisser mourir de leur belle mort. C'est ainsi, je le répète, que je n'interviendrai tout à l'heure que sur la volonté formellement exprimée de notre malade, persuadé du peu de chance de survie, que nous lui donnerions, et redoutant de compromettre le peu d'existence qui lui reste encore.

En effet, il ne s'agit pas d'une opération partielle mais complète, c'est-à-dire d'une ablation aussi étendue que possible de toutes les parties malades, soit de la presque totalité de la portion horizontale de la langue, des ganglions sous-maxillaires et de l'angle de la mâchoire. Dans un premier temps je ferai la ligature des deux linguales afin d'amener l'hémostase, j'enlèverai les ganglions à droite et à gauche ainsi que les deux glandes sous-maxillaires. Puis cette opération préliminaire achevée, j'ouvrirai la bouche par son plancher en détachant les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses, et, par la boutonnière ainsi faite, j'attirerai la langue au dehors pour l'amputer avec l'instrument tranchant. L'opération terminée, je réunirai les parties divisées sous la symphyse mentonnière, je placerai un drain dans la plaie après avoir eu soin de retenir en avant la partie restant de la langue, au moyen d'un fil rattaché à une ou deux dents afin d'éviter son retrait en arrière, puis tamponnement avec la gaze iodoformée, laquelle ne peut guère rester en place plus de vingt-quatre heures, par suite des sécrétions continues qui se font dans la bouche, et son remplacement alors par des lavages antiseptiques. Enfin je placerai la sonde naso-œsophagienne afin d'assurer l'alimentation du malade.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Syphilides muqueuses.

I

Les syphilides muqueuses constituent l'ordre des accidents secondaires le plus important par leur fréquence, par leur répétition, par leur dissémination et par leur caractère contagieux.

En effet, de tous ces accidents la plaque muqueuse est la plus commune. Tous les syphilitiques en sont atteints, à moins qu'ils aient été soumis dès le début de la syphilis à un traitement très énergique, et encore n'en sont-ils pas toujours préservés. De plus, les plaques muqueuses récidivent plusieurs fois de suite avec la plus grande facilité; enfin elles sont la source la plus féconde des inoculations syphilitiques.

La première question qui se présente à l'esprit est l'époque de production de la plaque muqueuse. La syphilide muqueuse est un accident secondaire chronologiquement, cliniquement et anatomiquement. Elle est secondaire aussi par ses caractères bénin et superficiel. Elle est l'accident le plus précoce et peut-être aussi le plus tardif. Elle est le plus précoce en ce sens qu'elle apparaît six ou sept semaines après le chancre. Elle est le plus tardif aussi puisqu'on l'observe encore parfois trois, quatre ou cinq années après l'accident primitif, et quelquefois plus tard encore, même chez des malades de la ville traités avec soin. C'est ainsi que vous voyez des malades convenablement soignés, que vous traitez depuis un, deux ou trois ans, et qui vous reviennent avec de nouvelles récidives de plaques muqueuses buccales apparaissant par suite d'une irritation entretenue par le tabac, par exemple.

Le siège de ces syphilides se trouve, bien entendu, sur les muqueuses et quelquefois aussi sur la peau. Parmi les muqueuses, celles qui sont le plus fréquemment atteintes sont les muqueuses de la région génitale et de la région buccale. Toutes les autres muqueuses, accessibles à la vue, peuvent être prises aussi. Quant aux plaques muqueuses de la peau, elles affectent de préférence certains sièges, c'est-à-dire les points où la peau est surtout remarquable par sa finesse, où par sa situation une humidité continuelle y est entretenue; enfin ceux où il y a adossement et frottement réciproque habituel des téguments. Ces différents points sont la vulve, les grandes lèvres, le périnée, la marge de l'anus, les aisselles, le conduit auditif externe, etc., etc.

Les syphilides muqueuses ont reçu diverses dénominations, dont la plus commune et la plus généralement acceptée est celle de plaques muqueuses. Cette appellation me paraît vicieuse car elle confond sous une rubrique commune des choses essentiellement distinctes.

En effet, les syphilides muqueuses peuvent revêtir quatre formes différentes : 1° la forme érosive ; 2° la forme papulo-érosive ; 3° la forme papulo-hypertrophique ; et 4° la forme ulcéreuse. Quelques mots donc sur chacune d'elles avant d'entrer dans les détails.

Les syphilides muqueuses érosives, qui constituent le premier type, consistent en des érosions superficielles du derme muqueux, superficielles au point d'effleurer seulement la muqueuse et d'être constituées par de simples exfoliations épithéliales.

La forme papulo-érosive, en réalité la plus commune, est la forme banale des syphilides muqueuses de la vulve; elle est caractérisée par une papule humide, par une éminence dont le sommet dénudé, érodé, est humide et sécrétant comme une érosion, comme une petite plaie donnant lieu à un suintement léger de sérosité trouble.

Le troisième type, ou type papulo-hypertrophique, est représenté par une papule géante, par une papule aboutissant, par l'hypertrophie considérable de ses éléments, à constituer de véritables tumeurs.

Enfin la syphilide muqueuse ulcéreuse est de toutes les syphilides muqueuses la moins fréquente, sans être cependant absolument rare. Elle est aussi un peu plus tardive que les trois formes précédentes, ne se manifestant généralement qu'à une époque quelque peu avancée de la période secondaire. Elle consiste, comme son nom l'indique, non plus en un relief, mais en des ulcérations véritables, en une sorte d'entamure plus ou moins considérable du tégument, se produisant d'emblée sans être précédées de papules ni d'aucune lésion.

J'ajoute immédiatement que les quatre formes que je viens de vous énumérer ne sont pas exclusives les unes des autres, loin de là, en effet, elles peuvent se combiner, s'associer, et même elles se combinent et s'associent très fréquemment.

Mais quel que soit leur siège, le point sur lequel elles se développent, ces syphilides présentent les cinq caractères généraux suivants :

1° Toutes sont des lésions sécrétantes, elles le sont plus ou moins selon leur forme : d'une sécrétion peu abondante dans la forme érosive, plus considérable dans les formes papulo-érosives et papulo-hypertrophiques, elles le sont surtout dans la forme ulcéreuse.

2° Le liquide sécrété par les syphilides muqueuses n'est pas inoculable au sujet porteur de cette lésion, c'est-à-dire qu'il n'est pas auto-inoculable. Le fait est d'autant plus important à retenir que souvent une syphilide muqueuse simule un chancre simple, et que l'inoculation de la sécrétion permettra de trancher un diagnostic resté incertain.

On sait, en effet, que l'inoculation du chancre simple détermine l'apparition, dans les vingt-quatre ou les quarante-huit heures, d'un chancre simple.

3° Les syphilides muqueuses sont des lésions dont le caractère est éminemment contagieux. Pendant longtemps cette contagion est restée méconnue, et l'on se bornait à croire à la contagion seule du chancre. Cette doctrine est absolument erronée ; il est très nécessaire de le savoir, au point de vue de la sauvegarde de la santé publique. J'ajouterai que les accidents secondaires des muqueuses sont la source la plus féconde de la syphilis. Quelle est, en effet, l'origine la plus commune de la syphilis chez les nourrices? Les plaques muqueuses des lèvres, des joues, de la langue des nouveau-nés. D'autre part, l'origine la plus commune aussi de la syphilis dans le mariage se trouve invariablement dans la plaque muqueuse développée sur les organes génitaux ou sur les lèvres. La syphilis transmise de maîtresse à amant reconnaît presque toujours comme source une plaque muqueuse quel qu'en soit le siège. La fréquence de la plaque muqueuse est tellement prononcée, que le rapport qui existe entre elle et le chancre est certainement comme 20 est à 1. On n'a qu'un chancre et sa durée est relativement courte, tandis que les plaques muqueuses sont des accidents multiples, facilement récidivant et de siège variable.

4° Les syphilides muqueuses, comme je viens de le dire, — et c'est là un de leurs principaux caractères, — récidivent avec une facilité surprenante, elles ont la propriété de repulluler. Le fait est très fréquemment constaté sur les lèvres des fumeurs, de même que chez la femme dont les organes génitaux laissent à désirer au point de vue des soins de propreté.

5° Enfin le cinquième caractère des syphilides muqueuses en général, est leur facile curabilité, si peu qu'on s'occupe de les traiter : curabilité facile et constante.

Tels sont les caractères principaux des syphilides muqueuses en général, c'est-à-dire des quatre formes qu'elles peuvent présenter.

DISPENSAIRE FURTADO-HEINE. — M. P. Redard.

Trois cas de difformités congénitales.

I. — Dans le premier cas, il s'agit d'un sillon congénital profond, régulier et absolument circulaire chez un enfant de quinze mois, siégeant au tiers inférieur de la jambe gauche. Le pied était œdématié, la sensibilité conservée, la température abaissée.

Les deux mains présentaient des malformations multiples. L'index de la main gauche avait à sa base un sillon circulaire ; syndactylie du médius, de l'annulaire et du petit doigt de cette main.

La main droite avait une forme très irrégulière. L'index présentait un sillon circulaire à sa racine. L'annulaire manquait, régulièrement amputé à sa racine. Le pouce et le médius atrophiés étaient en syndactylie et placés au-dessous de l'index.

La bride constituée par le sillon fut enlevée. Les suites de l'opération furent bénignes, la circulation du pied se rétablit.

Cette singulière affection doit être classée dans la catégorie des lésions trophiques du genre sclérodermie.

II. — La deuxième observation est un exemple d'absence unilatérale de la rotule chez un enfant de vingt mois, n'ayant pas d'autres malformations.

Il y a lieu d'examiner si la rotule, peut-être primitivement existante, ne s'est pas ensuite atrophiée. Cette absence de la rotule est absolument exceptionnelle. Il existe un cas d'absence des deux rotules chez un jeune enfant atteint de malformations multiples, publié en 1860 par M. Alex. Friedlebein.

III. — La troisième observation est une preuve des avantages du massage forcé, des ténotomies multiples dans un cas de malformation très prononcée de la jambe et du pied gauche chez un très jeune enfant.

Il s'agissait d'un enfant ayant un raccourcissement de 6 centimètres du membre inférieur gauche, une courbure énorme du tibia, le pied étant en valgus avec seulement trois doigts et un talon rudimentaire. Sous l'influence du traitement, régulièrement suivi pendant huit mois, j'ai pu obtenir un redressement du membre.

Aujourd'hui, l'enfant qui a été présenté aux membres du Congrès français de chirurgie, n'a plus que 3 centimètres de raccourcissement, le talon s'est reformé, grâce à une guêtre, avec un appareil à tuteurs, et à une bottine convenable, il marche d'une façon parfaite.

J'ai obtenu de semblables résultats dans d'autres cas de malformations du membre inférieur avec déviation considérable du pied.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 octobre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

La septicémie du lapin. — M. G. DAREMBERG. Cette septicémie a été déterminée par l'inoculation de produits tuberculeux — poumons, ganglions — pris sur des cadavres humains pendant les grandes chaleurs, et légèrement putréfiés. Cette maladie tue les lapins en vingt-quatre à quarante heures. Elle est inoculable par l'injection sous-cutanée, péritonéale, veineuse, et par l'intermédiaire de la trépanation. Quelques heures avant la mort, l'animal perd l'appétit, est anhélant, abattu; il a de la diarrhée, puis il a des convulsions, pousse de petits cris, se traîne difficilement entre les crises de convulsions, est paralysé d'un ou plusieurs membres; une spume sanglante sort de ses narines et de ses lèvres. Rarement il tombe foudroyé sans prodromes.

A l'autopsie, on trouve une infiltration séro-sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire autour et même loin du point d'inoculation; des ecchymoses musculaires, de petites hémorrhagies capillaires à la surface des intestins, des foyers apoplectiques pulmonaires, des infarctus du foie, une rate grosse et noire; quelquefois des épanchements séreux ou fibrineux dans le péritoine et la plèvre, de grosses coagulations un peu partout, surtout dans les sinus de la dure-mère et les veines de la pie-mère, quelquefois de petites hémorrhagies méningées ou de véritables pachyméningites encéphaliques et médullaires.

Ces symptômes cliniques et anatomo-pathologiques ressemblent assez à ceux qui ont été décrits par M. Koch pour la septicémie expérimentale du lapin, par M. Charrin pour la septicémie provenant du sang charbonneux altéré, et par M. Pasteur pour la maladie inoculée avec le microbe de la salive.

Les moelles de mes lapins, dit M. Daremberg, tuent les lapins en vingt-quatre à quarante heures, qu'elles soient fraîches ou desséchées, depuis un à vingt jours. Du vingtième au vingt-cinquième jour de la dessiccation, la toxicité diminue et les moelles ne tuent les animaux qu'en trois à cinq jours. Généralement, au vingt-cinquième jour, elles ne tuent plus les animaux, mais les rendent souvent malades pendant un ou deux jours (perte d'appétit, abattement). Deux fois nous avons vu qu'au dix-huitième jour, l'extrémité caudale de la moelle ne tuait plus les lapins. Après une dizaine de passages de lapins à lapins, on obtient des moelles qui tuent les animaux en cinq heures, et, à ce moment, la maladie devient épidémique et fait périr presque tous les animaux voisins.

Les moelles séchées dans l'oxygène tuent les lapins une fois plus vite que les moelles séchées dans l'air. L'air à 55 degrés, l'azote, l'acide carbonique, les vapeurs de mercure à 15 et à 55 degrés, celles des acides osmique et cyanhydrique, de pyridine, d'iodure d'éthyle ou d'amyle, de benzine, d'essence de térébenthine, de sulfure de carbone, de thymol, de paraldéhyde, d'alcool méthylique, d'éther acétique, ne modifient en rien la toxicité des moelles. Les vapeurs d'iodoforme et de phénol, l'ammoniaque, retardent d'un ou deux jours la mort de l'animal. Les vapeurs de chloral, de chloroforme, d'aldéhyde, d'alcool amylique, d'éther sulfurique, les acides sulfureux et sulfhydrique enlèvent tout pouvoir toxique aux moelles, lorsqu'on les fait sécher dans leur atmosphère pendant quatre à cinq jours. Il en est de même des vapeurs nitreuses, de celles d'acide chlorhydrique et du bioxyde d'azote qui réduisent les moelles en bouillie.

Le sang et tous les organes des animaux morts de cette maladie infectieuse contiennent un microcoque ovoïde, cultivable dans le bouillon de veau et la gélatine ; il ne liquéfie pas cette dernière. Quelquefois il est dispersé en chaînettes, en grappes zoogléïques, très rarement par deux ou quatre. Du reste, ces états ne sont pas fixes, et les cultures successives de bouillon et de gélatine ont tantôt un aspect, tantôt un autre, souvent plusieurs à la fois ; toujours leur toxicité est la même et égale à celle des moelles fraîches. Ces cultures conservent leur virulence à 55 degrés. Vers le dix-septième jour elles deviennent moins toxiques, ne tuant plus les animaux, ou ne les faisant mourir qu'en quatre ou cinq jours.

Les deuxièmes cultures sont moins virulentes que les premières ; toutes coagulent le lait. Ces propriétés montrent les analogies de ce microcoque avec celui de la salive de M. Pasteur, dont les premières cultures meurent en quinze jours et dont les cultures successives s'atténuent graduellement. Elles diffèrent de celles du microbe décrit par M. Charrin, dont les cultures meurent à 45 degrés, et dont les deuxièmes cultures sont aussi virulentes que les premières.

M. Daremberg a essayé la méthode des inoculations successives (méthode pastorienne), mais sans résultats positifs. La méthode de vaccination absolue de cette septicémie reste encore à trouver.

La séance est levée.

Séance du 30 octobre 1886. — Présidence de M. Gréhant

COMMUNICATIONS

Action de la piperidine. — M. ŒSCHNER DE CONINCK adresse une note relative à de nouvelles expériences qu'il a faites sur l'action de la piperidine chez les animaux à sang chaud. Les résultats qu'il a obtenus sont semblables à ceux qu'il a déjà constatés chez les animaux à sang froid et qu'il a fait connaître dans une communication précédente.

Ablation de tumeurs cérébrales. — M. DUPUY communique trois faits dans lesquels il s'agit de malades qui étaient atteints de paralysie et d'attaques épileptiformes dues à des tumeurs cérébrales siégeant au niveau des centres moteurs. Ces malades furent opérés de leur tumeur par le docteur Horselay; ils furent guéris de leur paralysie et de leurs attaques épileptiformes, mais la sensibilité, qui était intacte avant l'opération, se trouvait atteinte après elle. Ces faits sont d'accord avec les résultats des expériences sur les animaux.

Courants de polarisation. — MM. ONIMUS et LARAT présentent une série de tracés enregistrant les contractions déterminées dans les muscles de la grenouille par les courants de polarisation du corps humain.

Une première série d'expériences a consisté à galvaniser de l'eau ordinaire, puis à faire passer à travers les muscles gastrocnémiens d'une grenouille le courant déterminé par l'électrolyse de cette eau. Les expérimentateurs, au moment du contact et des interruptions du courant, ont enregistré une série de secousses musculaires très nettes analogues à celles fournies par le courant direct.

Dans une seconde série d'expériences ils ont fait agir le courant de pile sur les membres de l'un d'eux et en recueillant le courant secondaire de polarisation ainsi engendré dans l'intimité des tissus, ils ont également obtenu des contractions qui se sont prolongées quelques instants après la cessation du courant direct.

L'importance de cette constatation tient surtout à ce qu'elle confirme d'une façon indiscutable l'opinion de Matteucci, Becquerel, Legros et Onimus, au sujet d'un mode d'action de l'électricité sur les tissus vivants, et qu'elle démontre les causes d'erreur de la théorie de l'électrotomie soutenue par Erb, Dubois-Reymond et toute l'école allemande.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Barbiers et médecins (1).

Par M. Ch. Desmaze.

V

1755. — Procédure suivie contre Médard, mendiant à Versigny, accusé d'avoir empoisonné sa femme avec de l'arsenic. Deux médecins firent l'autopsie du cadavre, en présence du bailli; ils y découvrirent de l'arsenic. L'inculpé déclara qu'il avait administré à sa femme aveugle un remède, acheté à Chaulny, pour lui rendre la vue; mais l'enquête prouva que l'accusé avait commis son crime à l'instigation de *gueuses*, qu'il fréquentait à Saint-Gobain. En conséquence, après une détention de cinq mois, l'accusé fut exécuté à Laon, le 10 mai 1755, jour du plus fort marché, à cinq heures du matin (2).

1753. — Instance à la requête de Lorange (Henri-Bernard), chirurgien à Saint-Galmier, contre noble Gilbert-Alexis Rey, conseiller du roi et son procureur en la châtellenie royale de Saint-Galmier, pour fourniture de médicaments (3).

18 janvier 1770. — Arrêt du conseil d'État du roi, qui déclare héréditaires les places de barbiers, perruquiers, baigneurs, étuvistes (4).

9 janvier 1778. — La Société royale de médecine a chargé M. Mauduit de la Varenne de faire des expériences pour connaître si l'on peut appliquer l'électricité au traitement de certaines maladies (5).

1768-1788. — Lettres de M. de Calonne à M. de la Chapelle, intendant d'Auch, relatives à l'épidémie manifestée à Auch et à Castres; — aux états, dressés par les médecins, des *élèves sages-femmes envoyées gratuitement aux cours d'accouchement.*

1773-1784. — État des élèves sages-femmes, *proposées pour suivre les cours d'accouchement, dont la création est indiquée comme nécessaire par M. Sicart, chirurgien à Monliet, pour les provinces de Languedoc, Guienne et Gascogne.*

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux,* 1886, p. 969.

(2) *Inventaire du greffe de Laon,* par M. Combier, juge d'instruction. Paris, 1866; Paul Dupont, éditeur. — Bien que la médecine légale ne fût pas alors au point où l'ont portée depuis les travaux et la pratique si savante de MM. Orfila, Lorain (Paul), Roussin, Ambroise Tardieu, on voit cependant que, dans cette affaire, l'expertise donna une solution précise et affirmative, non moins que prompte.

(3) Archives de la Loire, série B. 278. Sénéchaussée de Roanne.

(4) Voir *Statuts pour la communauté des maîtres chirurgiens jurés de Paris.* Guérin, 1738, in-4°. — *Statuts et règlements pour les maîtres perruquiers, barbiers, baigneurs de la ville de Lyon.* 1770, in-8°.

(5) Documents inédits tirés du *Château d'Harcourt,* par C. Hippeau. Caen, 1864.

1772-1787. — Gratifications annuelles accordées aux ouvriers *aveugles ou estropiés par des explosions de pétards, dans l'exploitation de rochers, pour le service de la navigation* (1).

15 avril 1792. — On essaya à Bicêtre, pour la première fois, et sur le cadavre, l'instrument de supplice inventé par le docteur Guillotin.

« Pour l'efficacité de la chute du couperet », écrivait le docteur Louis, secrétaire de l'Académie de chirurgie, « la machine devait avoir quatorze pieds d'élévation. »

— « En janvier, ne loist pas sainier, mais prendre puison et gengembre.

En février, fait bon sainier et prendre puison d'aigremore et d'ape.

En mars, fait bon sainier et ventouser.

En avril, fait bon sainier de moyenne veine, mangier chere nouvelle et ventouser.

En mai, doit on chauld mangier et caut boire; nul ne doit mangier de pié ne teste de bête nule, car lors descent li veins delcief. Si on doit prendre puison d'aloysie et de semence de fenoil.

En juing, doit on boire egue froide cascun jor, à jeun, et mangier laitues à l'aisil; lors se doit on tenir de luxure.

En juillet, ne doit pas sainier, mais user d'egue pour desrompre la cole.

En aout, ne doit on boire de miel ni de cervoise.

En septembre, doit-on mangier oës et chare de porc.

En octobre, doit on mangier boyaux et boire à jeun lait de chèvre et de brebis.

En novembre et en décembre, fait bon sainier, estuver et prendre puison d'ysope (2). »

— Un souvenir pour le pays natal nous fait rappeler ici les noms des anciens médecins appartenant à notre Picardie :

1° Desessart, de Villers-Cotterets, publie en 1760 (deux ans avant l'*Émile*) un *Traité de l'éducation des enfants en bas-âge*.

2° Jean-Marie-Bernard Begny, de Lierval, près Laon, docteur en médecine et accoucheur, chirurgien de la maison du Roi, médecin des Empereur et Roi d'Allemagne et d'Angleterre pendant l'émigration. Il se fixa à Saint-Pétersbourg, où il mourut en 1813. L'abbé Begny, curé de Lierval, était son frère.

3° Jean Desjardin, de Laon, médecin de François Ier. Il mourut subitement en 1557, le jour anniversaire de sa naissance.

4° Anne-Amable-Augier Duflot, de Soissons, auteur de plusieurs ouvrages sur la médecine, 1735-1775.

5° Nicolas-Abraham de la Framboisière, de Guise, médecin de Henri IV et de Louis XIII, professeur de médecine et auteur de plusieurs ouvrages. Mort en 1650.

6° Guillaume de Harcigny, premier médecin de Charles VI. Il passait pour le plus habile médecin de son temps. Mort en 1393.

7° Claude-Nicolas le Cat, de Blérancourt, l'un des plus célèbres chirurgiens du XVIIIe siècle, 1700-1768.

8° Pierre Legivre, de Charly, auteur d'un ouvrage sur les eaux minérales, 1618-1684.

9° Jean-Charles-Joseph Lejeune, de Laon, principal organisateur du traitement des aliénés de Montreuil-sous-Laon. Mort à cinquante ans, en 1825.

10° Jean Lenglet, chanoine de Saint-Quentin et premier médecin de Charles VIII.

11° Louis-Jean Letieullier, de Laon, docteur-régent de la Faculté de médecine de Paris. Mort en 1751.

12° Jacques Mentel, de Laon, donna plusieurs ouvrages sur la médecine et sur l'imprimerie. 1597-1671.

(1) Archives du Gers, C. 68.

(2) Code 218, *Primae tabulae Mss. Collegii Navarr.* — Bibliothèque impériale (manuscrits).

13° Henri-Emmanuel Meurisse, de Saint-Quentin, dont on a un bon traité sur la saignée. 1694.

14° Jean Paroisse, de Soissons, chevalier de la Légion d'honneur. Il a porté les ressources de son art partout où la France porta ses armes victorieuses. Il était premier médecin du roi Joseph de Naples. Il assista à la bataille de Vittoria (Espagne), où il perdit de précieux manuscrits, fruit de ses travaux. Mort à soixante-deux ans, en 1825.

15° Antonie-François Petit, de Soissons, docteur en médecine, célèbre praticien de son temps. 1718-1794.

16° Claude Pipelet, de Coucy-le-Château, chirurgien, directeur de l'Académie de Paris. Il a fait un mémoire sur la ligature de l'épiploon et sur les plaies du bas-ventre. 1718-1792.

17° François Pipelet, frère du précédent, héritier de sa charge et de ses talents. Mourut en 1809 à Coucy-le-Château, dont il était devenu maire et où il s'était retiré.

18° Jean Ruel, de Soissons, chanoine de Paris et médecin de François Ier. Traducteur de plusieurs traités de médecine, qui l'ont fait surnommer l'Aigle des interprètes. 1479-1539.

19° Brabier, de Château-Thierry, médecin aussi habile que charitable, sous Louis XIV. Le premier jour de chaque mois, il portait au curé de Saint-Eustache, sa paroisse, un sac de 1 000 francs pour les pauvres honteux, et pendant quinze ans qu'il pratiqua cette bonne œuvre, il donna 180 000 francs. Cette conduite ne fut connue qu'après sa mort.

20° Samuel Cottin, de Laon, célèbre médecin du XVIIe siècle. Il conserva sa vie jusqu'à quatre-vingt-dix-huit ans, celle de sa servante jusqu'à quatre-vingt-deux ans, et celle de sa mule jusqu'à cinquante.

21° Nicolas Bertrand, chanoine théologal de Laon. Premier chirurgien d'Anne d'Autriche (1).

22° Guy-Félix Allan. Il exerça la chirurgie avec distinction à Paris. 1743-1802.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 octobre 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire, pour prendre rang du 3 novembre 1886, les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Maubrac, Forgue, Sieur, Nicolas, Kerck, Lassègue, Kocher, Baylac, Thellier, Privat, Lapasset, Astier, Lance, Seguin, Milliot, Brissé Saint-Macary, Mouret, Bruncker, Trilhe, Roquancourt, Bilouet, Bernard, Bich, Murie, Bazin, Buot, Viger, Dupart, Carton, Courboulès, Humbert, Martin, Camentron, Gruson, Vincent, Soula, Verdier, Gauvin, Girardeau, Dommartin, Artigues, Lajoue, Boudet, Knoll, Croux, Chêne, Barreau, Pilon, Fasquelle, Arragon, Breton, Pellier, Folliasson, Patenostre, Robin, Speckahn, Olivier, Baptiste. Maguin, Ohier, Micaut et Chauzeix.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Daviron, Allain, Dominique et Boutineau.

— Par décret, en date du 29 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Loviot, Istria, Rondeau, Boudin, Laurent, Boussi,

(1) Voir *La chiromancie médicinale, accompagnée d'un Traité de la physionomie et d'un autre des marques qui paroissent sur les ongles des doigts*, le tout composé en allemand par Ph. May, et traduit en français par Henry Treuchses. La Haye, Van Dyck; 1665, petit in-8° avec figures. — A la bibliothèque de Saint-Omer (manuscrits), on trouve à la suite d'un titre des Pandectes : *Compendium brevissimum artis medicæ, auctore D. M. Johanne Hannecher Ferrario, philosophiæ professore, in academ. Duacen., professore Regio ac publico.* (Catalogue des manuscrits; Paris, imprimerie Impériale, 1861.)

Boudet de Paris, Oulmont, Rouxel, Tourreil, Ernous, Leduc, Legendre (J.-F.-E.), Planchais, Pujos, Ballaud, Ranque, Garsaux, Flament, Benoit, Chenet, Calandreau, Manouvrier, Cérou, Peltier, Béringier, Foulliaron, Thomas-Ledien, Reynier, Ancelin, Love, Legendre (X.-H.), Lardiley, Schwebisch, Duboys de Lavigerie, Jacquemart, Creyx, Lemaréchal, Garès, Oudin et Rivet.

— Le sujet de la composition écrite donné aux candidats du concours pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris a été : 1° pour les élèves de la première division (internes de troisième et quatrième années) : Structure des veines ; phlébite ; 2° pour les élèves de la seconde division (internes de première et deuxième années) : Configuration et rapports du foie, kystes du foie.

— Les volontaires d'un an, candidats du concours de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris, ont subi la seconde épreuve (épreuve orale) ; la question qui leur a été donnée est : Des nerfs intercostaux ; du zona.

— Les questions données jusqu'à ce jour aux candidats du concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° L'articulation scapulo-humérale ; 2° Les veines superficielles du membre supérieur ; 3° Examen clinique des urines ; 4° Les artères de la main ; 5° L'extrémité supérieure du fémur ; 6° Le diaphragme ; 7° La conformation extérieure et les rapports du foie ; 8° Le muscle sterno-cléido-mastoïdien ; 9° Les parois osseuses des fosses nasales ; 10° Les rapports de la trachée ; 11° L'artère fémorale.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour une place de premier interne s'est terminé jeudi 4 novembre par la nomination de M. Chevalier.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Ont été proclamés lauréats, le 3 novembre 1886, dans la séance solennelle de rentrée des Facultés :

Prix des thèses. — *Médailles d'argent :* MM. Florence, Jury, Jabouley, Leclerc et Truc. — *Médailles de bronze :* MM. Dalphin, Rafin et Zorab,

Prix de fin d'année. — *Médecine.* Première année : Prix, M. Claude Philippe. — Deuxième année : Prix, M. Benoit dit Becker. — Troisième année : Prix, M. Audry. — Quatrième année : M. Chaintre.

Pharmacie. — Première année : Pas de prix. — Mention honorable, MM. Chevrier et Monavon. — Deuxième année : Prix, M. Joseph Philippe. — Mention honorable, M. Raymond. — Troisième année : M. Banal.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Samedi 6 novembre, à trois heures, a eu lieu la séance de rentrée de la Faculté de médecine.

M. Victor Parisot, professeur, qui prend sa retraite, a fait en termes éloquents ses adieux à ses collègues et aux élèves.

M. Tourdes, doyen, lui a répondu et a rappelé au souvenir de la Faculté M. Bach, ancien professeur de pathologie externe à la Faculté de Strasbourg et à celle de Nancy, son ancien condisciple.

Les prix de l'année 1885-1886 ont été ensuite proclamés. En voici la liste :

Première année : Prix, M. Thiébaut. — Troisième année : Prix, M. Janot. — Mention très honorable, M. Manson. — Quatrième année : Prix, M. Licht.

Concours du prix dit Prix de l'Internat, fondé par M. le docteur Bénit : Prix, M. Haushalter.

Prix de thèse, M. Haushalter. — Mentions honorables, MM. Wenzinger, Wendling, Ruotte, Knœpfler.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — A l'École supérieure de Nancy, la séance de rentrée a eu lieu le samedi 6 novembre. M. Schlugdenhauffen, le nouveau directeur de l'École, a fait l'éloge de son prédécesseur, M. le professeur Jacquemin.

Voici la liste des récompenses pour l'année scolaire 1885-1886 :

Première année. — Prix, M. Simon. — Mentions honorables, *ex æquo*, MM. Rouyer et Marcotte.

Deuxième année. — Prix, M. Noël. — Mention honorable, M. Durand.

Troisième année. — Prix : médaille d'or, M. Ruttinger.

Chimie et pharmacie galéniques. — Médaille d'argent avec livres à MM. Rouyer et Marcotte.

Chimie et micrographie. — Médaille d'argent avec livres à MM. Durand et Patard.

Travaux de recherches. — Médaille d'or, M. Noël.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bach, professeur honoraire des Facultés de médecine de Strasbourg et de Nancy, décédé le 3 novembre, à l'âge de soixante-seize ans, à Bergheim (Alsace), où il s'était retiré après sa retraite. Le professeur Bach était un des anciens professeurs de la Faculté de Strasbourg venus à Nancy après les événements de 1870.

Professeur bien connu à Strasbourg et à Nancy, il avait été en même temps un praticien très estimé en Alsace. Son frère, doyen honoraire des Facultés des sciences de Strasbourg et de Nancy l'avait précédé dans la tombe en 1885.

— Le cours de médecine légale pratique commencera, sous la direction de M. le professeur Brouardel, le mercredi 10 novembre 1886, à deux heures de l'après-midi, à la Morgue, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Ce cours aura lieu dans l'ordre suivant : les mercredis, M. le professeur Brouardel ; les vendredis, M. le docteur Descouts, chef de laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique, et sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi leur troisième examen de doctorat.

— M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale mercredi prochain 10 novembre 1886, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera, dans ses leçons, des maladies chirurgicales du cou, de la poitrine et du rachis.

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique mercredi prochain 10 novembre 1886, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, à la *Faculté de médecine*, et les lundis à l'*École pratique*, à une heure et demie du soir, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique, 15, rue de l'École de médecine, au deuxième étage.

Les leçons anatomiques porteront sur les organes : 1° de la respiration (larynx, trachée, bronches, poumons et plèvre) ; 2° du tube digestif (bronches, pharynx, œsophage, estomac, intestins) ; 3° des glandes annexes (foie, rate, organes génito-urinaires).

M. le professeur Cornil pratiquera des autopsies, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Bichat, à dix heures du matin, et le jeudi, à la même heure, il fera, également à l'Hôtel-Dieu, des démonstrations anatomiques.

— M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie samedi prochain 13 novembre 1886, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Histoire des maladies parasitaires, bibliographie et biographie médicales.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'*Histoire des anatomistes anciens et de la Renaissance anatomique au* XVI*e siècle.*

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Duclaux ouvrira le cours de chimie biologique le mardi 9 novembre 1886, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes et spécialement des antiseptiques.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers ouvrira son cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, le mardi 9 novembre 1886, à trois heures et demie du soir, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'anatomie comparée et de la physiologie. Il étudiera d'abord un type pouvant servir de terme de comparaison dans les considérations générales qui s'étendent au règne animal.

M. le professeur Debray commencera son cours de chimie, rue Michelet, n° 3, le mercredi 10 novembre 1886, à deux heures et demie du soir, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

Les inscriptions pour les travaux pratiques et les conférences seront reçues tous les jours, de deux heures à quatre heures, jusqu'au 13 novembre inclusivement, dans l'ancien amphithéâtre de théologie.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 15 novembre 1886. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté des sciences et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20245

N° 131. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 11 NOVEMBRE 1886. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances sont en grande partie absorbées par la lecture des rapports de prix. M. Colin (d'Alfort) a pu cependant obtenir la parole avant les rapporteurs, pour présenter quelques observations critiques au sujet de la communication faite par M. Pasteur dans la dernière séance. On trouvera les principales observations et les principaux arguments de M. Colin dans le compte rendu.

Dans son rapport sur le service des eaux minérales, M. Vidal a énoncé quelques considérations générales sur le service de l'inspection, qui font pressentir l'opinion que la commission soutiendra dans le rapport qu'elle doit présenter prochainement et soumettre à la délibération de l'Académie à ce sujet. A en juger par l'esprit qui domine dans cette sorte de manifeste préliminaire, il nous paraît douteux que la campagne engagée contre cette institution trouve un accueil favorable et un appui au sein de la savante compagnie.

C'est ce qu'on verra bientôt sans doute.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Statistique intégrale des fractures compliquées de plaie des membres à l'hôpital de la Charité.

Sans compter les fractures des doigts ou des orteils et les fractures de la mâchoire inférieure ou supérieure avec plaie buccale qui guérissent généralement bien, depuis 1881 jusqu'à ce jour, nous avons traité 18 fractures des membres, compliquées plus ou moins gravement, mais toutes avec plaie ou gangrène des téguments et ouverture immédiate ou consécutive du foyer de la fracture.

Ce sont là des plaies graves sur lesquelles l'efficacité des pansements est facilement appréciable et comparable. Les plaies des os en elles-mêmes ne sont pas toujours mortelles ou dangereuses, puisque les amputations avec section d'os dans les parties saines guérissent facilement; mais, lorsque les os sont contusionnés, lorsqu'ils sont mortifiés et destinés à se nécroser, la gravité de la plaie est très grande : la suppuration est fatale et doit durer jusqu'à l'élimination des sequestres; et l'on peut dire que les fractures esquilleuses avec plaie, surtout au voisinage des articulations, sont les plaies les plus graves de toutes.

Par ce temps de théories absolues touchant le mécanisme de la guérison des plaies, et la souveraine puissance des antiseptiques, il est bon de voir les résultats des pansements effectués en dehors de toute préoccupation de microbe, et ayant exclusivement pour but de favoriser le cours naturel de la réparation des plaies, c'est-à-dire enlever les corps qui doivent être éliminés, immobiliser la fracture et assurer une atmosphère humide sur la plaie.

Voici la statistique intégrale des plaies de cette nature qui ont été traitées à l'hôpital de la Charité, salles Saint-Jean et Sainte-Rose, d'après ce principe ancien sanctionné par l'expérience.

Toutes les fractures de jambes ont été traitées de la manière suivante :

Une cuirasse de diachylum ferme la plaie, et une attelle plâtrée immédiate est placée et reste à demeure jusqu'à ce qu'elle ne tienne plus (il s'agit ici de deux attelles latérales d'une seule pièce formant étrier sous la plante du pied et resserrée à volonté à l'aide de courroies élastiques). Cette attelle n'est changée que quand elle commence à se ramollir par suite de la suppuration. De la sorte, pendant quarante jours environ, la plaie n'est ni découverte ni touchée, et la solidité de l'appareil maintient les fragments en place. C'est le pus de la plaie qui forme le topique humide nécessaire à la réparation des plaies, comme c'est l'attelle qui assure l'immobilisation absolue de la fracture.

Le lecteur verra que, dans certains cas, les esquilles enlevées, une résection d'une pointe osseuse a été pratiquée et qu'un drain a été placé, à l'aide d'une contre-ouverture, dans le foyer de la fracture communiquant avec l'articulation.

Sur 13 fractures compliquées de plaie de la jambe, là où l'immobilisation peut être parfaite, nous avons 11 guérisons complètes et 1 malade encore dans le service, convalescent. Il y a 1 mort, c'est le malade qui a eu une hémorrhagie et à qui j'ai dû amputer la cuisse, et qui est mort quelques jours après. C'était un cas d'amputation immédiate, mais comme j'ai déjà guéri des malades de ce genre, j'avais cru pouvoir tenter la conservation du membre, ne croyant pas qu'elle offrît plus de dangers que l'amputation.

Sur 2 fractures de l'avant-bras avec plaie, il y a 1 décès

qui n'est pas imputable à la plaie, puisque la malade est morte près de deux mois après la blessure. Ici encore l'excellent appareil de Nélaton, avec l'addition de la courroie bouclée, permet une bonne immobilisation de la fracture. Le résultat est ici heureux et justifie le moyen employé. La plaie, bien entendu, est toujours pansée avec la cuirasse de diachylum, de Chassaignac, le seul bon pansement sous un appareil à fracture.

Une fracture communicative du coude avec plaie a été suivie de mort. C'était encore un cas d'amputation, mais il y avait une contusion étendue au bras, et la désarticulation de l'épaule même ne pouvait être faite dans des parties saines. Comme j'avais déjà guéri, pendant la guerre de 1870, une fracture communicative par arme à feu du coude, et une fracture esquilleuse du coude par cause directe, à l'hôpital Cochin, j'ai tenté un traitement qui ne me paraissait pas plus périlleux que l'amputation.

Quant à nos deux fractures de la partie moyenne de la cuisse avec plaies et issue des fragments, ce sont des fractures qui sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art.

L'amputation de la cuisse est souvent impossible à cause de la contusion étendue des parties profondes, et on n'a pas la faculté d'espérer le succès. Mais la plus grande difficulté pour guérir sans amputer réside dans l'impossibilité matérielle de placer sur la cuisse un appareil qui ne se dérange point. L'appareil plâtré, si excellent pour la fracture de jambe, ne tient pas sur la fracture de cuisse. L'appareil ouaté silicaté, si haut qu'il remonte sur la cuisse, n'empêche pas les mouvements pendant que l'on place le malade sur le bassin, et d'ailleurs, aussitôt que le gonflement diminue, le membre joue dans l'appareil et la fracture n'est plus contenue ; il faut changer l'appareil et ces changements mobilisent fâcheusement la fracture. C'est la seule critique qu'il faut adresser au pansement ouaté, qui peut rendre des services dans les fractures compliquées du tarse et du carpe.

Voici donc les résultats, et s'il était possible de le dire, ces fractures compliquées ont la valeur d'expérience ; elles prouvent, *ce qu'il fallait démontrer*, que ce n'est point la spécificité des topiques antiseptiques ou autres qui guérit les malades, mais bien l'application des indications thérapeutiques et en particulier l'immobilisation rigoureuse du foyer de la fracture et de la plaie qui le met à découvert.

A. *Fracture des deux os de la jambe avec plaies.*

1. B... Henri, dix-sept ans, imprimeur. — Fracture des deux os de la jambe droite avec plaie communiquant. Entré le 10 juin 1881 ; guéri le 12 août 1881.

2. D... Jean, soixante-sept ans, poseur de pierres. — Fracture des deux os de la jambe droite avec plaie contuse et gangrène du tégument. Entré le 3 juillet 1882 ; guéri le 11 décembre 1882.

3. C... Jeanne, quarante-quatre ans, blanchisseuse. — Syphilitique en puissance de plaques muqueuses et de syphilide tuberculeuse précoce. Fracture comminutive des deux os de la jambe droite, issue du fragment supérieur. Résection du fragment sorti ; extraction des esquilles. Entrée le 27 novembre 1882 ; guérie le 24 avril 1883.

4. Th... Gustave, dix-huit ans, imprimeur. — Fracture du péroné, plaie contuse de la jambe, dénudation de la totalité de la face interne du tibia, nécrose superficielle de l'os. Érysipèle, suite de l'extraction d'esquilles. Entré le 27 décembre 1882 ; guéri le 31 juillet 1883.

5. J... Félix, vingt-sept ans, ébéniste. — Blessé en état d'ivresse. Fracture comminutive des deux os de la jambe droite ; ouverture de l'articulation tibio-tarsienne ; ablation des fragments ; drainage. Entré le 18 janvier 1883 ; grande hémorrhagie le 24 janvier. Amputation de la cuisse. Mort le 31 janvier.

6. C... Florentin, onze ans. — Fracture comminutive des deux os de la jambe gauche. Résection du fragment supérieur du tibia, issu hors de la plaie. Entré le 26 novembre 1883 ; guéri le 17 avril 1884.

7. P... Euphrasie, cinquante-six ans, marchande des quatre-saisons. — Fracture de jambe au tiers inférieur avec plaie et issue des fragments. Entrée le 11 juillet 1884 ; guérie le 21 décembre 1884.

8. T... Lionel, vingt-cinq ans, employé de commerce. — Fracture des deux os de la jambe gauche avec plaie et issue du tibia : traité en ville dans une gouttière plâtrée ; phlegmon de la jambe. Entré le 14 juin ; attelle plâtrée à l'hôpital ; amélioration le 28 juin. Le malade part se faire soigner chez lui ; il sort avec des béquilles.

9. C... Jean, cinquante-neuf ans, porteur aux halles. — Fracture des deux os de la jambe droite avec plaie communiquant. Entré le 11 décembre 1885 ; guéri le 5 avril 1886.

10. J... Auguste, quarante-cinq ans, charpentier. — Fracture esquilleuse des deux os de la jambe gauche. Sphacèle de la peau ; ouverture de foyers purulents profonds ; extraction d'esquilles. Entré le 15 janvier 1886 ; guéri le 15 juin 1886.

11. S... Jules, dix-huit ans, imprimeur. — Entré le 8 septembre 1886. Fracture du tibia seul avec plaie et petites esquilles, par cause directe. Le malade se lève le vingtième jour et est aujourd'hui en voie de guérison, le 28 octobre 1886.

12. B... Adeline, concierge. — Entrée le 17 avril 1886. Fracture sus-malléolaire des deux os de la jambe droite, eschare de la peau au niveau de la fracture, gangrène, ouverture du foyer, esquille, extraction de l'esquille, angioleucite de la jambe le 11 juin ; guérie le 28 septembre 1886.

13. F... Arthur, quarante-quatre ans, serrurier. — Fracture des deux os de la jambe à la partie inférieure avec plaie, issue du tibia et ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Entré le 24 mars 1886. Résection de l'extrémité inférieure du tibia ; extraction d'esquilles, drain dans le foyer de la fracture et dans l'articulation. Suppuration, nécrose du quart inférieur du tibia. Ce malade est encore dans la salle, en voie de guérison, le 28 octobre 1886.

B. *Fracture de l'avant-bras.*

1. R... Rosalie, soixante-dix ans. — Fracture des deux os de l'avant-bras droit avec plaie communiquant avec le foyer de la fracture. Entrée le 10 avril 1882 ; guérie le 8 juin 1882.

2. P... Florence, soixante-quatre ans, domestique. — Fracture du radius droit avec plaie et issue du cubitus ; conjonctivite double. Entrée le 18 décembre 1882 ; morte de pneumonie franche le 10 février 1883 : la plaie était cicatrisée et la fracture consolidée.

C. *Fracture du fémur.*

1. C... François, maçon, vingt-quatre ans. — Fracture comminutive du coude gauche, fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche, fracture du fémur gauche avec plaie et issue du fragment supérieur ; plaies contuses multiples. Entré le 16 janvier 1882 ; érysipèle du bras gauche le 26 janvier ; mort le 27 janvier 1882.

2. P... Jacques, soixante-dix-sept ans, fumiste. — Fracture du fémur droit avec plaie et issue du fragment supérieur, fracture du fémur gauche sans plaie ; plaie par arrachement de toute la peau du bras gauche, gouttière Bonnet. Entré le 2 mai 1884 ; mort le 5 mai 1884.

D. *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus dans le coude.*

M... Adolphe, quarante-six ans, journalier. — Fracture comminutive du coude, fragments multiples avec deux plaies communiquant avec le foyer de la fracture ; ecchymose de la totalité du bras. Entré le 15 mars 1886 ; mort le 8 avril 1886. Nous avions employé l'attelle plâtrée en spirale, le seul moyen de contention possible.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Ball.

L'érotomanie.

C'est la huitième année que s'ouvre la clinique des maladies mentales que j'ai réussi à établir, malgré bien des obstacles et des oppositions. Dans cet espace de temps, j'ai contracté envers mes auditeurs une dette de reconnaissance, que je suis heureux d'acquitter, en les remerciant de la sympathie constante qu'ils ont bien voulu me témoigner; sympathie dans laquelle j'ai puisé le courage nécessaire, pour surmonter tant de difficultés et supporter la lourdeur de ma tâche.

Plus je vais et plus je sens la nécessité d'orienter mes leçons vers le côté pratique et réel, sans perdre de vue les idées générales, les questions d'ensemble qui doivent dominer tout enseignement.

C'est en vertu de ce principe que je considère comme très importante l'étude de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui les délires partiels. Par elle, on pénètre, en quelque sorte, jusque dans l'esprit des aliénés, et on arrive à découvrir, au milieu de ce qui est encore sain, l'idée, le fantôme, la conception qui les tyrannise.

J'ai traité, précédemment, devant vous, la folie des persécutions, la folie morale, la folie des grandeurs, la folie religieuse. Aujourd'hui, je veux vous parler de la folie érotique. Par sa fréquence, par son importance, par ses rapports avec la médecine légale, par sa connexion étroite avec un des penchants les plus légitimes et les plus puissants de la nature humaine, elle offre le plus vif intérêt. Il ne s'agit pas de répondre à une vaine curiosité, mais l'intérêt de cette question s'impose autant au médecin qu'au psychologue, par le jour qu'elle jette sur plusieurs cas de pratique journalière.

Il importe d'établir d'abord quelques distinctions. Esquirol en établissait deux, séparant l'érotomanie proprement dite, ou amour chaste, de la nymphomanie, ce penchant irrésistible qui se traduit par l'invasion des sens dans l'intelligence. J'en ajouterai une troisième, que j'appellerai le sens génital, dans laquelle sont comprises ces aberrations et ces monstruosités de l'instinct, qui provoquent l'intervention de la justice et la vindicte sociale.

Dans la leçon d'aujourd'hui, je vais vous entretenir de l'érotomanie ; et selon l'habitude, avant la maladie, nous allons étudier le malade.

C'est un homme de trente-neuf ans, actuellement dans le service, bien constitué physiquement. Il ne présente aucun de ces stigmates d'aliénation héréditaire, fréquents chez les fous de son espèce. Pourtant les antécédents du côté de sa famille sont positifs : son père est mort à l'âge de soixante-dix-sept ans, halluciné, persécuté, tellement que, dans son pays, on avait coutume de l'appeler « le fou ». Cet homme a eu dix-neuf enfants, dont notre malade est le treizième. Or, vous savez que je considère le grand nombre des enfants, joint à la longévité, comme une condition prédisposante à l'aliénation mentale. Sa mère est morte à l'âge de quatre-vingts ans, atteinte de névrose épileptique.

Voici, maintenant, les antécédents personnels du malade, qui a été lui aussi de bonne heure persécuté et épileptique. Il est doué d'une vive, lucide et puissante intelligence, et il a reçu une éducation et une instruction supérieures, s'étant destiné à la prêtrise. S'il n'est pas bachelier, c'est que ses directeurs n'ont pas jugé nécessaire qu'il obtînt ce grade.

Dès l'âge de treize à quatorze ans, il éprouvait parfois des vertiges épileptiques ; c'était une faiblesse, une absence, une sorte de syncope intellectuelle qu'il éprouvait pendant les classes. Ces accès allèrent en augmentant. Ne se sentant pas la vocation ecclésiastique, il entra dans l'enseignement libre, le seul que lui permît l'absence de grades universitaires.

Plus tard, s'étant mis dans le commerce, il y fut notablement apprécié, surtout comme comptable. Malheureusement, à chaque instant il faisait quelque incartade singulière. Ainsi, jouant au billard, il devenait tout d'un coup rêveur et avait une absence ; puis, revenant à lui, il s'étonnait de se trouver là et demandait qui l'y avait conduit. Enfin, un jour, il urina dans la poche de deux de ses collègues et il fut aussitôt congédié. Il eut alors une existence difficile et vécut dans la misère ; mais, malgré tout, il ne ressentait jamais d'impulsion vraiment criminelle.

Il y a sept ans, un nouveau trouble se produisit dans ses facultés mentales : il fut envahi par une hallucination de l'ouïe, croyant s'entendre adresser des injures, particulièrement l'épithète de *fou* que les gens de son pays avaient donnée à son père. En proie au délire des persécutions, il a été interné dans divers asiles en province et, en particulier, dans celui de Saint-Dizier. C'est là qu'il a rencontré dans la personne du très honorable directeur de cet établissement, le seul persécuteur imaginaire qui ait obsédé son esprit et qui ait excité sa haine implacable. « S'il le tenait entre ses mains, il le disséquerait vivant! » C'est donc un halluciné épileptique, dangereux, malgré son intelligence et la régularité de sa conduite.

Ce n'est pas tout. Il est encore somnambule : chargé une fois d'un long travail de comptabilité, il l'a trouvé, à son grand étonnement, tout fait à son réveil le lendemain matin. Il est aussi impulsif et émotif, car il éprouve des impressions pénibles, des terreurs pour les motifs les plus futiles. Ainsi, on remarque chez lui la *topophobie*, c'est-à-dire qu'il ne peut passer dans certains endroits, convaincu que les murs s'écrouleront sur lui. C'est là, paraît-il, une des obsessions les plus pénibles. Il y a de plus l'*onomatomanie*, besoin impérieux qui lui vient de temps en temps de chercher certains noms et certaines adresses, et qui nécessite l'intervention d'un dictionnaire Bottin ou autre. Enfin, il récite souvent de longues tirades des auteurs classiques qu'il sait par cœur.

Appelé à tirer au sort, il a passé sept ans sous les drapeaux, où ses chefs n'ont jamais eu à noter rien d'extraordinaire. Il a fait la guerre de 1870 et s'est même distingué plus d'une fois. Blessé à Sedan, il a été proposé pour le grade de sous-lieutenant à la fin de la campagne. Preuve remarquable qu'un homme, absolument incorrect au fond, peut, pendant très longtemps, ne donner extérieurement aucun signe de désordre.

Mais survient une circonstance particulière qui joue un grand rôle dans la vie de cet homme. Un jour, il croise dans la rue une jeune femme ou une jeune fille, la regarde, se retourne : elle avait disparu, mais il l'aimait déjà! C'est ce que Stendhal appelle le « coup de foudre ». A partir de ce moment, l'inconnue est devenue maîtresse de son âme et l'idole de ses pensées. Il lui a adressé des vers passionnés qu'il ne lui a jamais envoyés bien entendu, car il ne s'est jamais mis en quête de savoir qui elle était et où elle était.

Son amour est si désintéressé qu'elle ne doit même pas savoir qu'elle est aimée de lui. Si, par hasard, on a l'air de mettre en doute sa pureté, les larmes lui viennent aux yeux. Le mariage lui apparaît comme une chose très répugnante. Et pourtant, phénomène remarquable, malgré une impression aussi profonde, l'image qui lui est restée est si fugitive qu'il ne peut même pas dire si la dame de ses pensées est blonde ou brune. Tel est le tableau de l'érotomanie bien définie, survenue chez notre aliéné comme le couronnement de l'édifice.

Ce malade est bien le type de la folie de l'amour chaste. Cet amour repose sur un idéal vague, nuageux, à peine entrevu; c'est l'amour le plus pur et le plus sérénal qui puisse exister. Généralement, les érotomanes portent des tares héréditaires et nous venons d'en voir un exemple; mais généralement aussi, d'après plusieurs auteurs, ils sont faibles d'esprit : nous avons aujourd'hui un démenti de cette loi et j'en ai observé plusieurs. La tare héréditaire grandit et se développe peu à peu. On observe, chez les érotomanes, une attitude singulière avec le sexe opposé jusqu'à la puberté. C'est au moment de cette crise que naît ordinairement un roman, dont le point de départ est tantôt une vision purement imaginaire, tantôt une rencontre fortuite. Placées dans ce milieu intellectuel morbide, dans cette atmosphère malsaine, les dispositions innées s'accroissent et s'exagèrent. Sauf de rares exceptions chez quelques-uns, la chasteté est absolue. Mais il est à noter que, le plus souvent, l'objet aimé est très élevé, bien au-dessus de l'amoureux : c'est une princesse, une grande dame, une reine. En un mot, jamais érotomane ne s'est épris de sa cuisinière.

On sait l'histoire de ce page de Marie Stuart, amoureux de sa reine, et qui fut trouvé deux fois couché sous son lit. La première fois, on lui pardonna; mais, la seconde fois, il fut conduit sans pitié à l'échafaud, et, avant de mourir, il s'écria : « O cruelle dame! »

Il est une reine qui a réuni plus d'adorateurs que toutes les autres, je veux parler de la Sainte-Vierge, de celle qu'on appelle la reine des anges et l'impératrice des cieux. Pour qui connaît la connexion intime qui existe entre le sentiment religieux et le sentiment érotique, il n'est pas douteux que cette passion si éthérée pour la Vierge de quelques jeunes prêtres et même de graves théologiens ne représente une effusion spéciale de l'érotomanie, et que ce soit l'amour inconscient de la femme qui ait dicté les écrits ardents de ces célibataires.

Mais, au milieu de ce bouillonnement confus des facultés mentales, quelle est l'attitude du sujet? A ce point de vue, les sujets se divisent en deux catégories : 1° les amoureux discrets, qui n'abordent jamais l'objet de leur muette adoration; 2° les amoureux indiscrets, qui rendent souvent leur passion onéreuse à celle qui en est honorée.

Une femme du monde, très élégante, était en butte aux obsessions d'un jeune magistrat. Il ne lui avait jamais témoigné son sentiment, il ne lui avait jamais adressé une parole, même hardie; mais il avait le talent de se trouver toujours sur son chemin. Sortait-elle, elle le rencontrait à sa porte. Rentrait-elle, il était encore à sa porte. Se sauvait-elle à la campagne, elle y retrouvait son persécuteur.

Nous avons eu longtemps, dans notre service, un autre fou par amour chaste. Il avait été pendant dix ans dans l'infanterie de marine et il avait conservé sa virginité intacte. Il fut ensuite professeur dans une institution. Un jour qu'il conduisait des élèves, il voit dans la rue une jeune personne et il en est épris. Sans désemparer, il court chez les parents et leur demande la main de leur fille. Il est mis à la porte. Étant revenu à différentes reprises, il se fait insulter, souffleter par un frère de la jeune fille. Enfin la famille le fait arrêter et conduire au Dépôt, d'où il est envoyé à l'asile Sainte-Anne. Il manifestait les intentions les plus chastes et semblait disposé à les continuer après le mariage. Nous n'avons pu réussir à lui faire comprendre que la disproportion était trop grande entre sa position de 50 francs par mois et celle de la jeune fille. Il persistait à croire que son incarcération à Sainte-Anne était un temps d'épreuve qu'on voulait lui faire subir avant de réaliser ses vœux.

Personne n'a oublié le retentissement d'un procès célèbre auquel reste attaché le nom de notre maître éminent, Lasègue. Teulat, précepteur chez le duc de Broglie, était devenu amoureux de sa belle-fille, la princesse de Broglie. Ayant été congédié, il poursuivait la princesse de ses obsessions et allait même jusqu'à lancer des pierres à ses fenêtres, soit en guise de menaces, soit pour la prévenir de sa présence.

Il fut interné pendant un certain temps pour aliénation mentale. Mais quand il fut mis en liberté, il intenta à Lasègue un procès en séquestration arbitraire. Lasègue plaida sa cause lui-même, et il eut beaucoup de peine à faire comprendre à la Cour la différence qui existe entre le délire des érotomanes et le délire des amants.

Un phénomène important et caractéristique de l'hallucination qui nous occupe, c'est le délire dégagé de tout alliage. Un roman pathologique se produit parfois dans un esprit sain d'ailleurs et peut prendre les tournures les plus imprévues.

Une vieille demoiselle, très distinguée, élevée de sentiments, d'une chasteté au-dessus de tout soupçon, très appréciée de ses amis, rencontre un jour un monsieur qui la regarde en passant. — « S'il m'a regardée, c'est qu'il m'aime », se dit-elle. — Et aussitôt la voilà en proie au délire de la persécution. On l'avait conduite ici et elle croyait que cet homme cherchait à escalader les murs, employait les moyens les plus machiavéliques pour parvenir jusqu'à elle avec les intentions les plus injurieuses pour sa vertu. Ce qui ne l'empêchait pas d'avoir un mérite littéraire remarquable. Nous avons publié quelques-unes de ses poésies. Elle a quitté la clinique toujours avec son obsession et nous ne savons ce qu'elle est devenue.

Malheureusement les faits de ce genre sont incapables de rétrocéder; ils sont à peu près incurables. Dans ces délires partiels où l'édifice intellectuel n'est ébranlé que d'un côté et en érotomanie en particulier, les malades versent le plus souvent dans la démence. Aussi je crains bien que le premier dont je vous ai parlé finisse par tomber dans l'abolition complète de ses facultés intellectuelles.

Je vous ai fait le tableau de la folie amoureuse dans sa forme pure et chaste. Je veux, en terminant, vous dire un mot de l'heure solennelle qui sonne dans la vie de tout médecin aliéniste, lorsqu'il est appelé à se prononcer devant la justice et à exercer ainsi une véritable magistrature. Quand on est en présence d'un homme comme le nôtre, le doute n'est pas possible. Mais pareil cas n'est pas commun. Combien la tâche est difficile, lorsqu'il s'agit de condamner par son appréciation un de ses semblables, surtout dans les affections de ce genre, qui attirent souvent les sympathies les plus légitimes. On dit que les aliénistes voient partout des fous. C'est pourquoi j'ai demandé dernièrement à l'Aca-

démie de médecine de fixer des limites à la responsabilité des médecins aliénistes. Mais il faut faire son devoir en dépit des clameurs extérieures et s'élever à la hauteur de la situation. Sans doute il est plus difficile de voir son devoir que de le faire. Cependant, quand on a recueilli les antécédents et les circonstances concomitantes de l'hallucination, les photographies du malade à des âges différents si c'est possible, quand on a bien envisagé les conditions de l'acte en lui-même, on peut distinguer avec certitude un érotomane d'un amoureux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Instruction publique, qui envoie l'ampliation du décret autorisant l'Académie à accepter le legs que lui a fait M. Jacquemier dans son testament en date du 5 juillet 1877;

2° Une lettre de M. le ministre de la marine, qui transmet de la part du commandant supérieur des établissements français du Golfe de Guinée, le bulletin des vaccinations opérées sur les populations de ces contrées.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Demange (de Nancy), qui envoie un exposé de ses titres à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national;

2° Une lettre de M. le docteur Chassinat (d'Hyères), qui pose sa candidature pour le même titre. (Comm. des correspondances);

3° Des observations sur la rage et des moyens propres à la guérir, par M. Pourtalé, médecin vétérinaire à Carbon Blanc (Gironde);

4° Une note de M. le docteur Hirtz (de Colmar), intitulée : *De la révulsion sur les voies génito-urinaires par les Meloe majalis, Meloe brevicollis, etc., etc., dans les rhumatismes articulaires aigus et chroniques et dans les bronchites chroniques.* (Comm. : MM. Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz);

5° Un travail intitulé : *De la toxicité des urines albumineuses et surtout des urines brightiques*, par le professeur M. Semmola et le docteur Gauthier;

6° Un travail de M. le docteur Moselles (de Mexico), sur une méthode curative radicale de la rage déclarée.

M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Decès (de Reims), correspondant national.

M. le Président, après avoir informé l'Académie que les observations présentées en comité secret dans la dernière séance relativement à la constitution de la classe des associés libres, n'avaient amené aucune décision nouvelle, déclare la vacance dans cette classe.

Il déclare ensuite une vacance dans la section de pharmacie.

La parole est à M. Colin (d'Alfort), pour présenter quelques observations sur la communication faite par M. Pasteur dans la dernière séance.

DISCUSSION SUR LA RAGE

M. Colin (d'Alfort). Les résultats indiqués par M. Pasteur dans sa dernière communication donnent la mesure de la valeur de ses inoculations rabiques dites préventives. D'abord il me paraît impossible d'accepter sans un sérieux examen les chiffres effroyables de sa statistique. Que 2400 individus soient venus rue d'Ulm après avoir été mordus par des chiens, des loups et des chats et qu'ils y aient été traités, c'est ce dont je ne doute pas. Mais que ces 2400 individus, dont 1700 Français, aient été mordus par des animaux enragés, c'est ce que je ne puis admettre. Les éléments avec lesquels ces sortes de statistiques sont faites sont recueillis, dans la plupart des cas, par des gens incompétents. Ils ne sont ni contrôlés ni susceptibles de contrôle. Qu'un chien agacé ou maltraité donne un coup de dent à un passant, il est mis aussitôt au rang des chiens enragés.

Ici M. Colin cite une foule de cas analogues, où la certitude de la rage manque. L'autopsie elle-même ne suffit pas toujours pour donner cette certitude. Aussi, ajoute-t-il, il faut, tout en commençant, déduire du nombre total des animaux donnés comme enragés par les statistiques un nombre considérable mais indéterminé de non enragés. Par conséquent il faut de même déduire dans celle de M. Pasteur un chiffre également considérable, représentant les mordus pour le compte desquels les résultats du traitement antirabique ne prouvent absolument rien.

Après un examen critique des statistiques publiées par les soins de l'administration, M. Colin continue en ces termes : que l'on tienne ou non compte de l'écart qui existe entre les statistiques administratives et celle de M. Pasteur, il est une première défalcation à faire dans le nombre des individus traités. Une deuxième défalcation est au moins nécessaire. Chacun sait que tous les individus, hommes ou animaux, mordus par des chiens enragés, ne contractent pas la rage, quoiqu'ils ne soient soumis à aucun traitement. C'est là un fait d'observation confirmé par un grand nombre d'expériences souvent répétées dans les Écoles vétérinaires.

Quoiqu'on ne puisse pas établir la proportion de ces sujets qui, pour diverses causes, échappent à la contagion rabique, on est fondé à affirmer qu'elle est assez forte.

Aux deux défalcations précédentes, qui réduisent déjà beaucoup le nombre des individus à traiter, il faut en ajouter une troisième fort importante, celle des sujets cautérisés.

Si, maintenant, nous additionnons les sujets des trois groupes à déduire de la somme totale des sujets traités, il nous reste les sujets pour lesquels la vaccination pouvait être utile. Ce nombre est tout trouvé, c'est le nombre des mordus qui mouraient annuellement avant l'emploi du traitement de M. Pasteur. Ce nombre, d'après les statistiques les plus sérieuses, est une trentaine par an environ.

En admettant que le nombre des condamnés à mort à la suite de morsures rabiques soit, en moyenne, de 30, nous arrivons à porter à 18 ou à 20 celui des sujets que la vaccination a guéris.

Les résultats du traitement employé par M. Pasteur ne sont donc pas ce qu'ils paraissent être à première vue. S'ils semblent en démontrer l'efficacité dans un certain nombre de cas, ils prouvent aussi que ce traitement échoue fort souvent. La méthode des inoculations rabiques telle qu'elle a été appliquée jusqu'ici n'a donc pas la sûreté, l'infaillibilité qu'on voulait lui attribuer dès le début.

On aurait pu, cependant, dès les premiers moments, se fixer exactement sur sa valeur par l'expérimentation sur les animaux.

Pour moi, je n'ai jamais cru à l'infaillibilité du traitement antirabique, et ce qui m'a empêché d'y croire, ce sont les résultats des inoculations préventives des maladies charbonneuses. J'ai vu que cette immunité n'est pas toujours acquise, qu'elle est d'une durée limitée, qu'elle s'éteint au bout d'un certain temps et qu'enfin les inoculations tentées en vue de l'obtenir sont fréquemment dangereuses et reproduisent la maladie sous une forme mortelle.

M. Pasteur, sur tous ces points, s'est prononcé d'une manière absolue. Il a déclaré que ses virus atténués confèrent l'immunité à coup sûr dans tous les cas et qu'ils n'exposent à aucun danger. Mais les faits n'ont pas tardé à contredire ses assertions. Il a fallu vaccciner deux ou trois fois pour donner une immunité trompeuse et de courte durée. On a tué un grand nombre d'animaux avec les virus donnés comme inoffensifs. Les insuccès ont d'abord été niés, puis ils sont devenus si nombreux qu'il a été impossible de les dissimuler.

Relativement à la rage, la vaccination ne paraît pas exposer aux dangers qu'entraîne souvent celle du charbon; mais, je les

crains, depuis que j'entends parler de ces vaccinations intensives, coup sur coup, avec les moelles rabiques du troisième, du deuxième et du premier jours. Si elles sont réellement très actives, on ne voit pas pourquoi elles ne pourraient pas quelquefois faire renaître la rage, comme les vaccins charbonneux font renaître le charbon.

Ne pourrait-on pas dire, non sans vraisemblance, que de tels accidents sont déjà arrivés à l'insu des vaccinateurs et du public?

Nous faisons des vœux, dit en terminant M. Colin, dans l'intérêt de l'humanité, pour le succès de ces tentatives, mais qu'on nous permette de peser et de discuter leurs résultats.

RAPPORTS

M. CORNIL donne lecture du rapport sur le prix Herpin, au nom de la commission composée de MM. Ricord, Trasbot et Cornil, rapporteur. Les conclusions en seront lues en comité secret.

M. VIDAL, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture du rapport annuel sur les eaux minérales en France, pendant l'exercice de 1885. Les conclusions sont également réservées.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher confrère,

Le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux* contient une observation de morsure de vipère.

Vers la mi-août 1830, je venais de passer ma thèse doctorale. Étant en villégiature chez un camarade qui lui-même était sur le point de subir cette épreuve, on vint le chercher pour un cas pressant, dans sa commune même. Il était six heures du soir ; l'accident avait eu lieu à deux heures.

Un paysan, ramassant de l'avoine dans un champ, venait d'être mordu au dos de la main par une vipère. Ce reptile, enroulé dans une dépression formée par le pas d'un cheval, fut pris et tué sur l'heure. Mais on dut surseoir quelques instants, à cause du malaise, pour ramener le blessé à son domicile. Quand nous arrivâmes, mon ami et moi, les symptômes nous parurent très graves.

On nous raconta ainsi l'événement :

C'est au moment où le malade soulevait une javelle, les deux mains jointes, que, redressant la tête, l'animal fit la piqûre. L'effet fut immédiat : douleur vive et diffuse, anxiété pénible, frissons, sueurs froides, défaillances, etc. ; enfin une rémission légère permit de le hisser sur une voiture et de le ramener à son domicile. Nous vîmes la vipère, qu'il nous fut facile de reconnaître.

Quant au malade, étendu sur son lit, on eût dit un cadavre à demi-rigide. La peau, d'une teinte sombre partout, était froide. Yeux demi-clos et immobiles, lèvres décolorées entre lesquelles apparaissait la langue, doublée de volume et sèche. Pouls réduit à 28 pulsations ; ventre ballonné ; réponses lentes et presque imperceptibles.

Au dos de la main, le gonflement était énorme ; toutefois, l'endroit de la blessure n'apparaissait pas. L'idée me vint d'appliquer une ventouse. Sous son attraction, la tension s'augmenta encore et l'on vit sourdre un filet de sang du pertuis entr'ouvert.

Édifiés dès lors, nous fîmes une double incision en croix large et profonde et promenâmes avec précaution, sur la surface de la plaie, l'extrémité d'une broche rougie à blanc.

Pansement avec charpie et cérat opiacé et par-dessus cataplasme farine de lin entre deux linges. Tisane d'orge miellée ; quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque dans une potion.

Quarante-huit heures après, la situation restait à peu près la même. Le pouls était remonté à 34. Langue sensiblement moins épaisse ; plaie d'assez bon aspect ; haleine toujours froide et nauséeuse. Quelques cuillerées de bouillon furent permises. Mais ce ne fut qu'au sixième ou septième jour que les craintes commencèrent à se dissiper et qu'à de légers aliments on put ajouter quelques cuillerées d'eau rougie. Le pouls marquait 40 ; la chaleur reparaissait ; la langue amoindrie rentrait tout à fait dans la cavité buccale et perdait sa sécheresse. Puis, ce qui ajoutait à ces signes d'une transformation heureuse, c'était le jeu animé de la physionomie et le retour de la lucidité. Quand je quittai le pays, quinze jours s'étaient écoulés. La plaie atteignait à la cicatrisation complète ; sur tous les points renaissait le fonctionnement normal. Les nouvelles ultérieures furent confirmatives.

Présumant que ce fait, joint au vôtre, pourrait intéresser les lecteurs de la *Gazette*, je me suis fait un devoir de vous l'adresser. C'est d'ailleurs l'unique que j'aie eu l'occasion de voir dans une pratique de neuf années à la campagne.

Veuillez, cher confrère, avec mes remerciements anticipés, agréer l'expression de ma vieille sympathie.

Paris, le 7 novembre 1886.

DELASIAUVE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 novembre 1886, M. le docteur Hébrard, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Par décret, en date du 8 novembre 1886, M. Cavalier, pharmacien de deuxième classe de la marine, a été promu au grade de pharmacien de première classe dans le corps de santé de la marine.

— Les membres du jury du concours ouvert à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris pour le prix Civiale ont été tirés au sort ; ce sont : MM. les docteurs Féréol, Guyon, Guyot, Léon Labbé et Vidal.

Les candidats, au nombre de deux seulement, sont MM. Clado et Hallé.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 25 octobre 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Estor, M. Bertin, professeur d'hygiène à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

— M. le professeur Gautier commencera son cours de chimie médicale le jeudi 11 novembre 1886, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

M. Gautier traitera de la chimie organique (fonctions organiques, corps aromatiques, alcaloïdes naturels).

— M. le docteur Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 12 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Examen des malades avant la leçon, à la salle Saint-Augustin. Le mardi, conférence de clinique et de thérapeutique à la consultation, à neuf heures et demie.

— M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie samedi prochain 13 novembre 1886, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Histoire des maladies parasitaires, bibliographie et biographie médicales.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'*Histoire des anatomistes anciens et de la Renaissance anatomique au XVIe siècle*.

— Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater

du samedi 13 novembre 1886, les mardis, jeudis et samedis : les jeudis à quatre heures, par M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis à trois heures, par M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis à trois heures également, par M. Jules Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Le laboratoire de chimie, situé dans la caserne de la Cité, sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— Samedi 13 novembre 1886, à 7 h. 1/2 du soir, aura lieu à la salle Sylvestre (salle n° 1), rue des Bons-Enfants, 28, la vente des livres composant la bibliothèque de notre si regretté collaborateur le docteur Legrand du Saulle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20256

N° 132. — SAMEDI 13 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 13 NOVEMBRE 1886. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire.

Néoplasmes et calculs de la vésicule biliaire, avec leurs diverses complications, tels sont les sujets dont a eu à s'occuper M. le docteur Maurice Denucé dans sa thèse de concours pour l'agrégation. Des néoplasmes, ne donnant que rarement lieu à une intervention chirurgicale, il dira peu de chose, si ce n'est au point de vue du diagnostic. Les calculs et les collections liquides dont ils s'accompagnent le plus souvent font l'objet principal de ce travail. C'est de ce sujet seul que nous allons nous occuper.

Les calculs formés dans la vésicule biliaire peuvent y séjourner sans donner lieu à aucun symptôme notable. Ces cas sont loin d'être rares. La chirurgie n'a rien à y faire. Lorsque leur présence se révèle par des douleurs, suivant que ces douleurs sont peu violentes, espacées, susceptibles d'être modifiées ou atténuées par un traitement médical, ou qu'elles sont d'une grande intensité, qu'elles se répètent fréquemment, et que le régime, l'usage des moyens internes, des topiques anodins ou des cures thermales se sont montrés insuffisants, le rôle du chirurgien diffère. Passif dans le premier cas, il doit devenir actif dans le second.

A cette première catégorie de faits, il faut ajouter tous les cas où les calculs, enfermés dans la cavité de la vésicule, y déterminent des phénomènes insolites ; ceux où les concrétions sortent de la vésicule par un trajet accidentel; ceux où l'expulsion par les voies naturelles n'arrivant pas à son terme, le calcul reste enclavé en un point quelconque du canal excréteur, col de la vésicule, conduit cystique ou conduit cholédoque.

Tels sont les trois chefs sous lesquels M. Maurice Denucé classe et décrit les diverses complications de la cholélithiase.

Les modifications et lésions que la présence des calculs peut amener dans la vésicule, surtout lorsqu'ils sont anciens, volumineux et irréguliers, sont : soit un processus inflammatoire de la muqueuse, une cholécystite, soit un catarrhe qui pourra aboutir à la suppuration ou à l'ulcération de la muqueuse. Le catarrhe étendu aux canaux cystique, hépatique, cholédoque, pourra, sans autre cause d'oblitération, entraîner des accidents semblables à ceux que produit l'enclavement des calculs dans ces conduits, l'hydropisie, l'empyème, la tumeur biliaire, la rétention de bile avec ses conséquences.

Lorsque les calculs viennent à faire issue hors de la vésicule par un trajet accidentel, à la suite de l'ulcération ou de la gangrène de ses parois, il s'ensuit une péritonite suraiguë mortelle. Si, cependant, l'ouverture étant trop petite, l'écoulement se fait par quantités très minimes, il peut arriver que le liquide épanché soit résorbé par la surface péritonéale, sans donner lieu à aucun accident.

Généralement, l'inflammation des parois de la vésicule retentissant sur leur enveloppe péritonéale, il en résulte des adhérences avec les organes voisins ou avec la paroi abdominale et une fistule qui établit une communication entre la cavité cystique et ces viscères ou le tégument. Les fistules internes n'intéressent le chirurgien que dans des circonstances particulières. Ce sont surtout les fistules externes ou cutanées qu'il y aura à considérer ici.

L'existence d'une tumeur dans l'hypochondre droit constatée, étant donnés sa situation, sa forme, sa mobilité, les déplacements qu'elle subit dans les mouvements respiratoires, etc., cette tumeur siège-t-elle dans la vésicule? Quelle est sa nature? Quelle en est la cause? C'est ce qu'il s'agit d'abord de déterminer.

Le diagnostic d'une tumeur de la vésicule biliaire et de sa cause est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, par le simple examen. Y arrive-t-on plus sûrement par la ponction ou l'incision exploratrice? La simple ponction n'éclairera qu'insuffisamment sur l'origine réelle du liquide auquel elle peut donner issue ; elle sera également insuffisante pour faire reconnaître la cause de l'obstruction, et elle n'est d'ailleurs pas sans danger. Aussi M. Maurice Denucé la repousse-t-il, pour lui préférer l'incision. « Dans les nombreuses observations où ce procédé a été employé, dit M. Denucé, non seulement il n'y a pas eu d'accidents opératoires (grâce à l'asepsie), mais encore l'ouverture temporaire du péritoine ne paraît pas avoir eu sur la marche de l'affection reconnue une influence notable. » Aussi toutes les fois qu'il sera absolument nécessaire de fixer le diagnostic, il pense qu'entre la ponction, opération aveugle qui ne donne que des renseignements insuffisants, et l'incision exploratrice il n'y a pas à hésiter, et il préconise, sans réserve, cette dernière.

Voici, en résumé, les conclusions de ce travail :

Les néoplasmes de la vésicule biliaire ne seront qu'excep-

tionnellement justiciables d'une opération chirurgicale, leurs symptômes ne permettant de les reconnaître que lorsque leur extension aux organes voisins rend toute intervention impossible. En cas de constatation d'un néoplasme limité à la vésicule, la cholécystectomie serait indiquée.

La cholélithiase simple, sans accidents, ne relève que du traitement médical. L'extirpation de la vésicule ne serait indiquée, après exploration convenable, que dans des cas de crises de colique hépatique fréquentes et d'une extrême intensité, ayant résisté à tous les traitements internes et rendant la vie intolérable au malade.

L'issue des calculs à l'extérieur par perforation de la vésicule et phlegmon de la paroi abdominale n'est pas rare. L'incision du phlegmon sera suivie de l'établissement d'une fistule par laquelle des calculs pourront s'échapper. La dilatation de la fistule aidera dans ces cas à l'évacuation complète.

La cholélithiase peut se compliquer encore d'autres accidents, de l'obstruction des canaux cystique et cholédoque. Une incision exploratrice seule pourra renseigner sur les causes très variables de cette obstruction et sur les indications qu'elle entraînera.

Avant d'opérer une tumeur calculeuse, on devra s'assurer préalablement de la perméabilité des conduits vecteurs. La cholécystectomie a, dans ces cas, une supériorité sur tous les autres procédés.

Dans l'hydropisie de la vésicule par oblitération du canal cystique, on devra se guider, pour le choix de l'opération, d'après les circonstances : recourir à la cholécystotomie si l'obstacle est un calcul engagé dans le conduit, de façon que la section doive porter entre le calcul et la vésicule, et préférer la cholécystectomie s'il s'agit d'un engagement du calcul dans le col de la vésicule ou d'une sténose cicatricielle.

L'empyème de la vésicule conduit à des conclusions différentes, vu l'impossibilité de reconnaître l'état des canaux, de savoir s'il y a ou non angiocholite suppurée ou ulcéreuse et les inconvénients que pourraient avoir la ligature et l'abandon dans l'abdomen du canal enflammé; on choisira dans ce cas la cholécystotomie.

L'occlusion du canal cholédoque tirant sa gravité de la rétention biliaire, on y remédiera par l'établissement d'une fistule biliaire au moyen de la cholécystotomie, tout en luttant par les moyens appropriés contre l'affection causale, que celle-ci soit un néoplasme, un calcul, un rétrécissement cicatriciel ou inflammatoire.

Le traitement de la fistule consécutive à la cholécystotomie varie suivant la nature de l'affection primitive.

Lavements gazeux dans le traitement des maladies des voies respiratoires.

La méthode des lavements gazeux dans le traitement des maladies des voies respiratoires, inspirée par le principe de l'élimination par les poumons des gaz introduits dans l'économie par la voie rectale, expérimentalement démontré par Claude Bernard, a été, on le sait, inaugurée pratiquement par M. le docteur L. Bergeon, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon (voir *Comptes rendus* de l'Académie des sciences de juillet, et du Congrès pour l'avancement des sciences de Nancy, août 1886, et *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 761). Cette méthode vient de recevoir une impulsion et une sanction nouvelles par la communication faite dans la séance de l'Académie de médecine du 19 octobre par M. Cornil. Au résumé de cette communication que nous avons publié dans notre compte rendu de cette séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1020), on nous saura gré d'ajouter ici l'exposé des résultats obtenus par M. Bergeon, depuis ses premières notes sur ce sujet, et des perfectionnements nouveaux qu'il a apportés à sa méthode pour en faciliter le fonctionnement.

« Les médecins de Lyon, Paris, Genève, Marseille, qui ont traité les phthisiques par la méthode des injections gazeuses dans le rectum, dit M. Bergeon, dans la note qu'il a transmise à M. Cornil, ont en général obtenu la disparition très rapide des phénomènes de suppuration pulmonaire, et la marche progressive vers un état de santé qui offre tous les caractères de la guérison.

Quant aux malades que j'ai traités depuis deux ans par cette méthode, j'ai la satisfaction d'affirmer aujourd'hui que les résultats que j'annonçais il y a trois mois se sont confirmés et généralisés.

Les phthisiques que je considère comme guéris n'ont plus d'expectoration et n'offrent à l'auscultation que des signes stéthoscopiques secs dus à la présence de cavernes ou de brides cicatricielles consécutives aux anciennes lésions.

Quelques-uns de ces malades ont dû reprendre une existence pleine de labeur et de fatigue; néanmoins j'ai pu constater que leur appareil respiratoire avait résisté et que l'amélioration conquise avait été solidement maintenue.

Chez plusieurs malades, dont l'expectoration ainsi tarie n'est plus représentée que par 3 ou 4 grammes par jour, alors qu'au début du traitement elle atteignait 250 à 300 grammes, on a trouvé des bacilles, d'une manière inconstante il est vrai, mais évidente.

Il reste à savoir si ces bacilles, qui persistent dans les crachats malgré le retour à la santé, ont conservé leur activité fonctionnelle. »

Voici le mode de manipulation et les précautions que recommande M. Bergeon dans sa communication, pour faciliter l'application pratique de sa méthode :

« 1° Le gaz CO^2 doit être aussi pur que possible pour ne pas impressionner d'une manière fâcheuse l'intestin. Celui que l'on obtient par une réaction d'acide sulfurique dilué sur le bicarbonate de soude, a toujours été parfaitement absorbé par l'intestin sans provoquer le moindre désordre ;

2° Le gaz doit être recueilli dans un récipient préalablement bien expurgé d'air; les tubes de l'appareil injecteur doivent être convenablement disposés pour ne laisser pénétrer aucune trace d'air atmosphérique dont la présence dans l'intestin, même en minime quantité, détermine un météorisme et de l'entéralgie ;

3° Prendre, par rapport à la digestion, les précautions ordinaires, c'est-à-dire faire l'injection avant le repas ou trois heures après ;

4° Faire usage d'instruments assez sensibles pour que le médecin qui pratique l'injection se rende toujours un compte exact de la pression qu'il exerce sur l'intestin. Cette considération prouve l'importance qu'il y a à ne confier cette méthode qu'à des personnes expérimentées.

Il faut être très circonspect pour l'emploi d'autres substances médicamenteuses, car si l'hydrogène sulfuré est inoffensif, d'autres agents : térébenthine, chlore, ammoniaque, iode, brome, éther, détermineraient une inflammation de la muqueuse intestinale.

Il n'est pas nécessaire que la dose de gaz sulfhydrique soit considérable.

Ainsi, en injectant deux fois par jour 4 à 5 litres de gaz acide carbonique ayant barboté dans 500 grammes d'une eau minérale sulfureuse, on obtiendra rapidement la disparition de tous les phénomènes de suppuration pulmonaire, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. »

Pour faire le traitement de M. Bergeon, deux opérations préalables sont nécessaires : 1° fabriquer du gaz acide carbonique très pur pour éviter les accidents d'intolérance intestinale; 2° reprendre ce gaz acide carbonique pour le faire passer à travers un agent médicamenteux. Ce double but est atteint à l'aide d'un appareil gazo-injecteur spécial.

Voici maintenant quelques-uns des résultats obtenus par M. le docteur Chantemesse, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, tels qu'ils ont été résumés par M. Cornil dans sa communication :

« — Attaques d'asthme guéries par des injections intestinales d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées.

Deux malades entrés à l'hôpital pour des attaques d'asthme très violentes ont eu, une demi-heure après l'injection intestinale de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respiration est devenue libre ; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication.

— Tuberculose pulmonaire traitée par des injections intestinales d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées.

Neuf malades présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation du poids du corps a été rapide, 1 livre et parfois 1 kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

Les crachats contiennent toujours des bacilles de la tuberculose.

Ces malades sont en traitement depuis un mois et demi. L'un d'eux a augmenté de 9 livres en un mois et demi (de 65 à 69^{kgr},500). »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 novembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Transmission de certains phénomènes hystériques sous l'influence de l'aimant. — M. BABINSKI, dans une communication récente faite à la Société de psychologie physiologique, a établi que certaines manifestations hystériques peuvent être transmises, sous l'influence de l'aimant, d'un sujet à un autre, ceux-ci étant même placés à une certaine distance l'un de l'autre. Dans une première catégorie d'expériences pratiquées sur deux hystéro-épileptiques hypnotisables, il a pu transférer de l'une à l'autre de ces malades l'hémianesthésie dont elles étaient atteintes, ainsi que certains phénomènes qu'il produit chez une d'elles par suggestion : des paralysies diverses, flasques ou spasmodiques, monoplégies brachiales ou crurales, hémiplégies, paraplégies, des coxalgies, du mutisme, etc.

Dans une deuxième catégorie d'expériences, il a mis en rapport avec un des sujets précédents des malades atteints de paralysies hystériques diverses, spontanées. Ces accidents se transmettent au sujet hypnotisé, mais persistent en même temps chez les malades présentant la paralysie spontanée; pourtant, dans un cas, à la suite de deux expériences consécutives, il avait obtenu une amélioration d'une paralysie spontanée.

M. Babinski a poursuivi ses recherches sur cette question, et il a pu obtenir, dans un cas d'hémiplégie survenue après une attaque, la disparition de la paralysie à la suite de quatre expériences consécutives. Il y a donc là une méthode de traitement.

Il a fait d'autre part de nouvelles recherches qui montrent que les manifestations hystériques ne sont pas seules susceptibles d'être transmises. Il a pu, en effet, transmettre aux hystériques hypnotisables, dont il a été parlé plus haut, certains phénomènes tels que paralysies, tremblement, etc., liés à des altérations organiques du système nerveux.

Dans ces expériences, qui ont été faites dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, toutes les précautions ont été prises pour qu'il soit impossible d'invoquer la suggestion ou la simulation.

Influence des rayons solaires sur les microbes. — M. STRAUS fait une communication relative à l'action des rayons lumineux sur les microbes. M. Arloing a constaté que des spores de bacillus anthracis, dans un bouillon de culture exposé au soleil, sont détruites, alors que le mycélium végétant demande un ensoleillement beaucoup plus long. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'on sait la résistance de ces spores à tous les agents. MM. Nocard et Duclaux ont émis l'hypothèse que l'action des rayons solaires s'exerce beaucoup plus sur la culture que sur les spores elles-mêmes. M. Straus a vérifié ce fait de la façon suivante : il a placé ces spores dans de l'eau distillée pure, et dans ces conditions elles ont résisté à des ensoleillements de quatre heures, alors que, dans le bouillon, après deux heures, elles sont détruites. L'hypothèse de MM. Nocard et Duclaux se trouve donc vérifiée.

M. DUCLAUX a fait des expériences dans le même sens. Il a constaté en outre que l'ensoleillement de deux heures, suffisant pour détruire les spores jeunes, ne l'est plus pour tuer des spores vieilles de deux ou trois ans.

M. STRAUS s'est cependant servi de spores vieilles de deux ou trois mois, pour ses expériences.

M. DUCLAUX a fait ses expériences avec des spores beaucoup plus anciennes.

M. CHAUVEAU ajoute qu'on peut considérer des spores de bacillus anthracis de deux ou trois mois comme des spores jeunes.

Influence des sels et des acides sur les poissons. — M. CH. RICHET a fait des expériences pour étudier l'influence des différents sels de soude dans les milieux où il faisait vivre des poissons. Il a opéré sur des poissons de mer. De tous les sels de sodium, c'est le chlorure qui est le plus inoffensif. Tandis qu'il faut 16 grammes de chlorure de sodium par litre, sans compter celui qui est normalement contenu dans l'eau de mer et qui peut être évalué à 10 grammes, il ne faut que 5 grammes d'azotate, 1 gramme de bromure, etc., pour tuer l'animal en moins de quarante-huit heures. M. Richet a fait les mêmes expériences avec les acides.

Recherches hématoscopiques sur la quantité normale de l'oxyhémoglobine chez l'homme et divers animaux. — M. HÉNOCQUE fait une communication sur ce sujet.

Les observations de l'auteur, constituant la statistique la plus étendue qui ait été publiée sur ce sujet, ont donné les résultats suivants :

Pour l'homme, sur 208 individus différents, la quantité normale entre 13 et 14,5 p. 100 a été rencontrée 50 fois, le chiffre de 13 p. 100 est plus fréquent chez les habitants des villes.

Chez le singe, la normale (à Paris) est à peu près de 13 p. 100.

On trouve chez le chien 14 p. 100, le cobaye 14 p. 100, le lapin domestique 10 p. 100, les pigeons 8 à 12 p. 100, les lézards 3 à 7 p. 100, les poissons (goujon) 3 à 4 p. 100.

Accidents dus à l'emploi du sublimé corrosif. — M. BUTH adresse une note sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi des solutions de sublimé en pansements ou en injections. Il a recueilli tous les cas qu'il a pu trouver tant en France qu'à l'étranger, et il a pu réunir 27 cas de mort due à des injections répétées de sublimé.

Le tannin dans la tuberculose. — M. RAYMOND adresse une note sur l'emploi du tannin dans le traitement de la tuberculose. Suivant l'auteur, le tannin est bien supérieur au sulfure de carbone ou à l'iodoforme.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 octobre 1886. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Ganglions sus-claviculaires dans le cancer du pylore. — M. MILLARD, à l'occasion des faits communiqués dans la dernière séance par M. Troisier et relatifs aux ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac, lit l'observation d'une malade de son service qui présente le même phénomène. Cette femme, atteinte d'un cancer du pylore, facilement perceptible à la palpation, sans que rien puisse faire admettre la coexistence d'un cancer de l'œsophage, de la plèvre ou du poumon, porte en effet, comme les trois sujets dont M. Troisier a entretenu la Société, des engorgements ganglionnaires à la région sus-claviculaire droite et dans les aisselles, ganglions qui sont réunis entre eux par des cordons lymphatiques indurés. C'est donc bien là un exemple de la propagation d'un cancer de l'estomac à distance, sans qu'aucune des parties intermédiaires soit atteinte.

La malade, présente, est soumise à l'examen des membres de la Société.

M. TROISIER demande à ajouter un mot à sa communication de la précédente séance. Non seulement on observe des ganglions sus-claviculaires dans les cas de cancer du pylore comme dans ceux de l'œsophage, de l'estomac ou du poumon; mais M. Raymond a eu l'occasion de constater l'existence d'engorgements semblables dans un cas de cancer de l'utérus. Ce sont autant de preuves d'une généralisation du cancer, qui n'aurait rien de spécial aux organes digestifs ou respiratoires.

Maladie de Bright sans albuminurie. — M. DIEULAFOY. Les faits de maladie de Bright sans albuminurie, que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société, ayant provoqué quelques doutes et suscité des embarras dans le diagnostic, j'ai pensé que, bien que connu, ce fait devait d'autant plus être mis en relief. J'apporte aujourd'hui trois nouveaux faits, dont l'un avec autopsie. Je ne parlerai que de ce dernier, qui porte avec lui sa démonstration décisive.

Il s'agit d'un malade entré cette année à l'hôpital Saint-Antoine, présentant, comme phénomène morbide principal, une céphalée d'une intensité extrême. Cet homme n'était ni un alcoolique ni un syphilitique. Il n'avait eu précédemment d'autre maladie que quelques rhumatismes vagues et des fièvres intermittentes. Sa céphalée excessivement violente et générale, bien que plus intense au front que dans les autres régions du crâne, n'avait aucun des caractères des névralgies. En même temps il avait été pris d'oppression, d'un état d'essoufflement continuel, sans accès d'asthme. Rien d'ailleurs de cardiaque. Céphalée d'une part, oppression de l'autre, qu'était-ce? L'idée se présentait tout naturellement d'examiner les urines. Elles ne contenaient point d'albumine. Il n'y avait d'ailleurs point d'œdème; mais il paraissait y en avoir eu auparavant, ainsi que des envies fréquentes d'uriner. Enfin il avait une pâleur extrême de la face, la décoloration et l'insensibilité des extrémités des doigts (le doigt mort), des fourmillements dans les jambes et des crampes qu'il disait être parfois terribles.

De l'ensemble de tous ces signes, M. Dieulafoy s'est cru fondé à conclure qu'il s'agissait là d'un brightique. Il a eu recours au procédé de M. Bouchard pour reconnaître si les urines présentaient les caractères de la toxicité. Il a fait et répété à plusieurs reprises des injections de ces urines chez des lapins et il a produit, en graduant les doses, la dilatation de plus en plus prononcée de la pupille et définitivement la mort de l'animal.

Enfin, dans ces derniers temps, les nuits sont devenues mauvaises, agitées, la fièvre s'est allumée, le malade a été pris d'un délire bruyant avec vociférations et agitation telles qu'on a dû lui mettre la camisole de force et l'isoler des autres malades. Cet état a duré plusieurs jours; la céphalée et le délire persistant toujours malgré l'emploi des calmants; les urines, rares, contenant peu d'urée et toujours pas d'albumine. Enfin, la fièvre et le délire cessant, l'albumine, jusque-là absente, se montrant dans les urines, la dyspnée allant toujours croissant, le malade finit par succomber.

A l'autopsie, M. Dieulafoy a constaté l'existence d'une néphrite scléreuse des mieux caractérisées par l'examen macroscopique et par l'examen histologique.

Il est donc possible, comme on le voit par cet exemple, de diagnostiquer la maladie de Bright par les symptômes dits accessoires, en l'absence de ses symptômes classiques.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour étant chargé aujourd'hui, la discussion sur la communication de M. Dieulafoy sera remise à plus tard.

Atrophie musculaire progressive; type facial. — M. LANDOUZY présente un groupe de malades atteints d'atrophie musculaire progressive, qui offrent, comme un véritable caractère de famille, le facies myopathique signalé par Duchenne (de Boulogne) : face arrondie et pleine, mais inerte et ressemblant à une sorte de masque, traits effacés, sillon naso-labial faisant presque complètement défaut, lèvres pendantes et à peine mobiles, les malades ne pouvant ni les pincer pour l'action de siffler, ni gonfler les joues, ni rapprocher les commissures pour faire la bouche en cœur; impuissance motrice de l'orbiculaire des paupières, des frontaux, des sourcilliers, en un mot de tous les muscles de la mimique faciale, etc.

Les malades qu'il présente sont : une jeune fille qui offre, depuis son enfance, ce facies caractéristique au plus haut degré; un homme âgé de trente-quatre ans, entré à la Charité pour une affection du cœur et qui a été très étonné qu'à la vue seule de son visage, on ait immédiatement diagnostiqué l'atrophie musculaire dont cet homme est atteint; une petite fille née de parents atrophiques (père et grand-père) et dans la famille de laquelle on compte encore aujourd'hui trois membres atteints de la même affection. Enfin, y a cinq ans, M. Landouzy a pu, chez une jeune fille présentant cette même physionomie spéciale de la face, annoncer qu'elle aurait plus tard une atrophie musculaire, qu'elle a eue depuis effectivement. Il a souvenir d'un fait semblable observé il y a treize ans.

Voilà, ajoute-t-il, à ma connaissance, pas mal de faits de ce genre, qui me semblent prouver que cette affection est plus commune qu'on le pense généralement.

M. Landouzy rappelle, en terminant, que dans la seule autopsie faite, on a constaté l'intégrité absolue du système nerveux. C'est donc bien d'une myocardite qu'il s'agit dans ces cas-là.

M. DAMASCHINO, en se fondant sur sa propre expérience, confirme ce que vient de dire M. Landouzy.

Congestion rénale. — M. A. ROBIN entretient la Société de quelques cas de congestion rénale observés dans son service. On sait qu'il y a deux théories pour expliquer les congestions rénales : la théorie microbienne et la théorie *a frigore;* on pourrait en ajouter une troisième, celle des congestions par action réflexe. Dans le courant de cette année, il a vu deux cas de congestion rénale qui lui ont paru pouvoir être rattachés à l'action du froid.

Le premier cas est celui d'un enfant qui, après avoir été mouillé, fut pris le lendemain d'albuminurie avec augmentation de la quantité de matériaux solides dans les urines. Cet état s'accrut pendant trois jours. Le quatrième jour, il survint un amendement considérable coïncidant avec une élimination abondante de matières solides.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme âgée de soixante-quatorze ans qui, après un coup de froid, est entrée à l'hôpital, présentant tous les symptômes d'une congestion rénale aiguë à forme typhoïde, avec fièvre, stupeur, etc. Cette malade a succombé au bout de peu de jours de séjour à l'hôpital. On avait constaté à son entrée 35 grammes d'albumine dans son urine; le jour de sa mort, elle n'en avait plus que 18 grammes. A l'autopsie on a trouvé les reins fortement congestionnés, ramollis, violacés. L'examen histologique a fait reconnaître une néphrite diffuse ancienne qui paraissait être restée ignorée. Il s'est fait ici, sous l'influence de l'action du froid, une poussée congestive violente qui est venue réveiller une néphrite ancienne endormie. On doit donc admettre qu'un coup de froid peut donner une impulsion à une congestion rénale préexistante et entraîner la mort.

M. HAYEM demande à M. Robin quelle différence il fait entre une congestion du rein et une néphrite aiguë catarrhale.

M. ROBIN répond en rappelant les trois principaux caractères connus de la néphrite catarrhale : évolution lente, œdème, absence de sang dans les urines. Ici, au contraire, l'évolution est rapide; chez l'un des malades dont il vient de rappeler l'histoire, la maladie a évolué en six jours, et les urines contiennent généralement du sang. Dans l'inflammation catarrhale du rein, au contraire, l'évolution est généralement beaucoup plus longue et il existe toujours de l'œdème, tandis que les urines sanguinolentes manquent.

M. HAYEM. Il existe des néphrites à modalités différentes : les unes avec ou sans symptômes typhoïdes, les autres avec ou sans congestions concomitantes. Certaines néphrites toxiques, la néphrite cantharidienne, par exemple, ont cette marche rapide et se compliquent de ces congestions dont M. Robin vient de nous entretenir. Il me paraît difficile, au milieu de ces faits, de faire la distinction un peu vague que notre collègue veut établir.

M. FÉRÉOL. Pourquoi n'y aurait-il pas des congestions rénales comme il y a des congestions pulmonaires et des congestions hépatiques? Cela ne me paraît pas aussi vague qu'à M. Hayem.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

De l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux. — M. NEPVEU lit un rapport sur une communication de M. Delorme, relative à l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux. Ce travail contient plusieurs observations d'ouverture, de curage ou de grattage d'abcès froids. Dans un cas, il s'agissait d'un abcès froid antibrachial, dans un autre d'un abcès froid fémoral postérieur, dans un troisième d'un abcès lombaire d'origine costale. Les résultats obtenus dans tous les cas ont été satisfaisants.

Taille sus-pubienne. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. Defontaine (du Creusot), relative à deux tailles sus-pubiennes sur un enfant de quatre ans et demi. Une première fois, ayant reconnu l'existence d'un calcul, il fit une première taille sus-pubienne en s'aidant du ballon de Petersen. Il se servit de deux tubes préparés par M. Perrier. Au vingtième jour, la guérison était complète. Quelques mois après apparurent de nouveaux accidents du côté de la vessie. M. Defontaine pensa aussitôt qu'il s'agissait d'un second calcul. Donc, cinq semaines après, nouvelle taille sus-pubienne, en se guidant sur le tissu de cicatrice; il retire un calcul presque engagé dans la portion prostatique de l'urèthre. L'enfant guérit rapidement.

M. Defontaine fait suivre cette observation de quelques réflexions sur la taille chez les jeunes enfants, en particulier sur le danger d'inciser le rectum au lieu de la vessie, si l'on n'a soin de bien maintenir le ballon de Petersen dans une situation convenable. Il ajoute que la seconde taille hypogastrique pratiquée chez le même malade est d'une extrême simplicité, grâce au tissu de cicatrice sur lequel on peut se guider.

M. MARC SÉE, relativement à la facilité avec laquelle le ballon de Petersen remonte dans le rectum, croit qu'il est indiqué de maintenir ce ballon au-dessus du sphincter, à l'aide d'un corps rigide. Il conseille, en outre, de n'inciser la vessie qu'après avoir senti le bec de la sonde introduite dans l'urèthre.

M. ANGER a présenté au Congrès de Londres une sonde destinée à éviter l'emploi du ballon de Petersen. Il s'agit d'une sonde cannelée qui se développe dans la vessie; on peut très bien la sentir à travers la paroi abdominale. Elle a, en outre, l'avantage de repousser en haut le sommet de la vessie.

M. TERRIER partage l'opinion de M. Sée sur l'utilité de la sonde à demeure dans la vessie et du fil maintenant le ballon de Petersen. Il répond à M. Anger que le procédé qu'il a employé est tout différent du procédé de Petersen. Ces deux procédés ne sont pas comparables.

Laparotomie. — M. OVION lit une observation ayant pour titre : *Volvulus de l'intestin grêle, péritonite aiguë généralisée, laparotomie; mort.* (Comm. : MM. Humbert, Bouilly et Berger.)

Névralgie testiculaire; ses rapports avec l'hystérie. — M. TERRILLON fait une communication sur certaines manifestations qui se produisent chez les hommes hystériques, en particulier de névralgies du testicule. C'est une affection peu fréquente mais rebelle et difficile à guérir. Tantôt elle succède à une hydrocèle, à un varicocèle ou à un traumatisme; tantôt elle apparaît sans cause appréciable. Elle semble se montrer surtout chez les hommes hystériques. Elle serait donc, à ce point de vue, comparable à la névralgie ovarienne. Elle peut devenir le point de départ de crises hystériformes. M. Terrillon a réuni quatre observations. Voici la plus topique. Homme de vingt-huit ans, marié, père de deux enfants; marche les jambes écartées et souffre beaucoup; il est nerveux et impressionnable. Ayant fait un violent effort à la chasse, il fut pris d'une douleur vive dans le testicule droit; cette douleur revient à chaque frottement ou pression de la région. Le moindre attouchement provoque une douleur vive et une crise hystériforme. Sensibilité cutanée amoindrie à droite, diminution du champ visuel, etc.; il s'agissait donc d'un homme hystérique. Les douches, les purgatifs répétés et un suspensoir spécial ont amené une grande amélioration.

M. Terrillon conclut que la névralgie du testicule se développe chez les individus qui présentent des phénomènes de l'hystérie.

M. BOUILLY communique deux cas analogues dans lesquels il ne croit pas qu'on puisse établir de rapports avec l'hystérie. Dans un premier cas il s'agissait d'un homme de cinquante-neuf ans, atteint de névralgie bien limitée au testicule. Cet homme n'avait aucun symptôme d'hystérie. Comme antécédents, il n'y avait chez lui que de la lithiase rénale. Il fut soumis aux alcalins.

L'autre malade est un officier, moins âgé, qui avait un point très douloureux au niveau du testicule. Dans ces deux cas, il n'y avait aucun symptôme d'hystérie.

M. TRÉLAT fait observer que dans le cas signalé par M. Terrillon le malade a fait un violent effort pour sauter un fossé. Pourquoi M. Terrillon appelle-t-il cela de la névralgie? Cela ne paraît pas bien établi. Il s'agit d'un hystérique chez lequel apparaît une douleur particulière testiculaire. C'est l'hystérie qui domine là et non la névralgie. M. Trélat a vu des cas analogues chez des malades atteints de varicocèle de moyen degré.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, ancien élève de Beau qui a publié des leçons sur l'hystérie chez l'homme dans la *Gazette des hôpitaux*, a toujours recherché les hystériques hommes. Il ne croit pas qu'on

puisse établir les mêmes rapports entre le testicule et les phénomènes hystériques chez l'homme qu'entre les ovaires et ces phénomènes chez la femme. Il cite plusieurs exemples d'hommes manifestement hystériques qui n'ont jamais rien présenté du côté du testicule. En résumé la sensibilité qu'on trouve toujours du côté de l'ovaire chez la femme hystérique ne se retrouve pas dans le testicule chez les hommes hystériques.

M. TERRILLON n'a pas voulu dire que la névralgie testiculaire n'existe que chez les hystériques. En outre, M. Bouilly a-t-il recherché l'hystérie chez ses malades. On sait que, dans bien des cas, l'hystérie ne se manifeste par aucun signe extérieur. Il répond à M. Trélat que ses malades sont des hystériques latents chez lesquels une névralgie testiculaire détermine des phénomènes hystériques devenus manifestes. Cela a son intérêt au point de vue du traitement, qui, dans ces cas, doit être général et appliqué contre l'hystérie.

M. TRÉLAT persiste à croire que ce n'est pas de la névralgie testiculaire mais un trouble particulier chez un hystérique.

Exostoses de la tête humérale. — M. TERRILLON présente un malade encore jeune qui était atteint de deux exostoses volumineuses dans l'aisselle, au niveau de la tête humérale. Il fendit largement l'aisselle, détacha les tendons et les muscles et put ruginer ces deux exostoses. La guérison a été parfaite et les muscles semblent s'être rattachés à leur insertion, car le malade peut très bien se servir de son bras.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait cette opération il y a deux ans avec le même succès. Ce sont des opérations faciles et bénignes.

M. TRÉLAT est du même avis; il a fait assez souvent la même opération.

Exostose du sinus frontal. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente une exostose du sinus frontal, qu'il a opérée avec succès.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier jeudi, à cinq heures un quart, M. le président du Conseil est venu annoncer à la Chambre des députés la mort de M. Paul Bert. La séance a été aussitôt levée en signe de deuil.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Mathurin est maintenu dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Tapie, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Carrieu, appelé à d'autres fonctions.

M. Guibert, aide d'histologie, est nommé préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Courrent, dont la délégation est expirée.

M. Gerbaud, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchement.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Bérier est nommé préparateur de zoologie en remplacement de M. Bérard, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Rollin est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Ruttinger, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. le professeur Schneider est chargé d'un cours complémentaire de botanique.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Grelet est nommé préparateur du cours de matière médicale, en remplacement de M. Gurlie, démissionnaire.

M. Leidié est nommé chef des travaux de chimie élémentaire et de pharmacie.

M. Hérail est nommé chef des travaux pratiques de botanique micrographique.

— Les conférences du mardi de M. le professeur Charcot sur les maladies du système nerveux ont commencé le mardi 2 novembre 1886, à l'hospice de la Salpêtrière; elles se continueront tous les mardis matins.

La leçon clinique du lundi commencera lundi prochain 15 novembre 1886, à neuf heures et demie, et continuera les lundis suivants, à la même heure.

Sont seuls admis, sur présentation de leur carte, les étudiants de quatrième année et ceux ayant seize inscriptions.

— M. le professeur Le Fort commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, le mardi 16 novembre 1886, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 17 novembre 1886, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations à dix heures du matin. Les lundis, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à neuf heures.

— M. le docteur Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, à l'Asile Sainte-Anne, le dimanche 14 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Après des considérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement cette année sur la manie et la mélancolie.

— M. le docteur Léon Labbé reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 16 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants. — Opérations à neuf heures et demie.

— M. le docteur Jules Simon commencera, à l'hôpital des Enfants, ses conférences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 17 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses par la métallothérapie, le dimanche 14 novembre, de neuf heures à dix heures, et les continuera tous les dimanches, à la même heure, 9, rue de Chanaleilles.

— M. le docteur Doléris, ancien chef de clinique d'obstétrique et de gynécologie, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours complet de gynécologie usuelle le lundi 15 novembre prochain, à trois heures et demie, 12, rue de Navarre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra 25 leçons. — On s'inscrit tous les jours, de dix heures à midi, 12, rue de Navarre.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public sur la pathologie et la chirurgie de l'appareil urinaire, le lundi 15 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Galezowski commencera un cours sur les maladies des yeux, à l'École pratique de la Faculté, dans l'amphithéâtre n° 2, mardi prochain, 16 courant, à huit heures du soir, et le continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des affections oculaires dépendant des maladies cérébrales et spinales.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Pellat commencera ses conférences pour l'agrégation des sciences physiques, le samedi 12 novembre 1886, à huit heures du matin, dans la salle des conférences d'agrégation de la Sorbonne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20264

33

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

Le principal mérite de cette préparation consiste dans l'association du sous-carbonate de bismuth à la pepsine et à la pancréatine. Ce produit, étudié jadis par le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles, jouit de propriétés remarquables. C'est un absorbant par excellence, sa solubilité dans le suc gastrique, dont il neutralise, en se décomposant, les acides en excès, est parfaite, et il provoque rarement de la constipation. Cette action neutralisante du sous-carbonate de bismuth a aussi pour avantage de conserver à la pancréatine toute son action en faisant disparaître en même temps que l'hypersécrétion gastrique l'acidité du chyme. On sait, en effet, que ce ferment n'agit bien qu'à la condition de se trouver dans un milieu aussi peu acidulé que possible.

On a choisi pour cette préparation la forme pulvérulente en raison de l'incomplète solubilité de la pepsine et de la pancréatine dans les élixirs, vins, sirops, etc., et surtout parce qu'il est reconnu que : « *Ce sont les médicaments sous forme de poudre fine qui conviennent le mieux aux affections gastro-intestinales.* »

Ce rapide énoncé indique tout le parti que l'on peut tirer de la Poudre toni-digestive de Royer contre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques.* Elle combat très efficacement les vomissements de la grossesse.

Une cuillerée à café à chaque repas.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

12

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote; 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreusses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : 5 francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

2, rue des Lombards et toutes pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine**.

52

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

55

DRAGÉES & ÉLIXIR DU DR RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

57

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent.; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(*Vingt-cinq centigrammes de sel pur.*)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un **emploi** plus **commode** et **agréable**. — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(*Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.*)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. (*Se défier des contrefaçons.*). — Paris, Eug. FOURNIER succr de BOUTIGNY-DUHAMEL, 11, r. Malher. Détail 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

21

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2° En **Pilules**, à 10 centigr.; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phcn, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

46

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissemeut possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

29

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

97

BROMURE DE CAMPHRE DU DR CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

13

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

42

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 133. — MARDI 16 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 16 NOVEMBRE 1886. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Du raccourcissement dans les fractures du corps du fémur.

Dans un assez court espace de temps nous avons eu cinq cas — pour ne rappeler que les plus récents — de fracture de la diaphyse du fémur; aussi voudrais-je en profiter pour vous dire quelques mots d'une question qui a tant préoccupé les chirurgiens de tous les temps : je veux parler du raccourcissement du membre consécutif à ces sortes de fractures.

Tout d'abord, je vous entretiendrai d'un malade entré à l'hôpital le 2 février dernier. C'est un homme de 40 ans, qui fut renversé par un camion dont les roues passèrent sur le membre inférieur droit, déterminant une fracture de la partie moyenne du fémur droit ainsi que de l'extrémité supérieure du péronée du même côté avec plaies contuses et éraflures de ce même membre, éraflures aussi de la jambe gauche. Ces diverses complications nous empêchèrent de poser immédiatement un appareil de fracture à cause des soins à donner à la vaste plaie de la jambe. Le dixième jour seulement il nous était permis d'appliquer l'appareil Hennequin, avec une traction d'abord de 2 kilogrammes, puis 3, puis 4, enfin portée à 6. Mais vers le quarante-cinquième jour surviennent un malaise général, de l'inappétence, de la douleur dans le membre fracturé; six jours plus tard, la température étant montée à 39 degrés, j'examine l'appareil et je constate autour de la plaie de la jambe non guérie une rougeur érysipélateuse. Le surlendemain, l'érysipèle est confirmé, température 40 degrés, et vingt-quatre heures plus tard 41 degrés. Au bout de trois jours la température commence à descendre pour tomber, le neuvième jour qui suit, à 37°,6. Pendant ce temps l'érysipèle s'était étendu depuis la plaie de la jambe droite, non seulement jusqu'à la région fessière du même côté, mais encore jusqu'à la racine de la cuisse du côté opposé. Au moment où la température était revenue à la normale nous ouvrions un premier abcès situé en dehors de la malléole interne de la jambe droite et, sept jours plus tard, un second abcès sur la face dorsale du pied droit.

Nous constations aussi que le cal de la fracture du fémur était volumineux à la face interne de la cuisse, et quelques personnes émettaient l'hypothèse que nous avions eu affaire à une fracture esquilleuse. Enfin, au commencement du mois dernier la tuméfaction du cal apparaissait aussi à la face externe; de plus, celui-ci était douloureux, et la température s'élevait de nouveau à 38 et 39 degrés; enfin, nous percevions un certain degré de crépitation. Bref, il s'agissait d'un foyer purulent que nous ouvrions, et dans lequel le doigt sentait en dedans une saillie formée par le fragment supérieur du fémur. Malgré l'introduction d'un drain, l'écoulement du pus se faisant très mal, je pratiquai une contre-ouverture, puis je dus bientôt inciser un second foyer au côté externe de la fracture.

Bref, aujourd'hui, bien que le trajet des abcès suppure encore un peu, le malade est définitivement en convalescence. Mais pourquoi ces accidents? Serait-ce parce que nous avions déjà un érysipélateux dans le service, que notre blessé a eu un érysipèle avec abcès multiples? Je ne saurais le dire, mais toujours est-il que cet homme a présenté plusieurs abcès consécutifs de la jambe et du pied, puis des abcès périphériques au cal, qui doivent être rangés dans la même catégorie que les deux premiers, c'est-à-dire de nature érysipélateuse, nullement esquilleux, mais extrapériostiques.

Les quatre autres individus atteints de fracture de cuisse sont : 1° un israélite qui est sorti guéri avec 1 centimètre seulement de raccourcissement; c'est-à-dire un très bon résultat; 2° le malade du n° 41, qui était entré le 1er février, et qui marche aujourd'hui très délibérément avec une claudication à peine visible; 3° un autre dont la marche est également très bonne, le raccourcissement est de 1 centimètre 1/2 seulement; 4° enfin, le dernier qui est en traitement depuis trois jours. C'est un homme plus âgé qui, en plus de sa fracture de cuisse, a une fracture du bras. L'accident est arrivé dimanche.

Ceux de mes auditeurs qui sont de mon temps doivent se rappeler qu'à l'époque de leurs études on traitait communément les fractures de cuisse par l'appareil de Scultet et que les résultats obtenus étaient déplorables. Certaine thèse, écrite il y a une quinzaine d'années, sous l'inspiration de Laborie, nous montre aussi que la masse des guérisons avait lieu avec un raccourcissement moyen de 6 à 8 centimètres, et parfois même de 10, 11 et 12 centimètres. Je parle, bien entendu, des fractures de la diaphyse fémorale chez l'adulte.

Ces temps-là ne sont plus aujourd'hui, ainsi que les malades que je viens de vous citer en sont la preuve. Et

cependant, autrefois les meilleurs esprits, tous nos maîtres en chirurgie, répétaient à l'envi que la guérison des fractures du fémur sans un raccourcissement *notable* était une lubie, un mythe, un mensonge, que cela n'existait pas. Ce progrès, pourtant, s'est accompli, non pas entièrement, il est vrai, mais communément avec un faible raccourcissement de 1/2, 1, 1 1/2, 2, et 3 centimètres *au plus* dans les cas ordinaires. Et encore 3 centimètres sont-ils considérés comme un résultat peu brillant; néanmoins, quelle différence déjà avec les guérisons d'autrefois.

Or cette transformation, il faut bien le dire, est ignorée de la plupart des étudiants actuels. Feuilletez vos livres, cependant, et vous verrez les chirurgiens demander à toutes les ressources de la thérapeutique les moyens de combattre ces raccourcissements. Si Pott, au siècle dernier, faisait placer le membre inférieur en demi-flexion, d'autres chirurgiens plus tard voulaient au contraire la rectitude, d'autres encore inventaient des appareils de suspension de toute espèce et les résultats ne valaient pas mieux dans un cas que dans l'autre, et l'on revenait aux moyens de contention, à l'appareil de Scultet, puis on passait aux appareils plâtrés et, alors, cela ne marchait pas du tout, les résultats étaient encore plus mauvais, en raison des accidents auxquels ils donnaient lieu.

Quant aux appareils à traction continue, ils sont connus depuis l'antiquité; depuis très longtemps on a eu l'idée de tirer sur la cuisse brisée à l'aide d'une machine, mais pour qu'une pareille traction ait quelque efficacité, il faut que, d'autre part, cette traction soit en partie favorisée par une résistance dans le sens opposé. Le salut, la conquête véritable a donc consisté tout simplement en ceci : qu'on n'a rien inventé, qu'on n'a rien découvert, mais qu'on a su appliquer des principes connus de longue date de façon à en arriver à une méthode, un procédé réellement valable. On a imaginé les dispositions les plus ingénieuses pour la contre-extension mécanique cherchée autour du bassin, dans l'aine, par des lacs, des alèses, des tubes en caoutchouc, etc. Mais tous ces moyens étaient insupportables aux malades, et l'on dut bientôt y renoncer. Bref — je passe rapidement sur tous ces moyens dont l'énumération exigerait plus d'une leçon, — on en revint à l'ancienne méthode de Fabrice de Hilden, basée sur le principe de la pesanteur, c'est-à-dire au traitement des fractures par la pesanteur et, si vous lisez le *Traité des fractures* d'Hamilton, vous verrez qu'il regarde, comme une conquête merveilleuse de la chirurgie moderne, l'idée d'obtenir la contre-extension dans le poids lui-même du malade, en élevant les pieds de son lit de telle sorte que le corps soit entraîné vers la tête tandis que l'extension se fera par des poids attachés au membre fracturé (1). Hamilton propose même d'y ajouter trois attelles au niveau de la fracture, ainsi qu'une grande attelle latérale fixée de manière à empêcher toute déviation du pied en dehors ou en dedans. C'est sur ce même principe de la pesanteur que repose l'appareil de M. Hennequin qui rend, chaque jour, de si grands services pour combattre le raccourcissement du membre dans les fractures de cuisse.

C'est ainsi que, par l'application raisonnée de cette grande méthode de traitement par la pesanteur, nous arrivons aujourd'hui à un raccourcissement nul ou seulement de 1/2, 1, 1 1/2, 2 ou 2 centimètres 1/2.

Mais je suis forcé de me borner ici, car, pour être complète, l'histoire du traitement des fractures de cuisse exigerait un livre et non une simple leçon.

(1) Cf. Sonrier, in *Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 138; 1880, p. 155; et 1882, pp. 710, 924.
— Tillaux, *loc. cit.*, 1886, p. 525.
— Dieu, *loc. cit.*, 1886, p. 583.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. BALL.

L'excitation sexuelle morbide.

Dans la séance précédente, j'ai tracé le tableau de la folie de l'amour chaste, de ce délire qui va jusqu'aux limites les plus éloignées de l'exaltation et de l'insanité sans le moindre désir lubrique. Aujourd'hui, je vais vous entretenir de ces états morbides, où les éléments physiques et sensuels, usurpant la place de l'intelligence, viennent se placer sur l'avant-scène.

Je commence par proclamer que je ne me pose ni en moraliste, ni en philosophe, et que je ne vais pas vous donner le tableau du vice, mais celui de la folie. Je suis médecin aliéniste, je suis expert devant les tribunaux : ce ne sont ni de libertins, ni de débauchés que j'ai à vous parler, mais de malades cessant dans une certaine mesure d'être responsables de leurs actes.

Je n'attache aucune importance fondamentale aux classifications. Cependant, comme c'est un moyen de se retrouver, une espèce de catalogue de bibliothèque très utile, je mets sous vos yeux le schéma suivant :

Folie érotique. — I. *Erotomanie* (Esquirol) ou folie de l'amour chaste.

II. *Excitation sexuelle* : 1° forme hallucinatoire; 2° forme aphrodisiaque; 3° forme obscène; 4° nymphomanie; 5° satyriasis.

III. *Perversion sexuelle* : 1° les sanguinaires; 2° les nécrophiles; 3° les pédérastes; 4° les intervertis.

Aujourd'hui, je vais traiter devant vous l'excitation sexuelle, dont les formes nombreuses sont bien distinctes les unes des autres.

Rien n'est plus commun que la forme hallucinatoire, où le sujet persécuté éprouve de réelles souffrances, qui lui sont imposées par une force invincible, dont il cherche à se défendre, mais auxquelles il ne peut se soustraire, malgré sa résistance. La manie, la folie puerpérale, l'hystérie, la folie religieuse, en fournissent de fréquents exemples.

J'emprunte à Baillarger l'observation d'une jeune fille très honnête, mais hallucinée, qui éprouvait toute la gamme des sensations voluptueuses, depuis les plus naturelles jusqu'aux plus obscènes. Elle ne résistait pas au besoin de les raconter, en sorte qu'elle fut, peu à peu, mise à la porte par tous ses amis, à cause de ses conversations lubriques, où elle employait un luxe de détails et d'expressions classiques qui dégoûtait les auditeurs. Cette jeune fille a été guérie par le mariage, après plusieurs années de délire.

Il s'agit ici d'un cas où l'exaltation et la perversion érotiques constituent à eux seuls le trouble mental. Ces affections sont bien plus fréquentes chez des individus déjà atteints d'un autre délire. Les alcooliques, par exemple, qui sont surtout sujets aux hallucinations de la vue, se prêtent aussi aux obsessions sensuelles.

J'ai eu dans mon service, à Saint-Antoine, un alcoolique qui s'imaginait que des persécuteurs, qu'il appelait des « pompiers », s'acharnaient à chaque instant sur ses organes

génitaux. Il se lamentait de ce qu'on voulait « lui pomper de la sève et lui arracher de la vie ». Ce malade était dangereux, car il se précipitait sur n'importe qui, prenant le premier venu pour « un pompier ». Un jour il s'élança, dans la cour, à la poursuite d'une pauvre religieuse, qui n'eut que le temps de s'enfuir.

Un personnage politique, qui était dans l'opposition, ayant été interné dans un asile, était convaincu que sa séquestration n'avait que des causes politiques et que, de plus, ses ennemis franchissaient les murs de l'établissement pour le souiller des outrages les plus infâmes. — « Ils ne cessent de me *césariser* », disait-il.

Le malade, qui fera le pivot de cette conférence, nous offre un cas de délire très complexe, sur lequel vient se broder une arabesque hallucinatoire étrange.

C'est un jeune homme de vingt et un ans, d'un beau développement physique et d'une figure très agréable. Ses antécédents héréditaires sont inconnus. Se destinant à la prêtrise, il a été élevé au séminaire, où il a reçu une éducation supérieure. Il est bachelier ès lettres et ès sciences. Du petit il est passé au grand séminaire, où il a préparé simultanément la licence ès lettres et le doctorat en théologie. Il s'est livré alors à des excès de travail qui ont exigé un surmenage cérébral. C'est de ce surmenage et d'antécédents héréditaires que je soupçonne qu'il a été victime.

Je ne connais pas exactement le début de ses troubles ; je n'ai pas assisté à l'aurore de sa maladie.

Le cardinal Guibert venait de mourir. A ce moment, il va se présenter à l'archevêché pour recueillir la succession du défunt. Il dit que le pape lui a promis formellement le chapeau de cardinal et le siège de Paris après la mort de Mgr Guibert. Quant à Mgr Richard, c'est un usurpateur. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il est mis à la porte et conduit au Dépôt.

Ce malade présente un délire très variable dans ses manifestations. Un jour, il parle beaucoup ; le lendemain, il garde le silence ; le jour suivant, il écrit. De plus, il éprouve des sentiments différents : 1° celui de l'ambition. Il se promettait *in petto* le chapeau de cardinal ; il se croit appelé aux honneurs, se croit fait pour exciter l'admiration des générations futures ; 2° il est persécuté par des ennemis qui, non contents de le détourner de sa destinée, l'exposent à des outrages obscènes. Son premier échelon est donc l'ambition et c'est comme par gradation qu'il arrive à la persécution. Ordinairement, c'est l'ordre inverse qui a lieu ; 3° il est hypochondriaque et il présente sous ce rapport des phénomènes bizarres. Il se lamente sur les déformations de son corps, dont il était très fier ; il se plaint que son front s'abaisse, que le charmant ovale de sa figure s'efface, que ses mâchoires remontent. Il a un ramollissement des os de la tête et une perforation du crâne, dont on profite, comme de tous les orifices de son corps, pour le profaner par d'indignes manœuvres.

Nous avons ici sa correspondance, dont je vais vous donner des extraits qui seraient des preuves à l'appui de ce que je viens de vous dire, si, tout à l'heure, quand je l'interrogerai devant vous, il désavouait ces choses, comme il l'a fait ce matin même.

« Monsieur, une chose en apparence insignifiante, mais qui me désole, c'est le changement affreux qu'on fait subir à ma personne. Je veux qu'on me conserve le front comme par le passé. J'aime mieux savoir mon crâne rempli d'eau que mon front baissé et mon crâne amoindri. . . » —

« Pourquoi me rend-on le nez si gros, à moi qui l'avais si fin ? Pourquoi ne pas me restituer l'ovale si beau et si gracieux de mon visage ?. . »

« Pourquoi me rend-on le crâne si mou, de sorte que les insanités qu'on me met dans la tête sortent à travers le cuir chevelu. »

Voilà qui témoigne bien de son hypochondrie. Mais l'hallucination la plus importante chez lui a pour objet des attentats obscènes de tout le personnel de la maison et de ses confrères dans l'aliénation en particulier.

« Je suis, écrit-il, la proie de bêtes brutes compliquées de l'esprit de pourceaugnins. »

Il se défend de toutes ses forces, mais ne peut résister à ces obsessions étranges. Et il ne se contente pas de croire son corps victime d'outrages inexprimables, il se figure qu'à force de le tourmenter ses persécuteurs ont réussi à le rendre femme et à amener chez lui ce qu'il appelle l'inversion du sexe. « Je suis la prostituée. . . . . »

« . . . . . Le moyen d'avoir de l'appétit quand j'arrive à table le nez, la bouche, les intestins gorgés de sperme ! . . »

Ce jeune homme, soumis à une persécution incessante, présente donc une série de phénomènes dont l'érotisme pathologique n'est que l'efflorescence. Il est typique par son idée d'inversion du sexe. Et pourtant il ne ressemble pas du tout à une certaine classe d'individus dont je vous parlerai dans la prochaine leçon.

Cette forme de délire peut naître parfois d'une façon épidémique. L'histoire en fournit plusieurs exemples dans des couvents, au moyen âge. Et il est arrivé que des faits de ce genre ont entraîné la perte des individus qui étaient accusés faussement d'attentats dont ils étaient innocents. Vous comprenez par là l'importance et le danger de ces sortes d'hallucinations. Car, même à notre époque, pourtant plus calme et plus sceptique, on a condamné récemment aux travaux forcés, sur des accusations analogues, des malheureux qui sont morts au bagne et dont on a découvert ensuite l'innocence.

Dans la forme aphrodisiaque, les appétits sexuels sont monstrueusement exagérés. Ici le sujet ne se dérobe pas ; au contraire, il se porte en avant.

Je tâche de vous présenter, pour chaque forme, des exemples, des types dans un état de pureté chimique, c'est-à-dire dégagés de tout alliage. Trélat m'en fournit un.

Une jeune fille bien élevée, intelligente, distinguée, appartenant à une bonne famille, ayant reçu une éducation parfaite, éprouvait des penchants lascifs, violents, qui lui amenaient de nombreuses aventures. Malgré cela, sa famille la maria, suivant cette idée fausse et immorale qu'on a le droit de se débarrasser de sa fille pour en faire la plaie d'un homme et d'une autre famille. Elle aimait son mari avec rage ; mais, elle avait la même passion pour tous les autres hommes, quels qu'ils fussent et la satisfaisait. Chose étrange, devant témoins, elle était d'une décence parfaite, dans son maintien et dans son langage. Mais, dès qu'elle se trouvait seule avec un homme, sa pudeur s'envolait et elle le provoquait de la façon la plus hardie. Elle devint mère, puis grand'mère ; l'âge n'apporta aucun changement dans ses habitudes.

Un jour, elle avait raccroché dans la rue un enfant de douze ans qui, ayant résisté à ses sollicitations, réussit à se sauver et courut prévenir son frère, garçon de vingt-quatre ans. Celui-ci se rendit sur-le-champ chez cette femme et lui administra une volée de coups, disant qu'en ces

circonstances on se rendait justice soi-même. Sur ces entrefaites le gendre arriva et aida ce jeune homme à corriger sa belle-mère.

La famille finit par la reléguer hors barrières avec une pension qui lui permettait de vivre. Là encore, elle se livrait avec ardeur à des travaux d'aiguille, dans lesquels elle excellait, et le produit qu'elle en retirait servait à payer des hommes pour satisfaire ses penchants.

On l'a fait entrer, à l'âge de soixante-dix ans, à la Salpêtrière, dans le service de M. Trélat. Sa conduite était exemplaire; elle n'a jamais rien trahi ni dans ses propos, ni dans son maintien, mais elle était soumise à une surveillance incessante. Cette femme jouit toute sa vie d'une santé physique parfaite : dans l'âge le plus avancé elle faisait des travaux d'aiguille sans lunettes. Enfin elle est morte, à soixante-quatorze ans, d'une congestion cérébrale. On pourrait dire que ses habitudes l'avaient conservée !

J'insiste sur ce fait remarquable qu'elle n'était aliénée que sur un seul point. Et je vous recommande aussi de ne pas confondre cette forme aphrodisiaque avec celle que je vous décrirai tout à l'heure.

La troisième forme n'est pas moins intéressante. Il est des individus dont le langage est constamment dépravé ; ils inventent des expressions obscènes et racontent des aventures forgées de toutes pièces et souvent compromettantes pour des femmes honnêtes. Ce sont des fanfarons de vice. Ils n'ont pas de délire sensuel ; ils sont chastes et même impuissants. Cette forme trouve son lieu d'élection chez les vieillards et chez les paralytiques généraux, dans la forme initiale de la maladie. Il n'y a plus chez eux correspondance entre l'état spinal et l'état cérébral. Le centre spinal des excitations n'existe plus, seule l'excitation cérébrale demeure, et, selon une parole éloquente de J.-J. Rousseau, chez eux « la volonté parle encore quand les sens se taisent ».

La diminution et la perte de la sensibilité sexuelle avec l'âge ne présentent aucun danger quand les désirs psychiques cessent aussi. Dans le cas contraire, c'est le vice qui en résulte.

Du reste, cet état se rencontre également chez les jeunes, par exemple dans cette classe d'individus que Lasègue a si bien caractérisés du nom d'*exhibitioniste*, et qui éprouvent un plaisir inepte, idiot, imbécile, à exhiber en public leurs parties génitales. Lasègue rapporte le fait d'un jeune homme qui avait la spécialité d'entrer dans les églises et d'aller exhiber ses organes génitaux auprès d'une femme en prière.

Vous savez qu'il est d'usage de passer la seconde partie du cinquième examen de doctorat dans les salles de la Charité. Il y avait, autrefois, un massier à la Faculté qui avait l'habitude, pendant que le grave professeur et sa tremblante victime étaient aux prises l'un avec l'autre, de se placer dans un certain corridor, d'où il pouvait être vu par les jeunes filles qui se mettaient aux fenêtres dans les hôtels voisins, et d'étaler à leurs yeux ses parties génitales. Cette exhibition finit par déplaire aux jeunes filles. Il fut dénoncé, poursuivi, condamné et destitué.

Peut-on imaginer rien de plus insensé que ces sortes d'aliénés, qui n'ont d'autre plaisir que celui d'outrager la pudeur publique et de s'exposer aux châtiments de la justice. On n'explique une chose pareille que par la perte complète du frein naturel.

Qui ne sait la différence profonde qui existe entre ces trois états, dont l'un consiste dans un trouble intense de la sensibilité, le second dans une excitation sexuelle des plus violentes, le troisième dans une aberration de la volonté?

Il me reste à vous parler de deux maladies : la nymphomanie, type d'excitation sexuelle chez la femme, et le satyriasis, état correspondant chez l'homme. C'est, à mon avis, une erreur grave, commise par tous les auteurs, de confondre la nymphomanie avec tous les états précédents.

Je déclare que la nymphomanie est une affection très grave, reposant sur les organes, soit centraux, soit périphériques, dont la marche est toujours très rapide et qui se termine, en quelques jours, par la mort ou par la démence. C'est pourquoi la malade de Trélat n'était pas, selon moi, une nymphomane.

La nymphomanie se présente sous deux formes : 1° la nymphomanie chronique ou légère ; la nymphomanie grave ou aiguë. Dans la forme aiguë, il existe, indépendamment des penchants sexuels, des troubles physiques bien définis : gêne dans la respiration, anxiété précordiale, battements du cœur accélérés.

Il est inutile que je vous fasse le tableau érotique de la maladie. Vous en trouverez assez dans la littérature. Mais j'insiste sur ce point que rien ne peut satisfaire leurs désirs. Il ne s'agit donc pas ici d'un orage physiologique qui se calme après l'averse.

Il y a des vaches, bien connues des agriculteurs et des vétérinaires, qu'on appelle vaches torlières : ce sont des nymphomanes. Elles recherchent ardemment le mâle, et, quand elles le rencontrent, elles causent par leurs mugissements et leurs mouvements violents une révolution dans la population paisible des étables. Ce sont des bêtes stériles, qui ne rapportent aucun produit au fermier. Mais, il y a un moyen de les apaiser : c'est de pratiquer sur elles l'ablation des ovaires, qu'on trouve tuméfiés et considérablement hypertrophiés. Ce sont donc bien des lésions physiques qui donnent naissance à ces phénomènes d'affolement qui font leur apparition chez la femme, soit après la puberté, soit après le mariage. La malade, dont le pouls donne jusqu'à 150 pulsations, meurt dans l'espace de cinq à dix jours. Il n'est pas douteux que la maladie ne soit localisée. On a, d'ailleurs, trouvé à l'autopsie, dans des cas semblables, des thromboses des sinus de la dure-mère.

Le satyriasis ne diffère de la nymphomanie que par la gravité et par le caractère d'agression chez les malades.

Vous connaissez tous la dynastie médicale des Chauffard : le premier, médecin à Avignon, célèbre par un ouvrage sur le typhus; le deuxième, ancien professeur à la Faculté de Paris, et le troisième actuellement médecin des hôpitaux. Nous devons au premier l'observation d'un cas de satyriasis, survenu chez un individu qui avait reçu un coup de bâton sur la tête.

Au nom de ce dernier fait, je conclus à la localisation bulbaire de la maladie. La nymphomanie, comme le satyriasis, a son centre physiologique dans la région du bulbe, et je réserve expressément ces deux noms à une hallucination toute spéciale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Cancer de l'utérus, ganglion sus-claviculaire dégénéré. — **M. Troisier**, en son nom et au nom de M. Raymond, présente

les pièces anatomiques provenant d'une malade atteinte de cancer utérin et chez laquelle on avait constaté un ganglion sus-claviculaire dégénéré. Cette malade avait des ganglions pelviens cancéreux et des noyaux secondaires dans le médiastin et dans le poumon. Il y avait un ganglion comprimant le canal thoracique. MM. Raymond et Troisier concluent de ce fait qu'il peut exister des ganglions cancéreux sus-claviculaires chez les malades affectées de cancer utérin. Ce ganglion sus-claviculaire a été atteint par propagation, ainsi que le démontra l'autopsie.

MM. Jaccoud et Dreyfus, ont observé des cas analogues.

Kyste hydatique du foie. — M. MILLARD communique une observation de kyste hydatique du foie, guéri par la ponction simple. Il s'agit d'un cas dont le diagnostic a présenté de grandes difficultés par suite des complications pleurales et péritonéales. C'était une femme de trente-deux ans, ayant commencé à souffrir en 1881, de douleurs de ventre, irradiant dans le moignon de l'épaule droite. Plusieurs crises très douloureuses sont calmées par des injections de morphine pratiquées par M. le docteur Haussmann, médecin de cette malade. En 1882, le ventre commence à grossir, le foie est énorme; pas d'ictère; il y a des râles sous-crépitants à la base du poumon droit. M. Duguet diagnostique une péritonite tuberculeuse. La malade va mieux. En 1884, nouvelles douleurs. M. Quinquaud prescrit l'iodure de potassium. Plus tard, M. Empis conseille les eaux de Vichy. Le 1er avril 1886, M. Haussmann appelle en consultation M. Millard, qui conseille et pratique une ponction; il retire 540 grammes d'un liquide clair, limpide, contenant des crochets et un échinocoque. Le soir, frisson, vomissements porracés. Morphine, glace, collodion sur le ventre, ascite, urticaire généralisé. Le lendemain, congestion pulmonaire à droite, vésicatoire. Aujourd'hui, sept mois après l'opération, la santé est parfaite.

Le début remontait donc chez cette malade à près de quatre ans. M. Millard compare ce fait avec celui qu'a récemment communiqué M. Guyot (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 952). La marche ici est bien différente; l'évolution se fait avec une grande lenteur. Toutefois il survient de la péritonite et de la pleurésie, qui induisent M. Duguet en erreur. Mais la tumeur hépatique augmente de volume, la fluctuation devient assez nette pour permettre à M. Millard, quinze mois après MM. Duguet, Empis et Quinquaud, de porter le diagnostic de kyste hydatique, de pratiquer une ponction à la fois exploratrice et curative. Depuis sept mois, la guérison se maintient et paraît définitive.

On peut conclure de ces faits que les kystes de la face convexe du foie sont à peu près impossibles à diagnostiquer au début.

M. Millard présente en terminant un malade, qui offre tous les signes d'un kyste hydatique qui n'a pu être diagnostiqué que dans ces derniers jours, alors qu'il souffre depuis quinze mois.

M. CADET DE GASSICOURT communiquera prochainement une observation inverse, dans laquelle on avait diagnostiqué un kyste hydatique du foie, alors qu'il s'agissait d'une suppuration péritonéale périhépatique.

M. MILLARD demande si la dilatation de la cage thoracique du côté droit était aussi nette que dans le cas dont il vient de parler.

M. CADET DE GASSICOURT répond affirmativement.

M. TROISIER présente un malade qu'il a ponctionné il y a vingt mois et qui, depuis ce temps, paraît définitivement guéri de son kyste hydatique du foie, qui avait été diagnostiqué.

M. ROBERT MOUTARD-MARTIN a vu ce malade à l'hôpital Tenon, dix-huit mois après la ponction. Il ne constata aucun autre symptôme du côté de cet organe qu'un peu d'hypertrophie.

A propos de ces faits, M. Moutard-Martin communique l'observation d'une toute jeune fille chez laquelle il diagnostiqua l'existence de deux kystes hydatiques du foie. Il ponctionna ces deux kystes, retira 60 grammes de l'un et 40 grammes de l'autre.

Depuis, cette petite fille semble définitivement guérie. M. Moutard-Martin ajoute que l'état cachectique des malades ne doit pas faire écarter le diagnostic de kyste hydatique du foie. Seulement, dans ces cas, le kyste est habituellement suppuré.

M. BLACHEZ communique un fait de kyste hydatique chez un malade arrivé à un état cachectique. Il fit une ponction et retira 5 litres de liquide limpide, caractéristique.

Monoplégie brachiale. — M. FÉRÉOL présente un jeune homme de trente-deux ans, bien portant, sans aucun antécédent pathologique, qui, il y a trois semaines, a été pris brusquement de monoplégie brachiale gauche. Il est impossible de trouver la moindre cause à cette monoplégie. Après huit jours, il y avait déjà un peu d'atrophie des muscles de l'épaule; il y a de l'anesthésie déjà en voie d'amélioration. Cet homme est atteint souvent du phénomène du doigt mort et il a toujours la griffe des orteils. Il a aussi un peu de faiblesse de la jambe gauche. Ce malade paraît amélioré sous l'influence d'un traitement par les courants continus.

Des inconvénients du régime lacté. — M. DEBOVE présente un malade actuellement en bonne santé, qui a été un exemple frappant des inconvénients du régime lacté. Il y a deux ans et demi, il fut pris d'accidents alcooliques et de gastrite alcoolique. Bientôt il présenta des signes d'ulcère simple de l'estomac, y compris l'hématémèse. Il fut soumis au régime lacté; il arriva à ingérer tous les jours 8 litres de lait. Au début tout alla bien, puis le malade s'affaiblit et arriva à un état de cachexie telle qu'il ne pouvait plus se tenir debout. M. Debove pratiqua le lavage de l'estomac et tira 2 litres 1/2 de liquide; le lavage fut répété tous les jours et le malade soumis à un traitement consistant en 1 litre 1/2 de lait et un peu de viande. Il avait perdu 36 livres dans le cours de sa maladie; depuis que M. Debove le traite, il a gagné 30 livres. Il va actuellement aussi bien que possible. Chez cet homme, la dilatation énorme de l'estomac qu'il a présentée avait été déterminée par le régime lacté exagéré.

La séance est levée.

M. Mialhe qui vient de succomber à l'âge de soixante-dix-neuf ans, s'était fait une place dans le mouvement scientifique de notre temps. Pendant sa longue existence partagée entre l'exercice actif de la pharmacie et la culture de la science, il a publié un grand nombre de travaux qui lui ont valu le titre d'agrégé à la Faculté de médecine et celui de membre de l'Académie. Nous citerons parmi ceux qui nous intéressent plus spécialement, ses recherches sur les mercuriaux et sur les préparations de plomb au double point de vue thérapeutique et toxicologique, sur les purgatifs et son *Traité de l'art de formuler*. Mais ce sont surtout ses études sur le diabète, sur l'albuminose et les matières albuminoïdes sur les alcalins et leur rôle dans l'économie animale, qui ont fixé sur lui l'attention. La plupart de ces recherches spéciales ont été reproduites dans un livre qui a donné la mesure des tendances et de la direction de son esprit, la *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*. On y trouve, en effet, groupés et coordonnés suivant leurs liens naturels, des chapitres relatifs aux phénomènes d'oxydation et de nutrition, à la source et au rôle du sucre dans l'économie, à celui de l'albumine et de ses divers états, à l'absorption en général et en particulier à l'absorption des médicaments et des poisons, les études pharmaceutiques et thérapeutiques sur les principales formes des médicaments et sur les médications spéciales, constituant tout ensemble une véritable esquisse de physiologie et de thérapeutique chimique. M. Mialhe a été un des maîtres de la chimiâtrie moderne. Ce livre en témoigne à chaque page.

Le rôle de M. Mialhe dans l'enseignement et à l'Académie n'a pas été sans quelque retentissement. Beaucoup de mes contemporains peuvent se souvenir encore du cours qu'il a fait à la Faculté en suppléance de Dumas, son maître; et sans remonter aussi haut, il nous suffira de rappeler la part qu'il a prise à plusieurs discussions de l'Académie, notamment à la discussion sur le principe actif du vaccin et à sa virulence et à celle des ferments dans laquelle il a apporté un appoint aux doctrines de M. Pasteur.

M. Mialhe avait cessé depuis deux ou trois ans environ de paraître à l'Académie et de se livrer au travail, vaincu par l'âge et par la maladie qui l'a enlevé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

1. M. Thévard. De l'influence des transformations agricoles de la Sologne sur la diminution des fièvres intermittentes et l'amélioration de la race. — 2. M. Ballue. Du nouveau traitement des fractures transversales de la rotule par la greffe de M. le professeur Duplay. — 3. M. Bérard. Étude sur la ligature de l'artère fémorale. — 4. M. Viéla. Considérations sur les oreillons examinés principalement au point de vue de la fièvre. — 5. M. Maison. Mobilisation et massage dans le traitement des fractures para-articulaires. — 6. M. Bayle. Des paralysies consécutives à l'infection morbilleuse. — 7. M. Marius. Contribution à l'étude clinique du myxœdème. — 8. M. Le Golleur. Quelques considérations sur la pathologie des troupes à Tamatave (Madagascar) 1884-1885. — 9. M. Phocas. Étude clinique des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein. — 10. M. Liénard. Contribution à l'étude de la dilatation du cœur droit chez les tuberculeux. — 11. M. Foucaud. Épidémie de dyssenterie observée à Ninh-Binh. — 12. M. Boulle. De la compression ouatée dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. — 13. M. Delattre. Essai sur l'histoire de la saignée. — 14. M. Crivelli. Nature et traitement de la blennorrhagie. — 15. M. Geoffroy. Causes et traitement de l'obésité. — 16. M. Collin. De l'érysipèle curateur et modificateur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa dernière réunion, l'assemblée des professeurs a émis un vote favorable : 1° à la demande de M. Peter d'échanger sa chaire de pathologie interne contre celle de clinique médicale, devenue vacante par suite de la mise à la retraite pour limite d'âge de M. le professeur Hardy; 2° à la déclaration de vacance des chaires d'anatomie et de physique, dont les titulaires ont été mis récemment à la retraite pour limite d'âge, et de pathologie interne, par suite de la permutation de M. le professeur Peter.

Enfin, par suite de la retraite de M. Hardy, M. le professeur Potain passe de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité.

— M. le docteur Béclard, professeur de physiologie, est nommé doyen de la Faculté pour une nouvelle période de trois années, à dater du 18 novembre 1886.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Albert Delaine, interne de deuxième année à l'hôpital de la Charité.

— M. le docteur Apostoli commencera un cours sur l'introduction physique à l'électricité médicale avec ses applications thérapeutiques gynécologiques, le 17 novembre, à quatre heures, à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Ferrand reprendra ses conférences hebdomadaires, à l'hôpital Laënnec, le jeudi 18 novembre, à neuf heures et demie. — La première sera consacrée à l'aphasie avec pièces et schémas. — Les conférences suivantes auront pour sujet : Les différentes formes de bronchite et leurs indications.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles commenceront le 16 novembre 1886; elles auront lieu dans l'ordre suivant, et les étudiants n'y seront admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

A. *Sciences naturelles.* — M. Joannès Chatin, maître de conférences, les lundis et jeudis à dix heures du matin dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Pruvot, maître de conférences, le jeudi dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à trois heures de l'après-midi, et le samedi à dix heures du matin au laboratoire de zoologie.

M. Vesque, maître de conférences, fera dans la salle des conférences les lundis et les jeudis, à neuf heures du matin, des conférences ou surveillera des exercices pratiques. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

M. Vélain, maître de conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et les jeudis, à neuf heures du matin, des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la géologie. Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie du matin.

Le mardi à une heure de l'après-midi, dans la même salle, conférence de géographie physique.

B. — *Sciences physiques.* — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, les mardis, à dix heures et demie du matin, et des conférences les samedis à dix heures et demie également, dans la salle du rez-de-chaussée, n° 2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis à cinq heures dans le laboratoire.

M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, dans la salle des conférences, à trois heures et demie de l'après-midi, des conférences sur différents points de chimie organique.

M. Riban, maître de conférences, directeur-adjoint du laboratoire de chimie. Les travaux auront lieu tous les jours, de neuf heures à midi, et de une heure à cinq heures, au laboratoire de la rue Michelet, n° 3.

Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heures. Manipulation de chimie, le mercredi, de une heure à cinq heures, pour les candidats à l'agrégation; et, pour les professeurs des collèges, le jeudi de une heure à cinq heures de l'après-midi.

M. Jannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis à 8 h. 1/2 du matin dans le laboratoire de minéralogie.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront le 16 novembre 1886, et auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1886-1887, dans le laboratoire de zoologie du Muséum d'histoire naturelle, 55, rue de Buffon.

Ils consisteront en conférences, dissections et autres exercices pratiques. Le laboratoire des recherches zoologiques restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire. Les étudiants qui voudront prendre part à ces recherches doivent s'y faire inscrire; le registre d'inscription est ouvert tous les jours, de midi à quatre heures.

— *Muséum.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus organiques des animaux, auront lieu tous les jours, de midi à cinq heures, dans le laboratoire d'histoire zoologique et sous la direction de M. le professeur Pouchet, 55, rue de Buffon.

Tous les samedis à quatre heures ont lieu des conférences d'histologie avec démonstrations. Les élèves désireux d'y assister doivent se faire inscrire auprès du moniteur, M. E. Bovier-Lapierre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20276

97

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux........................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.
RENAULT AINÉ ET PELLIOT
FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,
26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produit pharmaceutiques aux médecins et aux hospices

ARMOIRES-PHARMACIES
BREVETÉES S. G. D. G.
et
PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.
GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

39

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU
employé contre
l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*
Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.
Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT
au **Convallaria Maïalis** (*muguet de mai*).
GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux.
Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et tles ph.

52

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr Zed

43

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60** ; *et par la poste,* **0f70.**

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux).

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle*.

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur*. Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine*.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

78

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel   Reboulleau

23

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée

N° 134. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 18 NOVEMBRE 1886. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte, dans laquelle, entre l'élection d'un correspondant national, M. le docteur Tillot (de Luxeuil), et un comité secret consacré à l'audition de plusieurs rapports de prix, la parole a pu être donnée à un seul des membres inscrits pour la discussion sur le vinage, M. Vallin. M. Vallin, avec sa compétence bien connue d'hygiéniste, a présenté, à propos de chacune des conclusions du rapport, des observations pleines de justesse, nous a-t-il paru, et qui nous ont semblé concorder sur la plupart des points principaux avec l'excellente argumentation de M. Riche. Nous signalerons particulièrement dans le discours de M. Vallin sa conclusion finale, qui est l'expression des *desiderata* que cette discussion elle-même a mis en évidence et sur lesquels il appelle la sollicitude de l'Académie. Le jour, dit-il avec raison, où l'Académie pourrait éclairer ces points actuellement obscurs et difficiles, un grand pas serait fait dans le sens de la prévention et de la répression de l'alcoolisme, but ultime vers lequel tendent tous les vœux.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Étranglement herniaire, opération, péritonite généralisée; mort.

Je vais vous parler aujourd'hui d'un cas très intéressant de pratique chirurgicale. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, entré dans nos salles pour une hernie inguinale étranglée, si volumineuse que je n'ai pas voulu, non plus d'ailleurs que mes collègues du jury du concours de l'agrégation, qu'il fût examiné par les candidats dudit concours, de peur que des explorations répétées missent ses jours en danger.

Cet homme, qui depuis longtemps savait très bien qu'il avait une hernie, n'avait jamais voulu porter de bandage et se bornait à la faire rentrer lorsqu'elle le gênait. Le dimanche soir, la veille de son arrivée à l'hôpital, il avait eu quelques coliques et avait voulu, en vain, aller à la selle, et, cherchant à réduire sa hernie, n'avait pas pu y réussir. La nuit suivante avait été mauvaise et toujours sans aucune selle, de même que dans la matinée du lundi. Le malade avait des vomissements. Le taxis me paraissant impossible en raison même du volume de la tumeur et de sa teinte violacée, je prescrivis des lavements et des applications de glace sur la tumeur afin de condenser les gaz qu'elle renfermait et d'empêcher, si possible, tous accidents de péritonite capables d'aggraver la situation.

Le mardi matin, la tumeur avait un peu diminué de volume, mais les vomissements continuaient, ils étaient déjà fécaloïdes, bien que trente-six heures seulement se fussent écoulées depuis le début des accidents. Rien ne passait et le malade ne rendait aucun gaz par l'anus, l'état général s'aggravait, le pouls était petit, serré, fréquent, la température à 36°,4, le ventre très douloureux, la tumeur, de forme globuleuse, allongée, très douloureuse aussi à la pression, avait glissé en arrière du testicule qu'elle repoussait en avant. Le malade n'avait pas de hoquet.

La hernie, en réalité, n'était pas très serrée, mais elle était très avancée au point de vue inflammatoire. Il fallait donc se hâter d'intervenir. Je fis monter immédiatement le malade à l'amphithéâtre, et après l'avoir anesthésié, je tentai, pendant cinq ou six minutes, le taxis avec toute la douceur possible; un moment je crus, en raison de certain gargouillement, avoir réussi, mais ce n'était qu'un déplacement de gaz et de matières. La réduction n'étant donc pas possible, j'incisai la tumeur, j'arrivai sur le sac qui présentait une teinte violacée très forte; puis ponction, incision sur la sonde cannelée. En avant pas de liquide, épiploon violacé que j'attire au dehors, et aussitôt s'écoule un flot de liquide noir, infect, sentant les matières fécales, qui nous donne par suite à supposer que l'intestin est ouvert. Je renverse l'épiploon sur l'abdomen pour examiner l'intestin situé au-dessous de la corde épiploïque; je trouve une anse de couleur feuille morte, c'est-à-dire déjà gangrenée. Cependant l'intestin n'est pas perforé. Mais alors pourquoi cette odeur fécaloïde du liquide? Par un fait d'exosmose, c'est-à-dire du passage des gaz intestinaux à travers les parois. Cet examen terminé, et convaincu qu'il n'y a ni éraillure, ni fissure, ni perforation de l'intestin; tranquille par suite sous ce rapport, je me demande si je dois réduire la hernie et, opinant pour l'affirmative, je refoule l'intestin dans la cavité abdominale, non sans avoir préalablement procédé à une toilette antiseptique des plus

complètes du sac et des organes qu'il renfermait, avec la solution au sublimé. J'oubliais de dire que la partie de l'intestin hernié appartenait au côlon transverse.

Quant à l'épiploon, que fallait-il en faire? Le refouler dans l'abdomen? La chose était facile, mais avec son aspect violacé, gangrené, qu'allait-il devenir? Déterminer certainement des phénomènes de péritonite. Donc il n'y fallait pas songer. Devions-nous conserver tout l'épiploon dans le sac pour boucher le collet? Nous avions alors à redouter sa suppuration et tous les accidents qui peuvent s'ensuivre. Fallait-il le lier puis le reséquer? Mais la ligature aurait donné lieu à des symptômes analogues à ceux de l'étranglement herniaire : vomissements, etc. La chose n'était donc pas non plus possible. Ce que nous avions à faire, c'était tout simplement de reséquer l'épiploon malade, dans lequel toute circulation avait cessé. C'est ce que nous avons fait, sans qu'il y ait eu aucun écoulement sanguin, et en ne laissant que la partie saine pour former bouchon dans le sac herniaire. Après quoi nous avons procédé à une antiseptie rigoureuse, à la réunion du sac et à un pansement avec l'iodoforme.

Le lendemain matin, le malade n'avait pas encore eu la moindre garde-robe, il avait encore un peu vomi, il s'était de plus en plus refroidi. D'ailleurs, pas de douleur, du côté de la plaie scrotale, la réunion était complète, rien n'était sorti de la cavité abdominale. Mais cet homme se plaignait de douleurs très vives dans le ventre, douleurs qui devaient tenir certainement à une péritonite généralisée. Quelle conduite tenir dans ces circonstances? Si le malade, n'ayant pas été à la selle, n'avait pas eu de péritonite, nous aurions pu rompre la plaie scrotale, enlever le bouchon du sac et aller à la recherche de l'anse intestinale, nous rendre compte de la cause de cette absence des fonctions de l'intestin et établir un anus contre nature. Mais une péritonite généralisée ne se trouverait nullement enrayée par une nouvelle opération, au contraire, les accidents ne pouvaient qu'en acquérir une gravité plus grande.

Je fus donc obligé de rester désarmé, empêché de toute intervention chirurgicale; et mon malade mourut dans cette même journée du mardi.

L'autopsie a été faite. Elle nous a montré : 1° que l'anse intestinale herniée correspondait à la partie moyenne du côlon transverse; que rien n'empêchait, après l'opération que nous avions pratiquée, les matières fécales de circuler dans l'intestin et qu'aucun étranglement ne persistait; 3° que c'était bien une péritonite généralisée qui avait empêché l'intestin de fonctionner.

De tous ces faits, il résulte que lorsque nous sommes intervenu chez notre malade, le mardi matin, nous étions déjà en présence d'une péritonite herniaire, laquelle s'est généralisée; qu'en pareil cas, loin de renoncer à une opération, nous aurions dû opérer le lundi dans l'après midi, dès l'arrivée du malade, et même plus promptement encore si cet homme était arrivé plus tôt à l'hôpital, bien que peu d'heures se fussent écoulées depuis le début de l'étranglement.

L'observation que je viens de rapporter nous prouve encore que, s'il est des étranglements herniaires dans lesquels les phénomènes ont une évolution lente, il en est aussi dans lesquels les accidents ont une marche des plus rapides.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Syphilides muqueuses (1).

II

Après avoir étudié, dans notre précédente leçon, les diverses formes et les principaux caractères des syphilides muqueuses, nous allons entrer dans quelques détails relativement à leurs manifestations sur les parties génitales.

Les syphilides muqueuses génitales, les seules dont le temps nous permette de nous occuper dans ces dernières leçons de l'année scolaire, se rencontrent très fréquemment dans les deux sexes, mais moins souvent cependant chez l'homme que chez la femme, où la fréquence est réellement prodigieuse, si ce n'est chez les sujets du sexe masculin, porteurs d'un long prépuce. Le siège habituel, chez l'homme, est la rainure préputiale, le gland ; la syphilide est plus rare sur le fourreau, moins rare sur le scrotum. Chez la femme, on l'observe sur toute l'étendue de la vulve et son département cutané.

Les plaques muqueuses génitales peuvent présenter les quatre formes que nous avons indiquées dans la précédente séance, c'est-à-dire la forme érosive, la forme papulo-érosive, la forme papulo-hypertrophique et la forme ulcéreuse.

a. La syphilide muqueuse génitale érosive est commune dans les deux sexes. Elle consiste en une érosion pure et simple, superficielle, du derme muqueux; c'est une simple exfoliation épithéliale, plate, sans relief, généralement petite, limitée, affectant depuis le diamètre d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de 20 et même parfois de 50 centimes, sans forme particulière spéciale, bien qu'elle soit assez souvent arrondie ou bien quelquefois de forme elliptique, ovalaire, allongée, fissuraire, enfin rouge de ton, indolente, aprurigineuse, si bien qu'elle passe souvent inaperçue des malades même qui se surveillent. C'est ainsi que sa bénignité apparente elle-même en constitue le danger au point de vue de la transmission de la syphilis à quelque autre sujet, d'aucuns la considérant parfois comme des excoriations sans importance.

Nombre de syphilis dérivent ainsi de ces accidents, envisagés à tort, je le répète, comme insignifiants et qui passent fréquemment aussi inaperçus et peuvent même être ignorés de bonne foi, ce qui ne les rend que plus dangereux au point de vue de la contagion. C'est ainsi que j'ai vu maintes fois la syphilis transmise, dans le mariage, à de jeunes femmes, par des accidents de ce genre, développés sur des maris qui se croyaient guéris ou qui, sans se croire guéris, n'avaient attaché aucune importance à des accidents aussi bénins, qu'ils avaient considérés comme de l'herpès ou comme de simples écorchures.

La syphilide érosive se compose d'un nombre variable de ces petites lésions (4, 5, 6 ou davantage), le plus souvent groupées au voisinage les unes des autres sur la vulve ou sur le gland; parfois il n'en existe qu'une seule, solitaire, isolée.

Les lésions avec lesquelles on pourrait parfois les confondre sont : 1° l'éraillure simple, écorchure ou éraflure que l'on rencontre très communément sur les organes génitaux et qui présente une certaine ressemblance avec la syphilide érosive. Cependant elle est de forme moins régulière, moins arrondie, mais allongée, effilée ; elle a beaucoup plus la phy-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1050.

sionomie d'un traumatisme accidentel et naturellement irrégulier de forme que celle d'une lésion méthodique, préparée; 2° l'herpès; mais il s'en distingue généralement par sa pruriginosité au début, par des érosions plus petites, parfois même simplement miliaires, mieux circonscrites, plus régulièrement cerclées et réunies assez volontiers en groupes, disposées en bouquets à configuration polycyclique; 3° les érosions balanitiques (chaudepisse bâtarde); mais celles-ci sont plus nombreuses que les syphilides muqueuses érosives, plus étendues, moins bien délimitées, à contour sinueux, plus rouges et s'accompagnant d'une rougeur générale de toute la région.

b. La syphilide papulo-érosive. Cette forme est de beaucoup la plus commune; elle est aussi la forme typique par excellence des syphilides muqueuses. Elle consiste, comme élément constitutif, en ce que l'on appelle vulgairement une papule muqueuse, une papule érosive, une papule, c'est-à-dire une petite saillie dermique, pleine, surélevée au-dessus du tégument voisin; érosive, c'est-à-dire dénudée en surface, privée d'épithélium et sécrétante.

Mais qu'est-ce qu'une papule, anatomiquement parlant? Tout simplement une néoplasie cellulaire, circonscrite, une néoplasie constituée par une prolifération abondante de jeunes cellules et de noyaux groupés autour des papilles dermiques légèrement hypertrophiées.

Voyons maintenant les caractères cliniques de cette syphilide. Nous avons dit que c'était une papule plate et étalée, ayant la forme d'un petit disque, d'un petit ménisque surélevé au-dessus du niveau de la muqueuse. Elle est généralement arrondie, circulaire, quelquefois très régulière, comme si elle avait été tracée au compas. Parfois elle offre un dérivé de la forme ronde; elle est elliptique, ovalaire. Ce double caractère de lésion saillante et arrondie la rend tout à fait comparable à une petite pastille qui aurait été déposée sur les téguments. Ses dimensions varient depuis celles d'une lentille à celles d'une pièce de deux francs. Sa surface est dénudée, privée d'épithélium et présente une teinte pouvant aller du rosé au rouge sombre. Tantôt son aspect est lisse et poli, tantôt grenu, muriforme. Elle sécrète, — suintement léger, — une sérosité trouble, blanc-jaunâtre, dans laquelle le microscope décèle la présence de leucocytes. Enfin elle est indolente, sans prurit ni élancements; et ce n'est que quand elle a été irritée par la marche, par des frottements répétés, etc., qu'elle devient prurigineuse, agaçante plutôt encore que réellement douloureuse.

La papule muqueuse se rencontre rarement isolée, unique. Le plus souvent on en rencontre plusieurs semblables dans la même région, soit au voisinage les unes des autres, soit sur des points différents. Le nombre en est même quelquefois si considérable que la région en est comme criblée.

Lorsque plusieurs de ces lésions se produisent au voisinage les unes des autres, leur progression est telle qu'elles arrivent à un contact réciproque, devenant tangentes par leur circonférence et même se confondant entre elles, fusionnant pour ainsi dire. Elles forment ainsi des lésions plus étendues de surface, constituant de véritables plateaux muqueux, surélevés, auxquels on a donné le nom de nappes muqueuses syphilitiques.

Ces nappes muqueuses, qui s'observent surtout chez la femme, affectent des formes très diverses. Quelquefois elles sont disposées comme un chapelet ou un collier de perles; cela se remarque principalement sur le bord libre des grandes lèvres. Une série de papules échelonnées là, en hauteur, se confondent par leurs pôles opposés et constituent un véritable chapelet. D'autres fois et plus souvent, elles s'unissent sans ordre régulier et forment des nappes muqueuses de formes irrégulières, allongées, étalées, etc., mais qu'il est facile de décomposer ou dont il est facile de reconnaître le caractère composé à cette particularité que le contour est formé par des segments de circonférence, vestige évident des papules périphériques englobées, d'une lésion commune.

Ces nappes muqueuses offrent des dimensions très variables : larges quelquefois comme une pièce de 1 ou 2 francs, elles peuvent atteindre, dans certains cas, la largeur de la paume de la main et même davantage. On en voit, chez certaines malades, qui recouvrent toute la vulve, s'étendant sur le pli génito-crural, la face interne des cuisses, le périnée, la marge de l'anus, et qui remontent jusque dans l'aine. Ces nappes muqueuses de vaste étendue forment alors des plateaux surélevés dont la surface grenue, muriforme, est parcourue par des sillons ou des fissures vulgairement appelées rhagades, que l'on voit quelquefois s'ulcérer. Elles sont généralement enflammées, rouges, prurigineuses et sécrètent une matière séro-purulente jaunâtre, d'odeur nauséeuse, qui parfois se concrète partiellement à leur surface en forme de croûte.

Nous venons d'envisager la lésion à la période d'état, de complet développement. Il s'agit de savoir maintenant ce qu'elle devient, de la suivre dans son évolution ultérieure. La syphilide muqueuse papulo-érosive, non traitée, abandonnée à elle-même, n'a aucune tendance à guérir. Elle persiste alors, ou bien en restant ce qu'elle est, ou bien en se développant, en devenant exubérante, hypertrophique. Traitée, au contraire, et même traitée d'une façon simplement locale, c'est-à-dire soumise à de simples soins d'hygiène (pansement, isolement, lotions détersives), aussitôt c'en est fait d'elle, car elle est remarquable, on peut dire, par sa résolution facile et hâtive. Traitée de la sorte, tout d'abord elle se dessèche. De papule humide, elle se transforme en papule sèche, et cela à bref délai, du jour au lendemain. Puis elle commence à diminuer, à s'aplanir, à s'affaisser. Elle s'atrophie véritablement, dans toute l'acception du mot; elle se résorbe, s'efface en quelques jours; dans l'espace d'un à deux ou trois septenaires en moyenne, elle est complètement effacée, sans même laisser de cicatrice. C'est donc, je le répète, une lésion essentiellement résolutive.

Cette facilité et cette rapidité de résolution sont des faits très curieux, très remarquables, importants à retenir au point de vue de la thérapeutique qu'il convient d'employer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre 1886. — Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Blache, Corlieu, Galezowski, Péligot et Worms, pour la classe des associés libres, de M. Marty, pour la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. Henrot (de Reims), accompagnant l'envoi des rapports de la commission d'hygiène de cette ville.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, d'après le tirage au sort, la commission d'élection pour la place vacante dans la classe des associés libres se compose comme il suit : MM. Lacaze-Duthiers, Pasteur, Gavarret, Planchon, Guyon, Le Fort, Gueneau de Mussy, Bourdon.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un correspondant national dans la première division.

Les candidats proposés sont : en première ligne, M. Carlet (de Grenoble); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Picot (de Bordeaux) et Tillot (de Luxeuil); en troisième ligne, MM. Marquez (d'Hyères), Mauricet (de Vannes) et Riembaud (de Saint-Etienne).

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36,

M. Tillot a obtenu.	37	suffrages.
M. Carlet.	30	—
M. Picot	2	—
M. Mauricet.	1	—

M. Tillot ayant obtenu la majorité est proclamé élu.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage. La parole est à M. Vallin.

DISCUSSION SUR LE VINAGE

M. VALLIN présente quelques remarques sur les conclusions.

Première conclusion : La commission a supprimé de la première rédaction le dernier membre de phrase qui incriminait exclusivement les alcools industriels; elle a bien fait. Il pense, comme M. Riche, que le vinage avec une petite quantité d'alcool parfaitement pur est moins nuisible qu'une même quantité d'un esprit de qualité inférieure, provenant de cidres ou de pommes avariées. Il votera donc la première partie de la conclusion.

Il votera contre le vinage pour deux raisons : la première c'est que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de distinguer si de l'alcool ajouté à du vin pour le viner est de l'alcool étylique très pur ou s'il contient une proportion notable de ces impuretés et principes toxiques dont les alcools dits supérieurs ne sont qu'un des éléments.

C'est moins la provenance que l'impureté de l'alcool qui fait le danger du vinage.

La deuxième raison qui empêche de tolérer le vinage, de le limiter par exemple à l'addition de 2 degrés aux vins marquant primitivement moins de 10 degrés, c'est qu'il serait actuellement impossible de contrôler l'application de cette tolérance. Les chimistes paraissent unanimes à déclarer qu'on ne peut doser exactement l'alcool ajouté par le vinage. Il y aura donc toujours, en raison de la difficulté de l'expertise, une tolérance de 1 ou 2 degrés de vinage, qu'il faut bien se garder d'augmenter.

La première conclusion dit que « pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts ». Peut-être est-ce engager la responsabilité de l'Académie qui préconise ainsi un procédé technologique et affirme la valeur hygiénique du sucrage, alors que nous n'avons, pour apprécier ce côté de la question, que des présomptions et des raisons théoriques.

Si l'Académie ne croit pas devoir réserver complètement son opinion sur la valeur hygiénique du sucrage, au moins M. Vallin demanderait la division de l'article dont les deux phrases sont, dans une certaine mesure, indépendantes.

Deuxième conclusion : Il y a lieu de repousser également l'alcoolisation des cidres, des poirés et des bières, bien que ces boissons ne soient que rarement alcoolisées artificiellement.

Troisième conclusion : M. Vallin exprime le regret que la commission par la crainte exagérée de toucher aux questions fiscales, ait cru devoir supprimer la phrase suivante de la première rédaction : « Elle propose d'abaisser de 15 à 12 degrés la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe. »

Suivant l'avis de M. Vallin, c'était un excellent moyen d'affirmer cette vérité, qu'au point de vue de l'hygiène il y a tout avantage à encourager l'usage des vins naturels à faible titre alcoolique, qui sont un aliment, et à grever les spiritueux qui sont des consommations de luxe, souvent nuisibles et suspectes; les vins forts marquant plus de 12 degrés se rapprochent au moins autant des secondes que des premières. L'usage croissant des vins vinés nous a donné depuis quelques années le goût des vins forts; un vin léger à 8 ou 9 degrés nous paraît aujourd'hui fade et plat. Il faut lutter contre cette corruption du goût. Il n'est pas douteux qu'un vin est plus capable de produire l'ivresse et même l'alcoolisme par un usage abusif, quand il marque 15 degrés que lorsqu'il n'en marque que 9 ou 10.

Je ne vois pas, ajoute M. Vallin, quel inconvénient il pourrait y avoir à imposer d'une taxe plus lourde un vin riche en alcool, à la condition de dégrever d'autant les vins naturels faibles qu'on couperait avec les premiers.

Profitons de la promesse faite par M. le sous-secrétaire d'État aux finances d'exempter du droit de surtaxe les vins naturels marquant plus de 12 degrés et réservons cette mesure pour les vins étrangers qui se présentent à notre frontière. La presque totalité de ces vins d'importation marquant 16 degrés sont des vins alcoolisés.

M. Vallin propose de compléter la troisième conclusion en ajoutant ces mots : « en particulier qu'il abaisse de 15-16 à 12-13 degrés la limite de la surtaxe imposée à ces vins. »

Quatrième conclusion : Il y aurait avantage à ne pas introduire dans des conclusions qui ne sont pas destinées à des chimistes, cette expression assez mal choisie d'alcools supérieurs. Il votera cette conclusion sans méconnaître que la sanction de la prescription sera difficile.

La cinquième conclusion ne peut rencontrer ici qu'une approbation unanime.

La discussion qui se poursuit, dit en terminant M. Vallin, a mis en évidence l'insuffisance de nos connaissances sur deux points principaux : 1° quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butylique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés, et quelle est leur action spéciale sur l'organisme? 2° comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liquides complexes? Le jour où ces deux questions seront résolues, un grand pas sera fait dans le sens de la prévention et de la répression de l'alcoolisme. Il appartiendrait à l'Académie de hâter cette solution, en provoquant et en facilitant de telles recherches par des subventions et des prix; on complèterait ainsi les beaux travaux dont M. Dujardin-Beaumetz présentait naguère ici les résultats intéressants, et l'on aurait une base positive pour imposer des mesures de police sanitaire dont l'application nous paraît aujourd'hui d'une difficulté extrême.

A 4 h. 1/4 l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports de prix.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des Plantes (1), par M. le professeur H. BAILLON.

Le tome VIII[e] de l'*Histoire des Plantes* est consacré à l'étude des Composées, des Campanulacées, des Cucurbitacées, des Loasacées, des Passifloracées et des Bégoniacées. Il est illustré de 353 figures dessinées par Faguet.

I

Il faut être spécialiste pour comprendre la somme considérable de travail que présente la révision des Composées, la famille la plus considérable du règne végétal. M. Baillon semble se jouer au milieu de ces difficultés, et aucun des volumes publiés ne donne une mesure aussi exacte de la grande place que notre éminent confrère s'est créée, — envers et contre tous, — dans la science.

Suivant sa coutume, il divise la famille en séries. Les Chardons, les Mutisia, les Chicorées, les Vernonia, les Aster, les Soucis, les Soleils, les Ambrosies, forment les huit séries de cette famille,

(1) Gr. in-8°. Prix : 25 francs le volume. — Paris, Hachette et C[ie].

qui avait été instinctivement comprise par les anciens botanistes.

Tournefort formait trois Classes de ses *Institutiones* des plantes herbacées et suffrutescentes qui se distinguent « *flore flosculoso, semi flosculoso et radiato* », confondant, bien entendu, comme ses prédécesseurs et ses contemporains, le capitule avec une fleur.

Dodoëns avait, un siècle et demi plus tôt, distingué une Classe des Chardons, et Zaluzian admettait, dès 1592, une Classe des Composées.

Pour Linné, ces plantes constituaient la plus grande partie de la Syngénésie, et il admit, dans ses *Fragmenta methodi naturalis*, un orde des *Compositi*.

B. de Jussieu énumérait, en 1759, trois Ordres des *Cichoraceæ*, *Cinarocephalæ* et *Corymbiferæ*; tandis qu'Adanson, réunissant toutes les Composées dans une seule et même famille, divisait celle-ci en dix sections : Laitues, Echinopes, Chardons, Immortelles, Ambrosies, Tanésies, Conises, Jacobées, Soucis et Bidens.

A.-L. de Jussieu revint aux trois Ordres de son oncle, parmi lesquels il inscrivit malheureusement les *Nephelium*, et, plus tard, les Calycérées. Il exprimait lui-même le vœu qu'un monographe soigneux se livrât à une étude attentive de ces plantes. Ce fut, pendant de longues années, l'objectif de A.-H.-G. de Cassini.

A partir de 1836, A.-P. de Candolle publia dans le *Prodromus* une monographie des Composées, sur lesquelles il avait aussi rédigé un mémoire spécial. Il mit à profit les travaux de Lessing, notamment son *Synopsis*, qui date de 1832.

Endlicher, coordonnant les résultats obtenus par ses prédécesseurs, énuméra dans cette famille 836 genres.

En 1857, Payer, étudiant l'organogénie florale de ce groupe, fit disparaître la plupart des théories erronées qu'on professait relativement à l'organisation des fleurs des Composées.

Récemment, MM. Bentham et Hooker reprirent, pour leur *Genera*, l'étude monographique de la famille, et y réunirent près de 800 genres, qu'ils partagent en treize tribus : Vernoniacées, Eupatoriacées, Astéroïdées, Inuloïdées, Hélianthoïdées, Hélénioïdées, Anthémidées, Sénécionidées, Calendulacées, Arctotidées, Cynaroïdées, Mutisiacées et Chicoracées.

Pour M. Baillon, à qui nous devons l'historique qui précède, le nombre des tribus ou séries se réduit à huit, comprenant 403 genres, et dont plusieurs sont elles-mêmes divisées en sous-séries de la façon suivante :

I. Carduées (16 genres). — II. Mutisiées (38 genres). — III. Cichoriées (19 genres). — IV. Vernoniées — euvernioniées et eupatoriées — (37 genres). — V. Astérées — euastérées et inulées — (115 genres). — VI. Calendulées — eucalendulées et arctotées — (15 genres). — VII. Hélianthées — sénécionées, anthémidées, hélénicées et euhélianthées — (164 genres). — VIII. Ambrosiées (3 genres).

L'auteur reconnaît qu'aucune de ces séries n'est absolument tranchée, les affinités étant multiples dans un groupe aussi étroitement naturel, il y a des types qui relient les unes aux autres plusieurs des séries.

Il n'y a, selon lui, que peu de caractères constants dans tout ce groupe : l'ovaire infère, uniloculaire et uniovulé; l'ovule anatrope et ascendant, le fruit indéhiscent, l'embryon exalbuminé; la corolle gamopétale et peut-être la syngénésie et l'absence d'un véritable calice. Quelques autres sont presque constants, sans l'être absolument : l'inflorescence en capitules simples, la préfloraison valvaire du périanthe, le péricarpe sec. D'autres enfin sont extrêmement variables et peuvent servir à distinguer les genres, mais jamais d'une façon absolue : la situation des capitules, la constitution de l'aigrette, quand elle existe, la configuration de la base des anthères et les divisions du style; l'état nu, alvéolé, fimbrillé ou paléacé du réceptacle; la composition de l'involucre, le contenu des tissus, l'odeur ou la saveur des organes de végétation.

Après avoir fait connaître les affinités et la distribution géographique des Composées, M. Baillon expose les diagnoses latines des genres et termine sa monographie par l'étude des usages ou propriétés de ces plantes. Ce dernier chapitre est, comme de coutume, traité avec le plus grand soin par M. Baillon, qui, en sa qualité de professeur à la Faculté de médecine, n'oublie pas le côté médical de la question.

II

Les Campanulacées, dont l'affinité avec les Composées est très nette, sont divisées par M. Baillon en 7 séries ou tribus : I. Campanulées (22 genres). — II. Sphénoclées (1 genre). — III. Lobéliées (12 genres). — IV. Cyphiées (4 genres). — V. Goodeniées (8 genres). — VI. Brunoniées (1 genre). — VII. Phyllachnées (3 genres).

Cette famille, nous dit l'auteur, telle qu'il vient de la délimiter, devient un groupe *par enchaînement;* beaucoup d'auteurs l'ont partagée en un certain nombre de familles distinctes. Elle comprend 52 genres, formés de 1 330 espèces environ.

III

Les Cucurbitacées, qui croissent spontanément chez nous, et les espèces herbacées, qui sont cultivées dans nos jardins, ne représentent pas, — suivant M. Baillon, — les types réguliers de cette famille. Ces types s'observent dans les *Fevillea*, qu'on plaçait jadis dans une autre famille, celle des Nhandirobées ou Févillées.

Il nous faut encore passer par les séries des Chayotes, des Périanthopodus et des Cyclanthera, pour arriver à celle des Courges. Les séries des Melothria et des Telfairia terminent l'histoire de la famille des Cucurbitacées.

Indiquée en 1759 par B. de Jussieu, cette famille a été bien établie par Adanson sous le nom de *Bryoniæ*.

A.-L. de Jussieu y ajouta les *Gronovia*, les Passiflorées et les Papayers.

Seringe énuméra, dans le *Prodromus*, vingt et un genres, divisés en 2 tribus, distinguées à tort par le mode d'insertion des vrilles.

Enrichie par les travaux de Wight, Arnott, Schrader, Endlicher, Harvey et Sonder, et de MM. Bentham et Hooker, cette famille fut, dans les études imparfaites de M. Naudin, considérée comme comprenant une cinquantaine de genres. En 1867, on lui accordait 470 espèces environ.

M. Cogniaux, dans un travail d'ensemble, poursuivi avec persévérance, publié en 1881, dans les suites au *Prodromus*, accompagné d'ailleurs de recherches préparatoires et accessoires, a porté ce nombre des genres à 80, répartis en huit tribus et comprenant 600 espèces. Les trois genres *Dendrosicyos*, *Toxanthera* et *Cogniauxia* ont été ajoutés à cette liste, sans parler des genres insuffisamment connus, tels que l'*Ampelosicyos;* ce qui porte, pour M. Baillon, le nombre des genres à 68, répartis dans les 7 séries suivantes :

I. Févillées (8 genres). — II. Séchiées (5 genres). — III. Périanthopodées (3 genres). — IV. Cyclanthérées (4 genres). — V. Cucurbitées (27 genres). — VI. Mélothriées (18 genres). — VII. Telfairiées — eutelfairiées et auguriées — (3 genres).

IV

Les Loasacées ont été établies comme famille au commencement de ce siècle. Elle avait été d'abord comprise parmi les genres alliés aux Onagrariacées. Extrêmement voisine des Cucurbitacées, elle ne s'en distingue que par ses graines albuminées et par son androcée groupé en faisceaux, polyandre et non isostémoné. Cette différence disparaît même chez les Gronoviées dont la fleur est isostémonée, et qui elles-mêmes relient la famille aux Dipsacacées et aux Composées.

On compte 100 espèces de Loasacées, toutes américaines, à l'exception du *Kissenia* de l'Afrique tropicale orientale et australe.

M. Baillon les dispose en huit genres et en deux séries : I. Loasées (5 genres) et Gronoviées (3 genres).

V

La famille des Passifloracées constitue un petit groupe *par enchaînement*. Établie en 1805, sous le nom de Passiflorées par A.-L. de Jussieu, elle reçut de Lindley le nom de Passifloracées.

Cet auteur n'y faisait entrer que les genres alors connus de la série des Passiflores de Baillon et le Ryania de Vahl. Les Modeccées restaient parmi les Papayacées. Don en avait fait, en 1826, une famille particulière, que De Candolle fit, deux ans plus tard, rentrer dans ses Passiflorées.

Aujourd'hui M. Baillon admet 17 genres, renfermant 260 espèces, répartis dans 4 séries :

I. Passiflorées (11 genres). — II. Modeccées (3 genres). — III. Achariées (2 genres). — IV. Malesherbiées (1 genre).

— VI

Établie en 1818 par R. Brown, la petite famille des Bégoniacées renferme environ 350 espèces, dont 348 *Begonia*. Ceux-ci ont été comparés aux Polygonacées, avec lesquelles ils n'ont d'autre ressemblance que la forme du fruit et l'acidité des feuilles. Ils ont aussi été considérés comme analogues aux Saxifragacées (Hydrangées, Datiscées). Les plus étroits rapports sont avec les Cucurbitacées, Loasacées, Passifloracées, notamment avec les *Ceratosicyos*.

Les Bégoniacées diffèrent des Cucurbitacées par l'androcée, des Passifloracées par l'ovaire infère.

Les genres *Begonia*, *Hillebrandia* et *Begoniella* sont les trois genres de la petite famille des Bégoniacées.

VII

Cette rapide revue terminée, on nous permettra de revenir un peu sur nos pas pour montrer à nos lecteurs l'esprit critique qui anime M. Baillon. Par quelques exemples seulement, on verra le service qu'il rend à la science en déblayant le terrain d'une foule de genres mal étudiés, mal déterminés et ne présentant pas de caractères suffisants pour les élever à ce titre de genre. M. Baillon propose alors de les conserver comme sections, quand il ne les raye pas complètement, et, en cela, on ne saurait trop l'approuver.

Prenons le genre *Carduus*, T., sommes-nous très surpris que M. Baillon fasse rentrer dans ce genre les Serratula, les Silybum, les Tyrimnus, les Cynara, les Galactites, les Cnicus et les Onopordon? Quel botaniste n'avait été frappé de la faiblesse des caractères qui séparaient ces différents genres? Conservons-les donc à titre de section, et ce sera justice.

Un dernier exemple. Le genre Filago nous avait déjà fourni les Logfia, Oglifa, Achariterium, Impia et Xerotium. Qui ne comprendra que M. Baillon a mille fois raison de n'accepter que comme sections de ce genre : les Evax, Psilocarphus, Diaperia, Micropsis, Micropus et Ifloga?

Et nous ne prenons pas les genres les plus encombrés.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1),
par Ad. Wurtz, de l'Institut.

Le onzième et dernier fascicule du supplément du « Dictionnaire de chimie » vient de paraître. Ainsi se termine cette grande œuvre à laquelle ont collaboré les Cleve, Demarçay, Étard, Fauconnier, Friedel, Gautier, Girard, Grimaux, Hanriot, Henninger, Kopp, Lebel, Oeschner de Coninck, Salet, Schutzenberger, Tcherniac, Wassermann et Willem, c'est-à-dire les plus grands chimistes de notre époque.

L'ouvrage comprend 7 volumes et le supplément 2 volumes.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Votre estimé journal publie dans le dernier numéro (16 novembre) une leçon clinique intitulée : « Du raccourcissement dans les fractures du corps du fémur. » Après avoir constaté que le traitement des fractures de la cuisse a subi de nos jours de grandes modifications et produit des résultats infiniment supérieurs à ceux qu'on obtenait jadis, M. Trélat attribue ce fait à l'emploi des appareils à extension continue.

« On n'a rien inventé, dit-il, on n'a rien découvert, mais on a su appliquer des principes connus de longue date de façon à en arriver à une méthode ou procédé réellement valable. » C'est à peu de chose près ce que j'ai dit dans la leçon publiée par la *Gazette des hôpitaux* dans le numéro du 8 juin 1886. Or je revendique la priorité de l'application de ces principes. Je n'ai sans doute pas inventé l'extension continue, je n'ai pas découvert la contre-extension, mais je crois avoir combiné ces deux modes de traitement de façon à composer l'appareil auquel M. Trélat reconnait aujourd'hui la supériorité sur les autres.

En 1881, M. le docteur de Séguy publia sa thèse inaugurale, ayant pour titre : « Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur par l'extension continue (appareil de M. Tillaux). »

Avant d'autoriser notre jeune confrère à prendre ce titre, je le priai de parcourir tous les services des hôpitaux, afin de bien s'assurer qu'aucun collègue n'employait un appareil identique au mien, et la réponse fut qu'il n'en avait pas rencontré. Oui, ou non, employait-on dans les hôpitaux de Paris avant 1881 l'appareil actuellement en usage pour le traitement des fractures de cuisse? Si oui, j'accepte que j'ai été induit en erreur; si non, je persiste à croire que M. le docteur de Séguy a eu raison de lui donner mon nom.

Veuillez agréer, etc.

Tillaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 20 mai 1887, devant l'École de médecine d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques.

— *Muséum.* — L'assemblée des professeurs a dressé ainsi qu'il suit la liste des candidats à la chaire de pathologie comparée laissée vacante depuis le mois de décembre 1885, par la mort de Henri Bouley : en première ligne, M. Chauveau; en deuxième ligne, M. P. Gréhant.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les professeurs viennent de procéder à la formation de la liste des candidats à présenter au ministère de l'instruction publique pour la chaire de zoologie, en remplacement de M. le professeur H. Milne-Edwards, décédé au mois de juillet 1885. Cette liste, votée à l'unanimité, est ainsi dressée : en première ligne, M. Yves Delage; en deuxième ligne, M. Jourdain.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, vendredi prochain 19 novembre 1886, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure. Les mardis, leçons au lit des malades; leçons à l'amphithéâtre à dix heures.

— M. le docteur Ch. Fauvel fait un cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie à sa clinique, rue Guénégaud, 13, tous les lundis et jeudis à dix heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et du nez, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

(1) Prix du fascicule : 3 fr. 50. — On vend séparément le *Dictionnaire* au prix de 90 francs, et le *Supplément* au prix de 38 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20281

66

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Étranger, dans les principales pharmacies.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

33

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

52

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent des foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Acad. de méd.)

HOGG, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies.

56

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frcs, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

22

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(*PEPSINE VÉGÉTALE* tirée du Carica-Papaya)

EST LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU (*Voir les travaux de MM. Wurtz et Bouchut.*)

Le SIROP ou l'ÉLIXIR de PAPAÏNE TROUETTE-PERRET rend les plus grands services et guérit rapidement les *Maladies d'estomac*, *Gastrites*, *Gastralgies*, *Vomissements*, *Diarrhées lientériques*, et est le meilleur médicament dans tous les cas où la Pepsine ou la Diastase peuvent être ordonnées.

Les doses habituelles sont : Un verre à liqueur de *Sirop* ou d'*Élixir* ou DEUX CACHETS à prendre immédiatement après chacun des principaux repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, Bard Voltaire, Paris.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50. 50, boulevard de Strasbourg.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f50 à 3f.** Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND aîné**, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

N° 135. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 20 NOVEMBRE 1886. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. ».** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les néphrites infectieuses au point de vue chirurgical.

Faire l'histoire anatomo-pathologique et clinique de tout un ordre d'altérations rénales qui rentrent dans la classe des maladies infectieuses, exposer sur ce point important, encore incomplètement connu et en voie d'étude, l'état présent de la science, en montrant les faits qui sont nettement établis et indiquant les points qui restent encore à éclaircir, tel est le but que s'est proposé M. le docteur Barette dans le travail que nous avons sous les yeux.

On entend aujourd'hui par les mots néphrite infectieuse la détermination rénale secondaire d'une maladie infectieuse d'origine médicale ou chirurgicale. C'est de la néphrite infectieuse de ce dernier ordre qu'il va s'agir ici.

Pour les néphrites infectieuses chirurgicales, M. Barette adopte une classification absolument semblable à celle qu'a adoptée M. Gaucher dans sa thèse d'agrégation (médecine) sur la pathogénie des néphrites. En conséquence il divise les néphrites infectieuses chirurgicales en deux classes : 1° celles dans lesquelles l'agent d'infection est apporté au rein par les vaisseaux ; 2° les néphrites dues à l'action sur le rein de produits infectieux dus aux maladies des voies d'excrétion de l'urine.

Dans quelles circonstances se montrent les néphrites infectieuses? quelles sont les lésions qui les caractérisent? quelle est leur pathogénie? quels sont leurs symptômes, pronostic, indications thérapeutiques? — Telles sont les questions qui vont être successivement passées en revue.

Il n'y avait à considérer ici, en fait d'étiologie, qu'une cause unique, l'altération produite par les éléments infectieux qui traversent le rein et qui ont leur source dans une lésion chirurgicale : pyohémie, septicémie, infection puerpérale, lésions de la peau et de ses annexes (brûlures et ecthyma, furoncle et anthrax, lymphangite, érysipèle); lésions du squelette (fractures compliquées, ostéomyélites aiguës et chroniques), suppurations osseuses et articulaires, arthrites infectieuses, suppurations pleurales, maladies infectieuses du tube digestif, angines phlegmoneuses, typhlites, hernies étranglées, traumatisme du rein lui-même, etc.

Au rang des causes prédisposantes, M. Barette range toutes les maladies antérieures du rein, les maladies infectieuses ou non, etc.

Des nombreux documents cliniques et expérimentaux réunis dans ce travail, M. Barette tire les conclusions suivantes : Il est certain, dit-il, que dans un grand nombre sinon dans toutes les maladies chirurgicales infectieuses connues aujourd'hui, des micro-organismes partant des foyers primitifs de ces affections, passent dans le rein, où ils sont apportés par la circulation.

L'expérience prouve encore que si certaines espèces sont totalement éliminées par ce filtre électif, l'épithélium rénal, un grand nombre ne s'échappent que partiellement. Celles qui restent dans le rein s'y rencontrent dans les capillaires, les glomérules, les tubes urinifères et le tissu conjonctif interstitiel.

Pendant leur présence ou après leur passage, on observe des lésions plus ou moins profondes, épithéliales et conjonctives, constituant des néphrites avec albuminurie.

Est-on autorisé à attribuer aux micro-organismes constatés les lésions produites? M. Barette pense qu'on ne saurait contester leur rôle. Mais il ne se dissimule pas qu'il y a encore beaucoup de lacunes, beaucoup de desiderata à combler avant de pouvoir le déterminer avec certitude; et là-dessus il esquisse un plan de contrôle et de recherches expérimentales nouvelles susceptibles d'élucider la question.

Les caractères cliniques généraux auxquels on peut reconnaître les néphrites infectieuses chirurgicales sont les suivants : deux types cliniques, la forme aiguë et la forme lente ou torpide, cette dernière se présentant le plus souvent comme la continuation de la lésion aiguë et s'établissant par poussées successives; début à des époques variables, tantôt au commencement même de la maladie protopathique, souvent à son acmé, beaucoup plus rarement au déclin; douleur rénale fréquente, spontanée ou provoquable par la pression ou palpation ; œdèmes rares dans la forme aiguë, beaucoup plus fréquents dans les formes chroniques; urémie rare; — ce ne sont là d'ailleurs que tout autant de signes inconstants. — En voici d'autres, tirés de l'examen des urines, qui sont constants : quantité de l'urine diminuée, sa densité augmentée, couleur généralement foncée, hématurie, présence de l'albumine, albumine *peptone* (modifiée) ou rétractile; enfin présence de micro-organismes ;

et constatation par le microscope de l'existence de cylindres hyalins et granulo-graisseux.

La marche et la durée des néphrites infectieuses sont très variables. Dans les formes légères, on peut espérer la *restitutio ad integrum;* mais il n'y faut pas compter dans les formes aiguës ordinaires. Non que le rein ne puisse plus désormais fonctionner normalement; mais l'organe restera un *locus minoris resistentiæ;* dans quelques circonstances, une néphrite définitive persistera.

Les indications thérapeutiques se rapportent à ces deux points : traiter la néphrite infectieuse en elle-même ; combattre par une antiseptie rigoureuse les accidents chirurgicaux dont elle procède.

La thérapeutique de la néphrite doit consister surtout à tâcher de tarir les sources d'infection et à favoriser l'élimination du poison qui infecte le rein, en excitant la fonction de l'organe par les agents diurétiques, notamment par le régime lacté et l'usage des purgatifs salins, en même temps que l'on combattra les phénomènes congestifs ou inflammatoires au moyen des révulsifs cutanés énergiques.

La cause principale, directe, des néphrites infectieuses ascendantes dans les affections des voies d'excrétion de l'urine, est l'importation microbienne : organismes de l'urine décomposée (torulacée ammoniaciale de Pasteur, bacille de Miquel, bactérie de Bouchard), micro-organismes de la blennorrhagie, bacilles tuberculeux, etc.

Les causes indirectes ou adjuvantes sont toutes les maladies des voies urinaires s'accompagnant de stase urinaire ou d'inflammation (rétrécissements de l'urèthre, hypertrophie de la prostate, pierre et corps étrangers de la vessie, tumeurs, cystites, etc.).

Les processus anatomiques des néphrites infectieuses ascendantes peuvent être ainsi résumés : dilatation avec stase urinaire, infection, suppuration chronique ou subaiguë; pyélite; dilatation, stase, ou, en l'absence de ces deux lésions, néphrite infectieuse rayonnante; néphrite bactérienne commençant par le sommet des pyramides; néphrite aiguë diffuse ou avec des abcès miliaires disséminés; gloméro-néphrite suppurée de Bazy.

On trouve aussi, dans la marche de ces néphrites, les caractères généraux des maladies infectieuses. L'accès fébrile en particulier manifeste l'envahissement de l'organisme par le torrent circulatoire et l'action sur le système nerveux d'un principe infectieux.

Ces néphrites se traduisent également par deux formes principales de lésions anatomiques, l'une aiguë, l'autre chronique.

Dans la néphrite ascendante chronique, plusieurs signes importants méritent d'être notés, comme s'ajoutant à ceux de la néphrite interstitielle non infectieuse : la douleur rénale spontanée ou provoquée par la pression ; la modification des urines, devenues louches de claires qu'elles étaient et très abondantes (polyurie trouble), présentant des filaments muqueux plus ou moins épais et laissant déposer au fond du vase un abondant dépôt blanchâtre composé exclusivement de globules de pus et de débris d'épithélium des bassinets et de la vessie. M. Barette y a trouvé constamment des vibrions, des bactéries très nombreuses. La marche de la température est caractéristique; c'est la forme lente et chronique de la fièvre urineuse avec des poussées fébriles de distance en distance.

Les néphrites ascendantes infectieuses aiguës, survenant brusquement, d'une manière presque foudroyante, après un cathétérisme, une lithotritie, l'introduction d'une sonde à demeure, s'annoncent à leur début par un ou plusieurs accès de frissons erratiques, l'élévation de la température, des vomissements, présentant tous les caractères des septico-pyohémies rapides évoluant chez un sujet prédisposé depuis longtemps par son altération rénale. Les urines chargées de pus sont moins abondantes, mais plus colorées. La fièvre est continue, avec des exacerbations intermittentes. Quelquefois on voit survenir des éruptions pustuleuses, des abcès, des arthrites, des parotides ou des orchites. La durée est généralement courte, de cinq à six jours, quelquefois un peu plus longue, de dix à quinze jours. L'issue est constamment mortelle.

Ces terribles complications sont malheureusement au-dessus des ressources de la thérapeutique. Néanmoins, étant donné que les origines de l'infection rénale se trouvent le plus souvent dans la fermentation de l'urine vésicale et dans la présence de microbes dont l'action est favorisée par la stagnation urinaire et l'inflammation de l'appareil, les indications les plus pressantes à remplir consistent : à combattre la stagnation et l'inflammation et à prévenir l'importation microbienne.

Pour remplir la première, on aura recours, suivant les circonstances, au cathétérisme simple ou à la sonde à demeure, s'il n'y a que simple hypertrophie de la prostate, à l'uréthrotomie interne ou externe chez les rétrécis, à la lithotritie ou à la taille dans le cas de pierre.

La deuxième indication sera remplie par les précautions antiseptiques les plus rigoureuses dans l'exécution des opérations à pratiquer : flambage des instruments métalliques, ou immersion dans des liquides antiseptiques; injections dans la vessie de solutions boriquées à 4 ou 5 p. 100 ; administration intérieure de la glycérine à la dose de 80 à 100 grammes par jour, dans le but de rendre les urines moins ammoniacales et de diminuer la proportion du pus qu'elles contiennent. Enfin combattre les accidents congestifs et favoriser le bon état des fonctions de la peau et de l'intestin ; combattre la douleur rénale, etc., tels sont les moyens à mettre en œuvre, quelque peu de chance de succès qu'on en puisse espérer.

De l'hygiène alimentaire appliquée à la thérapeutique et plus particulièrement au traitement des maladies fébriles.

Dans la série des leçons cliniques qu'il a professées dans le courant de l'année à l'hôpital Cochin, M. Dujardin-Beaumetz a traité d'une manière magistrale une grande question d'hygiène thérapeutique, la question essentiellement pratique du régime alimentaire dans les diverses maladies.

Ce n'est pas que le sujet en lui-même soit nouveau, tant s'en faut. De Moïse et des livres sacrés de l'Inde aux livres hippocratiques, de ceux-ci aux préceptes de l'École de Salerne, à Cornaro, à Santorius, à Stahl, et jusqu'à nos contemporains Ribes, Fonssagrives et Bouchardat, législateurs, philosophes et médecins se sont à l'envie occupés de la diététique et de l'hygiène alimentaire. Mais la science marche toujours, faisant parfois des retours en arrière, mais modifiant ou compliquant sans cesse les données du problème. C'est en faisant concourir toutes les données de la chimie et de la physiologie et les progrès de la pathologie elle-même, à la révision des acquisitions traditionnelles de l'hygiène,

que M. Dujardin-Beaumetz a su donner à ses leçons un cachet nouveau et un intérêt tout actuel.

Nos lecteurs nous sauront gré d'en extraire quelques renseignements utiles ou instructifs.

Nous passons sur la partie préliminaire obligée de ces leçons, l'histoire des principes alimentaires primordiaux, dans laquelle M. Dujardin-Beaumetz s'est étayé de tout ce qu'ont pu lui apprendre les notions les plus récentes empruntées à la chimie biologique, à la physiologie expérimentale et à la zootechnie, pour arriver à la partie clinique et vraiment pratique.

Étant données les bases de la ration journalière ou de la somme d'aliments nécessaires, à l'état physiologique, pour suffire aux besoins de la nutrition, quels seront les effets d'une alimentation insuffisante et ceux d'une alimentation surabondante, quelles modifications devra subir cette ration dans divers groupes de maladies?

C'est ce que nous allons résumer pour quelques-uns des principaux états morbides, avec l'aide de notre savant confrère.

L'insuffisance d'alimentation ou réduction du régime alimentaire ne trouve guère son indication que pour combattre l'obésité; encore faut-il bien spécifier qu'il s'agisse de l'obésité exempte ou indépendante de tout vice ou de toute lésion organique.

Boissons composées de vin rouge ou blanc coupé avec une eau alcaline et à une dose qui ne dépasse pas 300 grammes par repas ; thé sans sucre entre les repas, proscription absolue des vins liquoreux, de bière et de liqueurs; exclusion des aliments aqueux; réduction au minimum des féculents; usage d'un pain léger dont la croûte forme la plus grande partie; défense absolue de la pâtisserie : tel est le régime qui, joint à l'usage des purgatifs fréquents, d'exercices corporels appropriés au sujet et du massage, a paru produire, dans ce cas, entre les mains de M. Dujardin-Beaumetz, les meilleurs résultats.

La suralimentation ou régime surabondant a ses indications dans le traitement de la maigreur et des maladies consomptives. On sait les résultats remarquables qui ont déjà été obtenus, depuis quelques années, avec la suralimentation dans le traitement de la tuberculose : augmentation de poids, grande amélioration générale et, dans quelques cas, rares il est vrai, arrêt dans la marche de la tuberculose. Ces résultats obtenus en France, grâce aux expérimentations faites concurremment par MM. Debove, Dujardin-Beaumetz et leurs élèves, viennent d'être confirmés en Allemagne, à la clinique de Greisswald, par Peiper, qui a montré qu'en administrant à des phthisiques une dose de poudre de viande allant progressivement jusqu'à 200 et même 500 grammes par jour, on a pu observer une augmentation de poids allant de 5 à 22 livres chez douze phthisiques sur quatorze mis en expérience. Chez un malade, on ne retrouva même plus de bacilles dans les crachats et une exploration physique démontra une diminution des lésions locales.

L'hygiène alimentaire des goutteux et des sujets en proie à cet état que Bouchardat a désigné sous le nom de *polyurique*, c'est-à-dire l'excès de production ou l'insuffisance d'élimination de l'acide urique ou des biurates, doit consister, non pas, comme on l'a cru et dit longtemps, en un régime exclusif tel que l'abstinence absolue d'aliments purement azotés, mais bien en un régime mixte dont voici les principales bases :

Pour les aliments azotés, usage de toutes les viandes, en donnant cependant une prédominance aux viandes blanches sur les aliments trop azotés, le gibier, par exemple. Ne pas trop user des œufs ainsi que des poissons, des mollusques et des crustacés; ne pas faire usage de fromages trop avancés. Aliments gras pris avec ménagement.

Pour les aliments végétaux, les légumes doivent entrer pour une grande part dans l'alimentation des goutteux, surtout la chicorée, la laitue, les artichauts, les topinambours, les salsifis, les cardons, le céleri, les carotes, les panais, les patates, les salades de laitue, romaine, barbe de capucin, pissenlit. L'oseille et les épinards doivent en être exclus. Les légumes nourrissants très azotés, tels que le chou et le chou-fleur, ainsi que les aliments féculents : haricots, pois, lentilles, fèves, ne doivent être usités qu'avec ménagement et en faibles quantités. De même des champignons, des truffes et autres condiments.

Les fruits sont généralement salutaires, surtout les fraises et le raisin.

Les boissons abondantes doivent être permises aux goutteux à cause de leurs effets diurétiques. L'eau et en particulier les eaux légèrement alcalines constituent la boisson la plus favorable dans la goutte, sans toutefois exclure absolument le vin en quantité modérée et toujours coupé avec des eaux alcalines. Les vins qui doivent être préférés sont les vins vieux, peu chargés de tannin, les vins blancs peu alcooliques. Les vins chargés d'acide carbonique, tels que le vin de champagne, les eaux fortement gazeuses, les eaux de seltz artificielles, ainsi que les bières fortes, le porter, le stout et la plupart des bières anglaises, qui sont suralcoolisées, doivent être absolument proscrits; de même, bien entendu, pour toutes les liqueurs, tous les vins liquoreux et les apéritifs. Le café ne doit être pris qu'avec ménagement et en infusion très légère. Le thé est condamné.

Les heures des repas doivent être réglées avec soin et leur ordonnance des plus sobres, bornée à une seule sorte de mets, autant que possible; d'une manière générale, ne pas prendre plus de nourriture que l'estomac n'en peut digérer, et, d'un autre côté, ne pas se laisser trop affaiblir par l'abstinence.

Les mêmes règles bromatologiques s'appliquent à la gravelle urique.

Mais il n'en est plus de même pour la gravelle oxalique, dite gravelle du pauvre. Toutes les fois qu'on la constatera, on devra proscrire l'usage des aliments qui renferment l'acide oxalique en trop grande quantité ; tels que les épiceries et condiments, le thé, le cacao, le chocolat, le café, la chicorée, etc.; en farineux, les haricots blancs, les fèves de marais, le céleri, etc.; en mets végétaux et herbes cuites, l'oseille, les épinards, les choux de Bruxelles, les betteraves, les haricots verts, etc.; en salades, la chicorée, la barbe de capucin, l'escarole; en fruits, les figues sèches, les groseilles en grappes, les pruneaux, la framboise, l'orange, le citron, etc.

La gravelle ammoniacale réclame surtout le régime lacté.

Quant à la gravelle hépatique, d'origine tout autre, elle demande un régime spécial, consistant : dans la suppression de toutes les substances grasses et des hydrates de carbone, féculents et sucre, qui peuvent fournir de la cholestérine, cause déterminante de cette gravelle. Parmi les féculents, les pois surtout doivent être repoussés comme renfermant un corps gras très analogue à la cholestérine. La carotte doit également être exclue du régime des graveleux hépatiques pour le même motif.

On évitera aussi l'usage exclusif des viandes. Enfin on conseillera d'employer, avec un extrême ménagement, les œufs.

Voici, en résumé, à quoi devra se réduire le régime de ces malades : régime mixte composé de viande débarrassée de sa graisse et de légumes verts; repousser les féculents, à l'exception des pommes de terre, manger peu de pain; interdire la pâtisserie; user des fruits en évitant ceux qui sont trop sucrés. Pour boissons, vin coupé avec des eaux légèrement alcalines.

Il nous resterait à parler du régime alimentaire approprié au diabète, à l'albuminurie, aux maladies de l'estomac et de l'intestin et aux maladies fébriles. L'importance de ces sujets et l'étendue qu'ils réclament nous obligent à renvoyer la suite de cet exposé à une Revue prochaine.

De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale.

Un peu de psychologie morbide. Et d'abord quelle est la signification exacte de ces deux termes : aboulie, inhibition? On connaît celle du terme inhibition en physiologie; appliquée à la pathologie mentale, elle conserve le même sens; c'est l'arrêt dans les phénomènes physiques. L'aboulie (de α privatif et Βούλομαι vouloir, penser), implique l'idée d'absence ou d'impuissance absolue dans la manifestation de ces mêmes phénomènes. Cette distinction est-elle légitime? n'y a-t-il là qu'une simple différence de degré entre deux états, l'un plus complet ou plus absolu que l'autre, mais identiques au fond? ou bien y a-t-il deux mécanismes psychiques différents? Telle est la question que s'est posée M. le docteur Cotard dans une note présentée à la Société de psychologie physiologique et qu'il a cherché à résoudre dans ce dernier sens, conformément à l'opinion déjà émise à cet égard par M. Langle dans sa thèse sur l'*Action d'arrêt ou d'inhibition dans les phénomènes psychiques*, que nous regrettons de ne pas avoir en ce moment à notre disposition.

Voici quelques-uns des arguments que M. Cotard invoque à l'appui de cette distinction.

A l'état normal, dit-il, l'acte volitionnel réveille l'image des actes volitionnels antérieurs, se fusionne avec elle, avec le moi. Il faut donc, lorsque l'impulsion part d'un point des régions objectives, que le réflexe passe par la région du moi, qu'il s'y annexe pour ainsi dire, les impulsions dynamogéniques ou inhibitoires appartenant au moi, qui alors le fait sien et le transforme en volition.

Si, comme cela a lieu dans certains cas, le réflexe se rend directement aux centres moteurs, sans passer par la région du moi proprement dit, l'acte, tout en restant conscient, devient automatique.

C'est ce qui a lieu à l'état normal, pour certains actes à la fois conscients et involontaires.

C'est ce qui a lieu à l'état pathologique pour les actes dits impulsifs, certains malades ayant conscience d'une force extérieure qui commande un acte dont ils ne se sentent pas responsables et contre lequel ils se révoltent.

Les impulsions qui, au contraire, naissent dans la sphère du moi ou lui sont finalement incorporées, tout en gardant leur caractère pathologique, revêtent la forme des volitions normales. Les malades les revendiquent, les justifient, prétendent avoir agi librement et acceptent toute la responsabilité de leurs actes.

Des différences analogues s'observent dans les cas inverses où la volonté paraît être empêchée ou paralysée.

Lorsqu'un individu n'agit pas, son inaction peut être due à trois causes principales : 1° le défaut de désir, de mobile; 2° l'impuissance à agir; 3° un empêchement extérieur. Un individu reste dans son lit parce qu'aucun désir ne le porte à se lever; un autre parce qu'il est paralysé; un troisième parce qu'il y est maintenu par des liens.

Les malades décrivent très nettement des situations psychopathiques qui peuvent se ranger sous ces trois chefs. Des mélancoliques n'agissent pas, parce que rien ne les touche, rien ne les attire, rien ne les émeut; ils n'éprouvent plus aucun sentiment humain et n'ont plus aucun motif d'agir. D'autres sont dominés surtout par un sentiment d'incapacité. Tout leur est impossible, ils ne sont plus en état d'accomplir l'acte le plus simple; ils le voudraient, mais ils en sont incapables. D'autres enfin voudraient agir, ils le pourraient, mais ils sentent un pouvoir extérieur qui les arrête, contre lequel ils se révoltent et luttent le plus souvent sans succès.

Les malades appartenant aux deux premières catégories placent en eux-mêmes — dans leur moi proprement dit — l'origine de leur mal. Ils sont déchus, indignes, incapables, ils s'accusent et assument la responsabilité de leur inaction.

Pour les malades du troisième groupe, l'empêchement vient des régions extérieures au moi. C'est le monde extérieur qu'ils accusent.

C'est par ces considérations basées sur la distinction du moi dans les fonctions psychiques, que M. Cotard s'est cru fondé à établir une distinction corrélative entre l'aboulie dont l'origine est dans le moi et l'inhibition qui vient du non moi.

Toutefois, de l'aveu même de M. Cotard, les manifestations terminales se ressemblent beaucoup et la confusion est même inévitable lorsque, comme cela arrive souvent, l'origine du phénomène se trouve dans les régions inconscientes soit subjectives, soit objectives. Dans ces cas, le malade s'arrête, s'immobilise, et lui-même ignore le pourquoi de son arrêt. Il en est de même des sujets hypnotisés; qu'on leur suggère une suggestion inhibitoire ou une idée d'incapacité, le résultat est le même.

Dans un précédent travail, M. Cotard a cherché a établir une distinction clinique d'après l'origine que le malade lui-même attribue à son mal. Tantôt il accuse le monde extérieur, et vraisemblablement ce sont les régions des images du monde extérieur qui sont affectées, comme le démontrent les hallucinations auxquelles aboutit à peu près constamment l'automatisme pathologique. Tantôt le malade s'accuse lui-même, c'est dans son moi que doit siéger le mal. Enfin, lorsque le point de départ pathologique se trouve dans la région mixte correspondant à notre personnalité physique, on voit fréquemment surgir des idées de possession fort remarquables en ce qu'elles établissent une sorte de passage entre les idées de persécution et les idées de culpabilité. Le délire est mixte, à la fois objectif et subjectif, comme c'est son point d'origine.

La note de M. Cotard est résumée dans les conclusions suivantes :

1° L'aboulie a son origine dans les états pathologiques du moi proprement dit;

2° L'inhibition semble provenir des régions extérieures au moi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Élongation et résection du spinal dans le traitement du torticolis spasmodique. — M. TILLAUX fait un rapport sur une communication de M. Schwartz, ayant pour titre : « Élongation combinée à la résection du nerf spinal contre le torticolis spasmodique. »

Une femme de vingt-six ans avait depuis deux ans un torticolis spasmodique douloureux, survenu à la suite d'une violente émotion et dû à la contracture du sterno-mastoïdien, du trapèze et de l'angulaire de l'omoplate. Tous les traitements ayant échoué, M. Schwartz lui pratique l'élongation suivie de résection du spinal, le 26 octobre. Après une parésie passagère, on constate qu'il persiste un léger degré de déviation, mais sans accès douloureux, et facile à corriger avec un appareil.

M. Schwartz résume ensuite huit cas de torticolis traités par section, résection ou élongation du spinal; la section ou la résection a donné sur cinq cas deux guérisons et trois améliorations; l'élongation seule, sur deux cas, une guérison et un insuccès; enfin la résection et l'élongation, une guérison et, dans le cas de M. Schwartz, une amélioration notable. La résection semble donc le meilleur moyen de traitement, et M. Schwartz en fait le procédé de choix pour les torticolis spasmodiques dits essentiels, mais il lui paraît avantageux de combiner l'élongation à la résection, ce qui serait sans danger pourvu que les tractions ne dépassent pas une certaine limite.

M. Tillaux ajoute que, dans ce cas, il n'y avait ni rétraction ni contracture. Après une forte émotion, la tête se fléchissait, seulement abandonnée à elle-même, sur le côté droit. Elle était facile à redresser; les oreillers bien disposés y suffisaient. A la suite de la résection du spinal, ce malade fut amélioré pendant quelques mois; mais deux ans après, il présenta exactement le même état qu'avant l'intervention.

M. Tillaux a fait des expériences sur le cadavre, et il a constaté, sous l'influence d'une élongation un peu forte, un ébranlement du bulbe, qui pourrait être très dangereux, surtout chez un malade anesthésié.

M. TERRILLON a vu avec M. Schwartz la malade dont il vient d'être question. Il a trouvé l'opération proposée par M. Tillaux facile, classique et méthodique.

Anévrysme de la poplitée. — M. HUMBERT fait un rapport sur un cas d'anévrysme poplité, compliqué d'athérome artériel, d'accidents cérébraux et s'étant terminé par la mort dix-huit jours après l'opération, qui a été communiqué par M. Schwartz. Cette observation avait pour titre : « Ligature de la fémorale à l'anneau pour un anévrysme poplité. Oblitération de l'artère et du sac. Section complète des tuniques artérielles. Mort par accidents cardiaques. »

Ce malade présentait des lésions athéromateuses de l'aorte, du cœur et des artères périphériques qui rendaient M. Schwartz peu désireux de l'opérer, mais il dut se décider en face des progrès de l'anévrysme. La fémorale fut liée avec un catgut choisi au niveau de l'anneau du troisième adducteur; l'artère parut à ce niveau modérément athéromateuse, l'opérateur eut soin cependant de serrer très modérément le vaisseau. Tout alla bien du côté de la plaie et les battements de l'anévrysme disparurent, mais le malade mourut le dix-huitième jour en asystolie avec des accidents d'urémie.

A l'autopsie, on constata que la ligature n'avait pas suppuré et ne communiquait plus à l'extérieur. Le catgut avait été totalement résorbé, mais les tuniques artérielles étaient complètement sectionnées, ce qui n'est pas la règle après les ligatures au catgut et doit être attribué à l'athérome. Du reste, l'oblitération du sac et de l'artère était complète du tronc tibio-péronier à la fémorale profonde. M. Schwartz présente la pièce à la Société.

M. Humbert fait des réserves sur l'hémorrhagie secondaire tardive, toujours possible et toujours à craindre chez les cardiaques. C'est ainsi qu'il en a vu récemment un cas trois semaines après l'amputation de la cuisse. Il est à présumer ici que l'influence du traumatisme sur le cœur a provoqué l'asystolie soudaine qui a emporté le malade. M. Humbert se plaint que les chirurgiens ne publient pas tous les cas d'intervention chirurgicale chez les cardiaques; ce serait le seul moyen d'établir une statistique rigoureuse relativement à l'influence des affections du cœur sur le traumatisme opératoire et réciproquement. Il rappelle que c'est à M. Verneuil que l'on doit surtout d'avoir mis cette question à l'étude.

M. VERNEUIL a, en effet, lancé, en 1877, l'influence du trauma sur les cardiopathies. Cette question a été reprise par M. Eugène Nélaton dans sa thèse. M. Verneuil a vu des blessures révéler des affections du cœur complètement ignorées. Ce qu'il y a de plus redoutable pour les chirurgiens dans ces cas, ce sont les hémorrhagies. Il a récemment opéré, d'un épithélioma de la langue, une dame qui était atteinte d'une affection mitrale très accusée. Il n'osa pas employer le chloroforme ; il eut recours au galvano-cautère. Il y eut des hémorrhagies secondaires. La digitale arrêta ces hémorrhagies. Maintenant, avant de pratiquer une opération, il a toujours recours au traitement médical de la propathie, affection cardiaque, syphilis, scrofule, quelle qu'elle soit. En terminant, M. Verneuil exprime le regret que les chirurgiens, en présence d'un anévrysme, ne donnent presque jamais de renseignements sur l'état du cœur.

M. TRÉLAT a eu, depuis un an et demi, l'occasion de voir succomber deux cardiopathes après des opérations. L'une de ces malades était une arthritique de soixante-trois ans, atteinte d'un carcinome du sein. M. Trélat l'opéra après avoir constaté seulement un léger bruit de souffle au premier temps. Ce bruit de souffle n'avait pas paru devoir arrêter la main du chirurgien. Cinq jours après son opération, elle eut un accès de dyspnée, avec de la pâleur, très peu de fièvre. Cette crise ne dura pas. Au douzième jour, elle était presque guérie de son opération ; elle fut prise d'un nouvel accès qui dura cinq heures et qui se termina par la mort. L'année dernière, il vit un homme de quarante-huit ans, vigoureux, légèrement alcoolique, atteint d'un épithélioma de la langue. L'examen du malade ne révéla rien de particulier. M. Trélat avait fait la ligature de la linguale et enlevé les trois quarts de la langue. A la fin de l'opération, il eut un petit état syncopal très court. Le quatrième jour, le malade s'assied dans son lit, fait une grande inspiration et retombe mort.

M. Trélat répète toujours dans ses leçons qu'il faut dresser le bilan pathologique de tout malade qui doit être opéré. Cette recherche n'est pas toujours faite avec tout le soin désirable. Il signale particulièrement chez ces deux malades ces syncopes prémonitoires.

M. VERNEUIL ne considère pas les lésions viscérales comme des contre-indications opératoires. Il a seulement voulu appeler l'attention sur la plus grande gravité du pronostic opératoire dans ces cas, et la nécessité d'instituer préalablement la thérapeutique indiquée contre la propathie. C'est sur cette précaution préparatoire qu'il y a lieu d'insister, selon M. Verneuil.

M. BOUILLY communique l'observation d'un malade atteint d'une fissure anale très douloureuse et atteint, en outre, d'accidents d'angine de poitrine assez graves. On entend un bruit de souffle indiquant une dilatation de l'aorte. M. Bouilly n'endormira pas ce malade et fera la dilatation brusque. Il apprendra à la Société ce qui sera advenu de cette opération.

M. MONOD rappelle le fait d'un malade qu'il a opéré d'une fistule anale et qui avait une affection cardiaque assez grave, dilatation du cœur, etc. Il était tellement pusillanime qu'il dût lui donner le chloroforme. Il n'y eut aucun accident ni immédiat, ni consécutif.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a opéré beaucoup de cardiaques et n'a jamais eu d'accidents. Cependant il a récemment opéré une malade d'une tumeur du sein. Au dix-huitième jour, alors qu'elle

était complètement guérie, elle mourut subitement. L'autopsie a montré l'existence d'un rétrécissement mitral très accentué. Elle avait très bien supporté la chloroformisation et l'opération. Il cite également l'exemple d'une femme atteinte d'une affection congénitale du cœur qu'il a accouchée, à laquelle il a dû faire une application de forceps. Elle a très bien supporté la chloroformisation.

M. GUÉNIOT rappelle que la question des affections du cœur dans la grossesse a été traitée depuis longtemps. On sait que les affections cardiaques prédisposent aux hémorrhagies utérines. Il en cite plusieurs exemples. Ces faits doivent être rapprochés de ceux auxquels MM. Trélat, Verneuil, Lucas-Championnière, viennent de faire allusion.

M. TRÉLAT fait observer à M. Lucas-Championnière qu'il ne s'agit pas de l'influence du chloroforme chez les cardiaques, mais bien de l'influence des maladies du cœur sur le traumatisme opératoire. A ce point de vue, l'observation de M. Lucas-Championnière est démonstrative au point de vue de la réalité de cette influence.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, contrairement à M. Trélat, pense que, chez le malade dont il a parlé, il n'y a aucune relation à établir entre l'opération et la mort par une affection cardiaque.

M. VERNEUIL dit que, pour constater l'influence de la propathie sur l'opération, on argue de la distance qui sépare celle-ci de la terminaison fatale. Vous opérez un tuberculeux ou un rénal, il va bien, guérit de son opération, puis la propathie s'accentue et il meurt. Il est évident que, dans ces cas, l'opération n'est pas étrangère à la marche ultérieure de l'affection et à la terminaison fatale. La lésion viscérale antérieure ne s'aggrave pas du jour au lendemain. Dans le cas de M. Lucas-Championnière, il est hors de doute que l'opération n'a pas été étrangère à la marche ultérieure de l'affection cardiaque.

M. HUMBERT admet qu'il peut y avoir des coïncidences; mais les faits prouvant l'influence du traumatisme sur la propathie sont aujourd'hui si nombreux qu'il faut bien admettre cette influence.

Pseudarthrose datant de l'enfance. — **M. NEPVEU** présente l'observation d'une jeune fille de seize ans qui, dans sa première enfance, avait eu une fracture de la jambe non traitée, à la suite de laquelle il resta une pseudarthrose. Elle vint dans le service de M. Verneuil, qui pratiqua l'amputation. On voit sur la pièce anatomique que les fragments sont réstés complètement atrophiés.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 15 novembre 1886, les chaires de physique médicale et d'anatomie, près la Faculté de médecine de Paris sont déclarées vacantes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté, réunie en conseil conformément à l'article 3 du décret du 30 juillet 1886, et après en avoir délibéré, a décidé que les conférences suivantes, destinées à compléter son enseignement, seront organisées ainsi qu'il suit pendant le semestre d'hiver 1886-1887 :

1° M. Hutinel. — Sur les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire; le lundi, le mercredi et le vendredi à cinq heures, dans l'amphithéâtre Laënnec.

2° M. Richelot. — Sur les maladies chirurgicales des os et des articulations, des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire, des muscles et des tendons, le lundi, le mercredi et le vendredi à quatre heures, dans le petit amphithéâtre.

3° M. Hanriot. — Sur la chimie minérale, le mardi, le jeudi et le samedi à huit heures du matin, à l'École pratique, rue Vauquelin.

4° M. Blanchard (Raphael). — Sur la zoologie médicale; le mardi, le jeudi et le samedi à deux heures, dans le grand amphithéâtre.

5° M. Richet (Charles). — Sur la digestion, l'absorption, les sécrétions et la nutrition; sur la physiologie des muscles ; le lundi, le mercredi et le vendredi à quatre heures, dans le grand amphithéâtre.

6° M. Budin. — Sur la grossesse normale, l'accouchement naturel et les opérations obstétricales ; le mardi, le jeudi et le samedi à cinq heures, dans le grand amphithéâtre.

— M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

M. le docteur Beurnier est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Assaki, appelé à d'autres fonctions.

M. le professeur Béclard est nommé, pour une nouvelle période de trois ans, doyen de la Faculté.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé de M. Cadiat, chef des travaux, remplacé par M. Remy, agrégé, durant le congé accordé à M. Cadiat; Variot, préparateur; Launois, Pilliet, Chatellier, Girod et Leroy, aides-préparateurs.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Morelle, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de chimie.

M. Doumer, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Mondan est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Fallot, suppléant, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

M. le professeur Laget est transféré dans la chaire de clinique interne.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — Un congé, pour raisons de santé, est accordé, sur sa demande, à M. Perravey, préparateur de zoologie.

— M. le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le samedi 20 novembre, à six heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes, le mardi 23 novembre 1886, à neuf heures, et le continuera les mardis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie, à l'Hôtel-Dieu. — Le jeudi et le samedi, consultation avec examen au spéculum. Tous les jours, à neuf heures, exercices cliniques (salle Sainte-Marie).

— M. le professeur Guyon commencera ses leçons sur les maladies des voies urinaires, mercredi prochain 24 novembre 1886, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les mercredis suivants. à la même heure.

— Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, placé sous la direction de M. le docteur Rémy, professeur agrégé, chef des travaux, sera ouvert à partir du mardi 23 novembre 1886, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de seconde année.

Les inscriptions seront reçues de neuf heures à onze heures du matin, au bureau du surveillant général de l'École pratique, du mercredi 17 au mercredi 24 novembre inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. Passé le 24 novembre, aucune inscription ne sera reçue.

Une carte d'admission sera délivrée. Cette carte indiquera à chaque élève la série qui lui sera assignée et dont il ne pourra changer, sous aucun prétexte.

MM. les étudiants de deuxième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine. Le tome XL[e] et dernier, formant un vol. in-8° de VIII-782 pages, avec 82 figures, vient de paraître. — Prix : 10 francs.

Le tome XL comprend : 1° l'article *Zymotiques* (maladies); 2° un *supplément* consacré aux médicaments nouveaux, aux nouvelles méthodes opératoires, aux données les plus récentes sur les microbes, etc.; 3° une *table alphabétique*, qui facilite les recherches et permet de reconstituer l'ensemble d'une question que les nécessités de l'ordre alphabétique avaient amené à répartir entre plusieurs articles dans les divers volumes du *Dictionnaire*.

Le tome XL termine heureusement l'œuvre commencée il y a de longues années, sous la direction de M. le professeur JACCOUD.

Cette encyclopédie médico-chirurgicale présente le tableau fidèle et complet de l'état de la science et de ses incessants progrès. Elle constitue un guide sûr, répondant à tous les besoins de la pratique médicale.

Prix de l'ouvrage complet en 40 volumes in-8°, comprenant 33 000 pages avec 3 600 figures : 400 francs. Chaque volume se vend toujours séparément : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ueber die sogenannte spontane oder idiopathische Peritonitis, Inaugural-dissertation von Mario SALAGHI. — In-8°. — Berlin N.; Knoll et Wölbling, Brunnen-Strasse, 155.

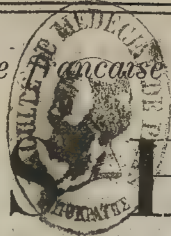
Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20288

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 22 novembre 1886.

DE LA PRÉVOYANCE DANS LE CORPS MÉDICAL

Le directeur d'une importante Compagnie d'assurances nous disait dernièrement que, de toutes les classes sociales, celle des médecins était peut-être la plus prévoyante.

Les raisons de ce fait sont faciles à trouver.

Tout d'abord la prévoyance marche de pair avec l'instruction et la moralité, qualités qui distinguent à un haut degré notre corps médical.

De plus, la profession de médecin est une de celles où la vie de l'individu, l'intégrité de ses facultés physiques et intellectuelles ont le plus de prix ; elles constituent souvent sa seule richesse, et il n'est pas étonnant qu'il ait recours à la prévoyance contre les dangers qui les menacent.

Ces dangers sont la mort prématurée, la maladie et l'infirmité ; cette dernière est certainement, au point de vue pécuniaire, la plus redoutable, car le malheureux qu'elle a frappé, mort pour le travail, doit subvenir encore à son existence ; loin de produire, il devient une charge pour les siens ; au lieu de gagner, il coûte.

Nos institutions de prévoyance actuelles offrent-elles les moyens de réparer suffisamment les conséquences économiques de ces calamités ? C'est ce que nous voulons examiner.

La réparation pécuniaire de la mort prématurée nous est fournie d'une manière complète par l'*assurance sur la vie;* cette forme de prévoyance est bien connue; elle est entrée dans nos mœurs, et les médecins, en même temps qu'ils sont les auxiliaires indispensables des Compagnies pour le choix des assurés, en sont en grand nombre les clients.

Contre la maladie, et nous voulons parler de la maladie temporaire, qui aboutit rapidement soit à la guérison, soit à une issue fatale, quoique moins bien armés, nous le sommes encore suffisamment, grâce à l'admirable institution des *Sociétés de secours mutuels.*

On peut s'en convaincre en voyant ce qui a été fait, dans ce sens, par le corps médical.

Il existe deux Sociétés de ce genre pour les médecins :

L'*Association des médecins de la Seine* et l'*Association générale* dont la *Société centrale* sert de pivot à de nombreuses Sociétés locales.

Toutes deux sont prospères, admirablement administrées, alimentées par de généreuses offrandes; elles distribuent d'abondants secours et constituent des pensions assez nombreuses.

En ce moment même est en voie de formation une troisième Société, reposant sur des bases plus larges, et qui promettrait à tous ses membres une indemnité quotidienne uniforme et assez importante en cas de maladie, quelle qu'en soit la durée.

On a reproché à ces œuvres de revêtir un caractère trop prononcé de charité ; on a dit qu'elles ne confèrent à leurs adhérents qu'un droit dont la plupart se font scrupule d'user, que ceux-là seuls y recourent qui ne peuvent faire autrement. Il n'en est pas moins vrai qu'elles suffisent à soulager des misères et des infortunes encore trop fréquentes, et que la plupart des médecins peuvent supporter une incapacité de travail temporaire sans s'adresser à elle.

Mais quand il s'agit de l'*infirmité permanente*, il en est bien autrement. Ici le préjudice existe à tous les degrés de l'échelle et pèse lourdement, même sur les plus favorisés de la fortune ; et alors éclate à tous les yeux l'impuissance des Sociétés de secours mutuels. Leur niveau égalitaire, si bienfaisant d'ailleurs, est insuffisant ; leurs ressources, tirées de cotisations uniformes que leur modicité doit mettre à la portée de tous, sont trop limitées; leur action, bornée à des collectivités spéciales et peu nombreuses, est trop incertaine.

Ce qu'il faut au médecin, en pareil cas, c'est une institution lui donnant un droit dont il n'hésitera pas à user, parce qu'il l'aura acheté, lui offrant un contrat librement débattu, un engagement défini dont il fixera d'avance les charges suivant ses ressources, les produits suivant ses besoins ; une institution pouvant donner au praticien de campagne la petite rente viagère destinée à le sauver de la gêne, aussi bien qu'au médecin, au chirurgien parvenu à la renommée, une indemnité se chiffrant au besoin par 6, 8 ou 10 000 francs de rente, et qui, même alors, n'atteindra peut-être pas la limite du dommage causé.

Cette institution ne peut être que ce que les gens du métier appellent l'*assurance à primes fixes;* elle seule peut assouplir ses combinaisons au gré de chacun ; elle seule peut, en embrassant dans son action les classes sociales, les professions les plus diverses, trouver, dans la loi des moyennes, sa sécurité et celle de ses clients ; elle seule

peut, par son mode de constitution, leur donner les garanties nécessaires.

Il y a quelques années, on aurait vainement cherché cette institution; aujourd'hui elle existe. L'*Assurance à primes fixes contre les maladies et les infirmités* a été créée en 1882 par une Société d'assurances déjà bien connue, la *Caisse générale des familles*, établie à Paris, 4, rue de la Paix, et voici sur quelles bases elle repose.

La *Caisse des familles* assure, *en cas d'incapacité de travail permanente par maladie ou accident*, une *rente viagère* pouvant varier, suivant la prime que veut payer le contractant, de 600 à 7200 francs par an.

Elle distingue deux degrés d'incapacité permanente :

L'*incapacité totale*, entraînant l'impossibilité de se livrer à aucun travail, laquelle donne droit à la *totalité* de la rente. Telles sont pour tous les assurés, quelle que soit leur profession, la paralysie, la cécité, la folie, la perte de l'usage de plusieurs membres.

L'*incapacité professionnelle*, obligeant l'assuré à renoncer à sa profession, tout en lui laissant la faculté d'en exercer une autre, par exemple, pour le médecin, la surdité, pour le chirurgien, une mutilation de la main. Ces infirmités partielles donnent droit seulement à la *moitié* de la rente assurée.

La prime annuelle à payer varie suivant la durée du contrat, l'âge de l'assuré, et les risques spéciaux de sa profession; cette prime est en moyenne de 4 à 5 francs par an pour 100 francs de rente.

Ainsi, au jeune docteur de moins de trente-cinq ans, encore au début de sa carrière, la *Caisse générale des familles*, moyennant la prime modique de 44 francs 80 centimes par an, garantit 1200 francs de rente en cas d'incapacité permanente totale par maladie ou accident, ou 600 francs de rente en cas d'incapacité professionnelle seulement.

Le médecin, le chirurgien, déjà arrivé à la célébrité, et se faisant par son seul talent des revenus importants, moyennant un prélèvement de 268 francs 80 centimes seulement sur son gain annuel, s'assurera une rente de 7200 francs pour le cas où une maladie ou un accident le réduirait à l'impuissance totale, ou de 3600 francs si une infirmité partielle l'obligeait à changer de profession.

Enfin pour tout assuré sur la vie, la police maladie-accidents est le complément indispensable de la police vie. Ainsi un médecin, âgé de quarante ans, assuré sur la vie pour 50000 francs, et qui paie par exemple 1500 francs de prime, en ajoutant à ce versement un supplément de 130 francs (c'est-à-dire moins de 10 p. 100) s'assurera une rente de 3000 francs; cette ressource non seulement lui permettra en cas d'infirmité de continuer à payer la prime de son assurance sur la vie, mais encore lui donnera par anticipation l'intérêt à 3 p. 100 du capital que les siens toucheront à sa mort.

On voit combien de services peut rendre l'*Assurance contre les maladies et les infirmités*; et cependant, pour remplir cette mission si étendue, pour faire entrer dans nos mœurs un contrat ignoré jusqu'ici, nous n'avons encore en France qu'une seule Compagnie. Dans l'intérêt de tous, du public assurable comme de la Société à qui revient le mérite de l'initiative, nous appelons de tous nos vœux le moment où d'autres Compagnies la suivront dans la voie qu'elle a tracée.

En attendant ce moment, nous croyons rendre service à nos lecteurs en leur signalant une Société pouvant, par l'*assurance contre la maladie*, combler une lacune importante dans nos institutions économiques, et qui a fait ses preuves en cette matière, puisqu'en quelques années elle a déjà assuré plus de 800000 francs de rente en cas d'infirmité.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Ball.

La perversion sexuelle morbide.

Je vous ai parlé précédemment d'aberrations érotiques qui cotoient la frontière de la folie et la franchissent quelquefois. Mais il ne s'agissait, en somme, que de l'exaltation de penchants naturels et légitimes. Aujourd'hui je vais vous montrer dans la perversion sexuelle d'autres aberrations, d'autant plus caractéristiques qu'elles semblent s'opposer au but que se propose la nature, et tendre plutôt à la destruction qu'à la propagation de l'espèce. Nous abordons une province qui appartient de droit à la médecine légale, car la perversion sexuelle conduit fatalement sur le terrain du crime.

Une des conséquences les plus directes et les plus naturelles de l'amour est le rapprochement des sexes, qui, présidé par un sentiment inné d'attraction et de bienveillance, purifié par la dignité morale, peut devenir la source des instincts les plus nobles et les plus élevés.

Ici, les effets sont tout différents. Le sujet semble n'avoir d'autre désir que celui de torturer, de mutiler, de sacrifier l'objet de sa passion.

Sans remonter jusqu'à l'histoire ancienne, où Cléopâtre faisait tomber la tête de tous ses amants, lorsqu'ils ne s'appelaient pas Jules César ou Antoine, nous trouvons plus près de nous des exemples classiques de *sanguinaires*. Parmi les compagnons d'armes de Jeanne d'Arc était Gilles de Laval, maréchal de Retz, vaillant militaire, mais si connu pour ses débauches qu'en le voyant près de la Pucelle, les soldats disaient : « Voilà le diable qui chevauche à côté de la vierge. » Il figurait à la cour du roi, lorsqu'il se retira tout d'un coup dans son château de Machecoul. Là, il se livrait aux excès les plus honteux et les plus sanglants sur de jeunes garçons et de jeunes filles. Il en sacrifia plus de 800, en quelques années, à sa passion brutale. Mais il fut dénoncé, condamné à mort et exécuté à Nantes. Comme le roi lui demandait pour quel motif il avait quitté si brusquement la Cour, il répondit : « Sire, j'ai quitté la Cour parce que j'éprouvais la tentation de violer et d'occire le Dauphin. » Or le Dauphin devait s'appeler un jour Louis XI. Si le maréchal avait cédé à sa tentation, l'histoire de France aurait été sensiblement modifiée.

Il est un autre personnage plus moderne, légendaire au point de vue qui nous occupe, je veux parler du marquis de Sade, contemporain du premier empire. Sa perversion, qui résidait davantage dans l'imagination, avait donné le jour à la théorie de l'amour sanglant, exposée dans son roman de *Justine*. Cet ouvrage est surtout remarquable par des gravures représentant les scènes les plus excentriques et les plus inattendues : on y voit par exemple une chaîne de pédérastes sans solution de continuité, se livrant à toutes sortes d'évolutions et franchissant un mur. Cependant il ne se contentait pas d'écrire. Aidé de son domestique, il attirait chez lui des femmes qu'il torturait avec volupté. Enfin,

ayant amputé les deux seins à Rose Keller, il fut arrêté. Napoléon intervint, et, devançant de beaucoup la magistrature de son temps, il déclara qu'un homme capable d'avoir formulé de pareilles théories et de les avoir mises en pratique ne pouvait être qu'un halluciné, et il se contenta de le faire enfermer à Bicêtre. Là encore, on entendait cet aimable vieillard discourir avec les aliénés, ses confrères, sur ses anciennes expériences et s'efforcer de les convertir à sa doctrine.

De pareilles tendances peuvent aller jusqu'au cannibalisme et à l'anthropophagie. Un auteur allemand cite le fait d'un homme qui avait eu la moitié de la poitrine mangée par une femme lascive.

Un berger, du nom d'André Pichel, passa aux assises criminelles de l'Allemagne pour avoir violé, tué et coupé en morceaux des petites filles. Il raconta lui-même à l'audience comment il s'y prenait et il ajouta qu'il éprouvait parfois le désir violent d'arracher un morceau de chair et de le manger.

Un vigneron, âgé de vingt-quatre ans, quitta brusquement ses parents sous prétexte de chercher une place. Après avoir erré pendant huit jours dans les bois, il rencontra une petite fille qu'il viola, tua, et non content d'avoir horriblement mutilé ses parties sexuelles, il déchira la poitrine et mangea le cœur. Esquirol, qui a fait l'autopsie de cet homme, a trouvé des adhérences de la pie-mère aux circonvolutions cérébrales déterminant une sorte d'altération, d'inflammation cérébrale. Il existe d'autres observations de méningite dans des cas semblables.

En résumé, les trois caractères fondamentaux de la forme sanguinaire sont : 1° une fureur sexuelle impossible à satisfaire, dont la dérivation se traduit par la férocité ; 2° la négligence et l'indifférence qu'apportent les coupables à cacher et à nier leurs actions monstrueuses ; 3° la présence presque constante à l'autopsie de lésions matérielles, localisées dans certains points particuliers des centres nerveux.

Il existe d'autres passions moins graves que celle-ci quant aux conséquences, mais aussi intéressantes quant aux manifestations. Les *nécrophiles* se distinguent par le goût inconcevable de profaner les tombes. Ces individus éprouvent la passion étrange du cadavre. La mort inspire au commun des hommes une sorte de respect qui n'est pas de la répulsion, mais qui n'est certes pas de l'attraction. Aussi n'y a-t-il qu'une perversion morbide intense qui puisse faire préférer aux chaudes étreintes de l'amour les embrassements glacés de la mort.

Je vous citerai comme premier exemple le sergent Bertrand, qui vivait en 1848. On remarquait au cimetière Montparnasse que des tombes étaient ouvertes et que des cadavres de femmes avaient été l'objet d'outrages inouïs. On exerça pendant longtemps une surveillance active avant de déjouer l'habileté du coupable. Enfin il fut surpris. C'était un sergent en garnison à Paris, jusqu'alors d'une conduite irréprochable et ayant d'excellentes notes dans son régiment. Outre qu'il avait des antécédents héréditaires, il expliqua qu'avant chacune de ses crises de désirs morbides, il éprouvait tous les quinze jours environ de violents maux de tête. Aussi le Conseil de guerre, en le condamnant à un an de prison, voulut-il accorder à la fois une satisfaction à l'opinion publique, en ne prononçant pas l'acquittement, et aux médecins aliénistes, par la légèreté de la peine.

J'ajoute à cette observation le fait récent du cimetière Saint-Ouen, qui est encore présent à toutes les mémoires.

Il s'agit ici d'une perversion si complète de l'appétit sexuel qu'il est impossible que tous les nécrophiles ne soient pas des fous. C'est ce que confirme presque toujours par des antécédents leur arbre généalogique.

Dans l'antiquité, la pédérastie était admise comme une chose très naturelle et presque en honneur. Il est certain qu'elle peut se concilier avec la plus saine raison et la plus brillante intelligence. Aussi voyons-nous Ganymède remplir auprès de Jupiter des fonctions qu'on ne mettrait pas aujourd'hui sur les autels.

Nous avons l'habitude de considérer l'antiquité à travers un prisme. Dans notre admiration pour les grands hommes de Plutarque, nous oublions parfois que le plus vertueux des héros de la Grèce, Épaminondas, se faisait l'amant de ses soldats, et que, lorsqu'il tomba sur le champ de bataille de Mantinée, deux de ses fidèles se passèrent leur épée à travers le corps, de désespoir amoureux.

Le grand Alexandre lui-même n'aimait que les garçons, si bien qu'il fut difficile de lui faire prendre les précautions nécessaires pour perpétuer la gloire de son nom.

Mais ce n'étaient là que les effets du vice, et nous n'avons à nous occuper que de malades. Un exemple célèbre et presque historique est celui du comte C..., rapporté par Casper. Cet homme, d'une des meilleures familles de la Prusse, ayant conservé jusqu'à l'âge de trente-deux ans une chasteté presque absolue, justifia cette parole du grand Frédéric : « L'amour est un dieu perfide, quand on lui résiste en face, il se retourne. » Ayant fondé une société de pédérastes auxquels il écrivait des lettres passionnées et faisait des scènes de jalousie et d'infidélité, il fut poursuivi, jugé, et déclaré malade d'esprit, peut-être un peu grâce aux hautes influences de sa famille.

Les hommes de ma génération se rappellent une association semblable qui florissait à Paris pendant les dernières années du second empire et qui recélait les plus grands noms de France. On avait institué plusieurs sortes de dignité, entr'autres celle de l'archevêque de Paris qui bénissait les mariages. Cette société, longtemps tenue secrète, ne résista pas aux investigations alors très inquiètes de la préfecture de police.

Il y a une distinction à établir entre la pédérastie congénitale et la pédérastie acquise. La première, contemporaine de la naissance, résulte d'un trouble primordial dans le cerveau. La seconde résulte tantôt d'habitudes vicieuses, telles que la débauche ou l'alcoolisme, tantôt de maladies, telles que la paralysie générale chez les vieillards ou les affections des organes génito-urinaires, la cystite en particulier.

La dernière forme de la perversion sexuelle est représentée par les victimes de l'interversion du sens génital.

Numa Numantius, dont le vrai nom est Carl Frédéric Unglingo, haut fonctionnaire hanovrien, a cherché à justifier cette monstruosité par une théorie ingénieuse. Se basant sur cette donnée de certains théologiens que l'âme pénètre dans le corps au quarantième jour de la vie intra-utérine, il suppose qu'il arrive parfois au bon Dieu de commettre une méprise fâcheuse et de laisser tomber une âme de femme sur un corps d'homme. De là ce penchant pour le sexe opposé quant à l'âme, mais identique quant au corps.

En effet, toutes les affections et les aspirations des intervertis se dirigent vers le sexe auquel ils appartiennent. On

n'en connaît en France que deux exemples, l'un rapporté par Legrand du Saulle, l'autre par M. Charcot.

On prétend que les penchants sexuels se développent chez les intervertis d'une façon plus précoce. Ils aiment la toilette, sont très soigneux de leur personne, épilent minutieusement leurs joues, portent des bagues, ont des allures théâtrales, ne passent pas devant un miroir sans se regarder, portent l'affectation jusque dans leur langage, en un mot réunissent toutes les allures féminines. Ce qui ne les empêche pas, souvent, paraît-il, de posséder une haute taille, une chevelure d'un noir de jais, un système pileux bien fourni, une musculature puissante, et des organes génitaux bien constitués. Ils sont donc uniquement victimes d'une malformation cérébrale et non somatique.

Ils ont presque toujours des antécédents héréditaires ou même personnels, tels que des maladies ou des manies, la folie du doute, la manie de compter tous les objets qui tombent sous leurs yeux, de refaire plusieurs fois le même chemin.

Mais ils savent toujours ce qu'ils font. Ils appartiennent à la catégorie nombreuse des fous conscients.

Un caractère capital chez eux, c'est qu'ils ne versent jamais dans la pédérastie qui leur inspire une vive répulsion. Ils se contentent, sinon de sentiments platoniques, du moins d'embrassements et de caresses passionnés.

L'interversion se rencontre aussi chez les femmes dans une proportion moindre. Une dame dont la sœur était maîtresse de pension éprouvait une passion ardente pour quelques-unes des élèves de sa sœur. Elle en arriva à des démonstrations si brutales qu'elle fut arrêtée et mise en prison.

D'après Numa Numantius, la proportion des intervertis serait de 1 sur 500. J'ignore sur quels renseignements il a pu baser cette statistique. Le nombre de cas qui nous sont connus ne dépasse pas une trentaine. Il est vrai que nous ignorons tout ce qui se passe derrière le mur de la vie privée.

J'ai terminé le tableau de la folie érotique en vous traînant sur un terrain raboteux et difficile à traverser. Je tiens à répéter encore une fois que je n'ai pas eu l'intention de satisfaire une curiosité malsaine, mais de vous montrer des manifestations fréquentes de la folie dont la connaissance puisse vous rendre capables de remplir dignement cette fonction d'expert qui vous incombera un jour et qui constitue la plus haute magistrature à laquelle puisse aspirer un médecin.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CALOMEL

Par M. le docteur BALZER.

Jusqu'ici Scarranzio et ses imitateurs ont employé pour ces injections le calomel en suspension dans la glycérine. Ils ont ainsi produit des phlegmons, des abcès. M. Balzer emploie le calomel en suspension dans l'huile de vaseline. Il évite ainsi la douleur et les accidents locaux inflammatoires.

La solution qu'il emploie est la suivante : 5 centigrammes de calomel pour 1 gramme d'huile de vaseline. Avec 40 centigrammes de calomel on peut guérir définitivement la syphilis.

M. Balzer communique l'observation d'une femme enceinte qui était atteinte d'un érythème syphilitique généralisé et de plaques valvaires très douloureuses. Ces accidents résistaient depuis trois mois au traitement habituel. Il fit une première injection de 2 centigrammes 1/2 de calomel, puis une deuxième de 5 centigrammes. Il se produit un peu de tuméfaction inflammatoire au niveau de la piqûre, mais pas d'abcès. Tous les phénomènes syphilitiques disparurent en huit jours. Ce traitement est donc d'une efficacité très réelle et ne présente aucun sérieux inconvénient. Avec quatre injections pratiquées dans l'espace d'un mois, on peut faire disparaître définitivement tous les accidents syphilitiques. Ce qui peut expliquer cette efficacité, même pour les accidents ultérieurs, c'est que deux et trois ans après ces injections, on trouve encore du mercure dans l'urine.

REVUE DE LA PRESSE

L'organisme et l'oxyde de carbone. — Sous le titre de : « Contribution à la question de l'élimination de l'oxyde de carbone par l'organisme animal », M. Zaleski a étudié, à l'Institut de l'Université de Dorpat, les conditions dans lesquelles cette élimination se fait ; il a ainsi trouvé que :

1° L'oxyde de carbone introduit dans la cavité abdominale n'a pas d'effet toxique assez considérable pour causer directement la mort de l'animal.

2° De l'abdomen, cet oxyde est absorbé par le sang comme cela a lieu quand ce gaz est entré par la respiration directe dans les poumons, quoique plus lentement.

3° Introduit dans la cavité abdominale, il apparaît toujours dans les produits de la respiration, si ce n'est en totalité, au moins en grande partie.

4° Le sang saturé d'oxyde de carbone, injecté dans la cavité abdominale, est absorbé de la même manière que le sang normal.

5° L'oxyde de carbone, contenu dans le sang injecté, se mélange au sang du système vasculaire, mais on ne réussit pas dans tous les cas à démontrer sa combinaison avec l'hémoglobine.

6° Dans le cas d'injection dans la cavité abdominale de sang saturé d'oxyde de carbone, il n'est pas possible de retrouver cet oxyde dans les produits de la respiration au moyen du chlorure de palladium. (*Archives slaves de biologie*).

Bronchopneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né. — MM. F. Balzer et A. Grandhomme, ayant eu l'occasion de faire cette année, dans le service de M. Pozzi, à l'hôpital Lourcine, quelques autopsies de morts-nés syphilitiques, ont pu entreprendre un travail de contrôle des recherches faites jusqu'à ce jour par un certain nombre de médecins parmi lesquels il faut citer surtout Lebert, Ranvier, Cornil, Lancereaux, D. Mollière, Parrot.

De ces nouvelles études, il résulte que les lésions syphilitiques, produites comme les autres inflammations par des microbes, ne paraissent conserver de caractères spécifiques que dans leur évolution. En ce qui concerne le poumon, les pneumonies syphilitiques rentrent dans le groupe des bronchopneumonies au même titre que les pneumonies secondaires des maladies infectieuses à évolution aiguë comme la rougeole, ou à évolution chronique comme la tuberculose.

Suivant l'acuité ou l'ancienneté du processus, la syphilis réalise chez le fœtus les principales formes de la bronchopneumonie et les lésions diffèrent d'aspect suivant les degrés d'intensité et de chronicité, suivant aussi la localisation prédominante sur les bronches ou sur le parenchyme pulmonaire. C'est ainsi que MM. Balzer et Grandhonmme distinguent ces bronchopneumonies en :

1° Bronchopneumonies récentes ou peu intenses. Elles comprennent les faits avec congestion pulmonaire ou splénisation, et ceux dans lesquels les lésions ne sont pas apparentes à l'examen microscopique.

2° Bronchopneumonies à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale (forme pseudo-lombaire) à la partie postérieure du poumon. Elles correspondent, pour les lésions, à la forme sub-

aiguë de la bronchopneumonie des autres maladies infectieuses, et se confondent insensiblement avec le type suivant.

3° Bronchopneumonies avec hépatisation blanche sans dilatation des bronches, correspondant à la *carnisation* des autres bronchopneumonies. Elles peuvent aboutir à la dégénérescence fibro-caséeuse ou gommeuse.

4° Bronchopneumonies avec dilatation des bronches.

En résumé on peut dire que la syphilis pulmonaire est identique aux différents âges. Elle réalise, avec des modifications qui lui sont propres, le processus des inflammations bronchopneumoniques commun à toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, rougeole ou diphthérie, tuberculose ou syphilis. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*)

Suture des nerfs à distance. — Les expériences entreprises par M. Georges Assaky sur la suture des nerfs comprend deux séries.

Dans la première, il s'est demandé si, en employant des fils de catgut dans le but de lutter, au moins dans les premiers temps, contre la rétraction élastique des bouts d'un nerf divisé, il ne serait pas possible de réaliser de la sorte un ensemble de conditions mécaniques capables de diriger le mouvement de prolifération. Il a cherché à savoir notamment si ces fragments d'une substance organique, destinée à disparaître par résorption, persistaient néanmoins assez longtemps pour servir de guides, de tuteurs aux jeunes fibrilles qui poussent du centre à la périphérie.

L'expérimentation a pleinement confirmé cette manière de voir.

Dans une autre série d'expériences, au lieu d'employer le catgut, M. Assaky a interposé aux deux bouts, après résection : 1° des fragments de tendons ; 2° un tronçon de trachée ; 3° une languette de muscle strié ; 4° un tronçon de moelle épinière ; 5° des anses de fil de soie phéniquée. Dans tous ces cas, les fibres nerveuses de nouvelle formation ont docilement suivi la voie qu'on leur traçait. (*Archives générales de médecine.*)

Hémichorée. — M. H. Bidon publie un long mémoire sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale dont voici les conclusions :

1° Les affections cérébrales peuvent s'accompagner d'hémichorée.

2° Sous le terme hémichorée il convient d'embrasser toutes les variétés de l'incoordination post-hémiplégique, sauf la trépidation épileptoïde.

3° La nature de la lésion causale est sans importance aucune ; son siège joue au contraire le plus grand rôle.

4° La lésion provocatrice de l'hémichorée doit siéger sur un point quelconque du faisceau pyramidal. Il n'y a pas de centre distinct pour chaque variété d'incoordination.

5° L'incoordination motrice tient à la déséquilibration de l'antagonisme musculaire. L'équilibre est rompu à peu près toujours par la contracture (Brissaud) et quelquefois par la paralysie (Ricoux). (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux.*)

Formule contre le tænia. — M. Thomson recommande le remède suivant :

Chloroforme.	4 grammes.
Sirop de sucre.	35 —

Mêlez ; à prendre en trois doses égales : la première, à sept heures du matin ; la deuxième, à neuf heures, et la troisième à onze heures. A midi le malade avale 35 grammes d'huile de ricin. L'expulsion du tænia est obtenue une heure et demie après l'absorption du purgatif. (*Union médicale.*)

Sclérose des corps caverneux. — A propos d'un travail de M. Mauriac sur cette affection, M. Girard (de Grenoble) publie une petite note, avec observations à l'appui, qui se termine par les conclusions suivantes :

La sclérose des corps caverneux peut se rencontrer *chez tous les sujets*, en dehors de toute cause appréciable, comme la syphilis, la blennorrhagie, l'arthritisme, etc. Sous l'influence d'une vive érection, il peut se produire une déchirure dans les travées fibreuses des corps caverneux. Il y a alors formation d'un petit caillot sanguin, lequel peut se résorber et se résorbe le plus souvent. Mais dans d'autres cas, l'inflammation périphérique a été plus vive et détermine la formation d'un noyau cicatriciel.

L'affection n'est pas incurable et l'auteur a vu, même dans des cas bien nets, deux guérisons sur quatre se produire. Chez les autres qui n'étaient pas encore à la période où la verge se contourne, M. Girard a observé le plus souvent la guérison. Mais, ainsi que l'a dit M. Mauriac, tout traitement est à peu près inutile lorsque la verge commence à se recourber. Or les malades ne consultent jamais avant cette période, et ce n'est que par hasard que l'on découvre, dans leur premier stade, les noyaux des corps caverneux.

Enfin au point de vue anatomo-pathologique, trois terminaisons paraissent possibles : 1° la résorption complète ; 2° la formation d'un tissu cicatriciel ; 3° la formation d'un petit abcès. M. Girard n'admet cette dernière terminaison que par hypothèse. (*Journal de la Société de méd. de l'Isère.*)

Oblitération récente de la trompe d'Eustache. — Cette oblitération n'est pas un fait rare ; elle se présente dans de nombreuses circonstances qui peuvent la rendre plus ou moins grave. Et le traitement indiqué par M. le docteur Vieusse (de Toulouse) en est facile. Il consiste à introduire un cathéter dans ce conduit, opération qui n'offre aucune difficulté. Le cathéter, une fois mis en place, il suffit de deux ou trois coups de soufflet avec une poire en caoutchouc pour chasser l'obstacle qui empêchait l'air de pénétrer dans la caisse. A mesure que l'air arrive dans l'oreille moyenne, la surdité produite par l'oblitération de la trompe diminue. Quelquefois il suffit d'un nombre très restreint de coups de poire pour que l'audition devienne normale, et l'on peut dire sans exagération que la guérison est instantanée. (*Revue méd. de Toulouse.*)

Restauration de la cornée. — Voici le traitement tel que M. le docteur Gillet de Grandmont l'a adopté pour la restauration de la cornée, laquelle, grâce aux progrès de la thérapeutique oculaire, peut être obtenue dans sa presque intégralité ainsi que le rétablissement de la chambre antérieure par le détachement de l'iris d'avec la cornée.

S'il se trouve en présence d'une kératite à hypopion avec sphacèle étendu de la cornée, l'auteur pratique immédiatement la kératotomie de Sœmisch ; il extrait de la chambre antérieure le bourbillon purulent à l'aide de pinces courbes qui sont restées plongées dans une solution de biiodure d'hydrargyre au 1/20000e. Il lave ensuite cette chambre antérieure à l'aide d'une seringue d'Auel munie d'une canule courbe, fine et remplie de la solution biiodurée. Au besoin, le bec de la canule est introduit entre les lèvres et la plaie ; mais le plus souvent cette pratique est inutile, car la cornée est si ramollie que le simple jet de liquide la soulève pour aller *rincer* l'angle irien où séjournait le pus. Le biiodure ne pourrait être remplacé par le bichlorure, parce que ce dernier sel étant éminemment coagulant pour les principes albumineux, l'évacuation du pus et du sang serait à peu près impossible.

Après le lavage de la chambre, les bains de bichlorure d'hydrargyre au 1/2000e sont appliqués toutes les heures, puis toutes les deux heures, au moyen de petites œillères munies, à l'extrémité de la partie qui s'applique sur l'œil, d'un petit réservoir contenant environ 25 grammes de liquide, et qui se trouvent dans le commerce. Cette quantité de liquide semble indispensable à M. Gillet de Grandmont pour un bain de quatre à cinq minutes, pendant lequel, ayant appliqué l'œillère sur les paupières, le malade s'efforce de mettre le globe de l'œil au contact du liquide.

Au bout de quatre à cinq minutes, la cuisson devenant très vive le bain doit être cessé pour être repris une heure ou deux après, suivant la gravité du mal. Dès que la suppuration a diminué, la médication peut être plus espacée. Au bout de huit jours, il faut généralement diminuer la proportion de sublimé à cause de l'irritation qu'il cause ; on a alors recours à une solution à 1/3000e, et

l'on espace encore les bains, en les continuant toutefois jusqu'à cicatrisation complète.

Il est souvent arrivé à l'auteur de ne point mettre de bandeau compressif sur l'œil, quelle que fut la hernie de l'iris, mais simplement un bandeau contentif de compresses imbibées de la solution de bichlorure.

Dès qu'apparaît au niveau de l'angle irien une petite séparation entre la cornée et l'iris, M. Gillet de Grandmont pratique une iridectomie, se réservant si, trop petite pour la vision, elle n'a servi qu'au rétablissement de la communication entre les chambres de l'œil, d'ouvrir ultérieurement une large pupille pour le passage des rayons lumineux. (*Journal de méd. de Paris.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 novembre 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Nogier, en remplacement de M. Tarneau, retraité. — Est maintenu dans son emploi actuel de médecin-chef de l'hôpital d'Hanoï et de la première brigade de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Ferron, en remplacement de M. Nogier, promu. — Est désigné pour le poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Cruzel, en remplacement de M. Goguel, retraité. Est maitenu au 93e régiment d'infanterie. — Bayard, en remplacement de M. Girod de Miserey, retraité. Est désigné pour le 141e d'infanterie. — Jubiot, en remplacement de M. Sifflet, retraité. Est désigné pour le 33e d'artillerie. — Hocquard, en remplacement de M. Géniaux, retraité. Est désigné pour le 6e d'infanterie. — Charroppin, en remplacement de M. Ferron, promu. Est désigné pour le 112e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Prat, en remplacement de M. Mareschal, décédé. Est désigné pour le 63e d'infanterie. — Bodinier, en remplacement de M. Déperet, mis en non-activité pour infirmités temporaires. Est maintenu à la direction du service de santé de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam. — Mickaniewski, en remplacement de M. Joannet, décédé. Est désigné pour le 84e d'infanterie. — Quoquand, en remplacement de M. Sériziat, retraité. Est maintenu au 99e d'infanterie. — Moreau, en remplacement de M. Chouet, retraité. Est maintenu au 75e d'infanterie. — Soulé, en remplacement de M. Cruzel, promu. Est désigné pour le 108e d'infanterie. — Plantié, en remplacement de M. Bayard, promu. Est désigné pour le 29e d'infanterie. — Lagrange, en remplacement de M. Jubiot, promu. Est maintenu au 144e d'infanterie. — Peyret, en remplacement de M. Hocquard, promu. Est désigné pour le 125e d'infanterie. — Janicot, en remplacement de M. Charroppin, promu. Est désigné pour le 90e d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Couette, en remplacement de M. Feuiltaine, mis en réforme. — Est désigné pour le 133e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel en date du 20 mars 1886, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— *Hôpitaux de Nantes.* — A la suite des concours, sont nommés :

Internes. — MM. Obry, Guimbretière, Guibert et Dauly.

Internes provisoires. — MM. Gendron et Bourdon.

Externes. — MM. Monnier, Sureau, Neveu et Allaire.

— *Hôpitaux de Rouen.* — M. le docteur Tinel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Pétel passe à l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Cerné est nommé chirurgien de l'Hospice-Général.

— *École de médecine de Nantes.* — Sont proclamés lauréats :

Élèves en médecine. — Première année : 1er prix, *ex æquo*, MM. Guépin et Monnier; — 2e prix, M. Briauceau; — mention honorable, M. Filandeau.

Deuxième année. — 1er prix, M. Guibert; — 2e prix, M. Voyer — Accessit, M. Joüon.

Troisième année. — Prix : M. Rivet.

Clinique. — 1er prix, M. Rousseau; — 2e prix, M. Bécigneul.

Élèves en pharmacie. — Première année : 1er prix, M. Perron; — accessit, MM. Mocudé et Grias.

Deuxième année. — 1er prix, M. Allaire.

Travaux pratiques. — Première année : 1er prix, M. Perron; — 2e prix, M. Martineau; — Accessit, M. Guilbaud.

Deuxième année. — 1er prix, M. Aynard; — 2e prix, M. Bouliau.

Troisième année. — 1er prix, M. Perrouin; — accessit, M. Challonneau.

— La Société médicale du Panthéon, d'après les expériences microbicides qui ont été faites devant elle, aussi bien que d'après les observations cliniques qui lui ont été présentées, estime que la guérison de la phthisie pulmonaire peut être obtenue par les inhalations balsamiques, calmantes, cicatrisantes et microbicides faites convenablement; mais, afin d'arriver à une certitude absolue, elle propose comme sujet de prix à décerner en 1887 les questions suivantes :

Démontrer expérimentalement que les microbes ou bacilles de la phthisie pulmonaire sont détruits, tués, incapables de vivre et de reproduire.

1° Dans les essences hydrocarburées et les substances médicamenteuses ci-après désignées;

2° Dans l'air atmosphérique saturé de ces mêmes substances à la température de 37 degrés, température du corps humain;

3° Dans le tissu du poumon imprégné de ces mêmes substances.

1° Térébenthine de Venise; — 2° essence de térébenthine; — 3° essence de citron; — 4° essence de menthe; — 5° essence d'anis; — 6° essence d'eucalyptus; — 7° goudron de Norwège; — 8° coaltar; — 9° benzine; — 10° pétrole; — 11° acide phénique; — 12° thymol; — 13° créosote; — 14° pyridine; — 15° terpine; — 16° iodoforme; — 17° iode; — 18° éther; — 19° chloroforme; — 20° teinture d'iode; — 21° teinture de benjoin; — 22° teinture de tolu; — 23° baume du commandeur; — 24° alcool camphré; — 25° soufre et préparations sulfureuses ou toute autre substance qui aurait été employée en inhalation avec succès.

Ce prix sera de la valeur de 1 000 francs.

N. B.— Les mémoires, écrits lisiblement en français, devront être adressés *franco*, avant le 31 octobre 1887, soit au siège de la Société médicale du Panthéon, soit au secrétaire général, M. le docteur Sandras, rue Rambuteau, 24, à Paris.

— M. le docteur Paul Reclus, agrégé, est chargé de suppléer M. le professeur Richet pendant l'année scolaire 1886-1887, dans sa chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Il commencera ses leçons cliniques, dans cet hôpital, le mardi 23 novembre 1886, à neuf heures du matin et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Charles Richet, professeur agrégé, commencera ses conférences de physiologie, le mercredi 24 novembre 1886, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il prendra, pour sujet de ses conférences, la digestion, l'absorption, les sécrétions, la nutrition et la physiologie des muscles.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20307.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Budin a lu, dans cette séance, une note sur la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement. C'est là une question de pratique obstétricale qui a été très discutée dans ces dernières années. Contre les deux complications principales qui peuvent survenir dans ces cas, l'hémorrhagie et la septicémie, on a proposé divers moyens d'intervention, les uns manuels, les autres instrumentaux, dont la nécessité est tout au moins problématique. Avant d'en établir l'opportunité, il eût fallu d'abord démontrer que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents ; en second lieu que les manœuvres proposées ou mises à exécution n'ont aucun danger. Ce sont là les deux points que M. Budin s'est proposé de résoudre dans cette note. Il n'a eu besoin que de recourir à sa propre pratique pour faire à ces deux questions une réponse péremptoire.

Sur un total de 210 cas d'avortement qu'il a observés (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu 26 fois rétention du placenta. Or à la Charité il n'y a pas eu d'hémorrhagie, à la Maternité il y a eu 2 fois une légère hémorrhagie au moment de la délivrance tardive. Les accidents septiques ont été presque nuls. Il n'y a eu qu'un décès, celui d'une femme, entrée à la Maternité avec de la bronchite et de la fièvre, qui est morte de pneumonie après son avortement.

Quant aux manœuvres digitales, instrumentales, elles ont été ou inefficaces ou dangereuses. Différents opérateurs ont constaté des hémorrhagies graves, de l'endométrite, des phlegmons pelviens et même des cas de mort à la suite d'interventions de ce genre.

C'est grâce à l'usage des antiseptiques que la rétention du placenta a été si rarement le point de départ d'accidents et de complications. C'est par l'antiseptie que M. Budin les conjure quand ils viennent à se manifester. On trouvera dans le compte rendu l'exposé de sa méthode et les procédés d'antiseptie qu'il met en usage.

La discussion sur le vinage a continué dans cette séance. MM. Léon Le Fort et Brouardel ont pris la parole, l'un pour combattre, l'autre pour soutenir les conclusions de la commission.

Nous résumerons cette discussion lorsqu'elle sera terminée, ce qui ne peut tarder, vu l'urgence.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

L'aliénation mentale et la médecine légale.

Nous nous trouvons actuellement, nous, les médecins légistes, dans une situation singulière résultant des préjugés qu'on a sur notre compte dans le monde des avocats et des magistrats, à cause de notre méthode d'investigation particulière et très différente de la leur.

L'acte, en lui-même, entre pour peu dans notre opinion, tandis que, pour le juge, l'acte est tout avec les antécédents judiciaires dont il tient compte aussi. Pour nous, au contraire, il n'importe pas tant de savoir quel acte a été commis, mais quel homme a commis cet acte.

Un individu semble, par ses réponses, suspect au juge d'instruction au point de vue intellectuel et celui-ci nous commet pour savoir si la responsabilité existe chez lui.

Vous me demanderez peut-être à ce propos une définition de la folie. Je me garderai bien, à l'exemple de Lasègue, de vous en donner une. Il y a longtemps qu'on a essayé. Les uns l'ont considérée comme une manifestation du génie, d'autres sont restés à côté du génie. Toujours est-il que depuis qu'on ne regarde plus l'intelligence humaine comme une unité, depuis les localisations cérébrales qui ont amené une espèce de dislocation des facultés intellectuelles, la définition exacte de la folie n'est pas devenue facile, et il est probable qu'elle sera toujours impossible.

Remarquez, du reste, que les juges ne demandent pas si un homme est aliéné, mais s'il est responsable. Et vous trouverez dans leur formule une sorte de diagnostic obligé qui vous embarrassera souvent beaucoup. En effet, on n'ose même pas se prononcer et dire qu'un inculpé est atteint de folie avec une épithète, parce que s'il est maniaque aujourd'hui par exemple, après quelques jours d'incarcération à l'asile il sera devenu mélancolique.

C'est un fou à forme circulaire.

Vous voyez déjà là une grande difficulté. Il y en a une autre qui pèse lourdement parfois sur les conclusions à donner : c'est celle qui se présente quand on a affaire à des malades ayant des accès avec intervalles de santé. Je prends

comme exemple l'exaltation religieuse, cette hallucination des yeux et de l'ouïe qui fait voir et entendre des chœurs de séraphins et autres spectacles célestes. Elle se rencontre fréquemment chez les jeunes filles de seize à dix-huit ans, qui guérissent presque toutes au bout d'un certain temps. Chez presque toutes aussi l'hallucination réapparaît au moment de la ménopause sous forme mélancolique avec tendance au suicide. Ce qui n'empêche pas ces femmes-là d'être, entre les deux crises, de très bonnes épouses et d'excellentes mères de famille.

D'un autre côté, les accès sont souvent plus rapprochés. C'est ainsi qu'ils peuvent se produire d'une façon très variée, tous les jours, tous les mois, tous les ans, etc., en même temps qu'une crise d'épilepsie. Lasègue a gardé en prévention à Mazas, pendant dix-huit mois, un maçon, qui descendait un matin le boulevard Sébastopol en mangeant une tartine de pain et de fromage avec un couteau ; il accoste un bon bourgeois qui passait, lui lance un coup de couteau en plein cœur et le tue. Évidemment cet homme avait dû agir sous une influence épileptique. En effet, après dix-huit mois d'incarcération, il a cherché un beau matin à étrangler son camarade de chambre et, dans sa fureur, il est parvenu à dépaver les carreaux de sa cellule. Ceux d'entre vous qui ont été à Mazas, — comme visiteurs, — peuvent apprécier la peine qu'il a dû se donner. Eh ! bien, Lasègue avait dit : « C'est un épileptique, nous le saurons un jour, attendons. » C'était pour lui le seul moyen de le sauver.

Supposons qu'entre ses accès cet homme ait commis un vol. Aura-t-il été responsable ? C'est là une distinction très difficile à faire. Même dans les intervalles de santé apparente, l'état mental est-il absolument sain ? L'affirmer serait se mettre dans la position d'un médecin qui dirait qu'un enfant qui a la coqueluche est bien portant entre les quintes. Mais jusqu'à quel point cet état morbide pèse-t-il sur la responsabilité ? Nous ne pouvons faire là-dessus que des conjectures.

Vous avez entendu parler du délire partiel qu'on appelait autrefois monomanie. Prenez un individu ayant le délire des persécutions où le danger commence quand telle personne est visée directement par l'aliéné comme son persécuteur. Devrons-nous conclure à l'immunité sur tous les autres points de sa conduite ?

Une femme avait une hallucination qui lui faisait entendre ses voisins l'injurier continuellement à travers la muraille ; les voisins changeaient, mais c'était toujours la même persécution. Supposons que cette femme ait commis un vol à un étalage. Aurait-elle été complètement responsable ? Il est très difficile de le dire; mais quoique l'acte commis ne rentre pas dans le sillon de son délire, il est probable que sa responsabilité aurait été atténuée.

Ne parlez pourtant pas en cour d'assises de responsabilité atténuée. Le président vous demanderait ce que c'est, et il vous dirait que la responsabilité ne se mesure pas. Pour lui, c'est une chose une et entière. C'est donc une formule à éviter, et il vaut mieux dire que la maladie a affaibli l'intelligence de l'inculpé et lui a rendu moins facile le discernement.

Certains états prodromiques nous donnent souvent l'occasion de heurter la conscience publique par nos affirmations. Je veux parler des cas où nous nous trouvons en présence d'une maladie cérébrale en voie d'évolution. Combien de fois alors le malade n'offre aucun symptôme apparent, n'indique aucune tare, a une vie régulière. Ce sont parfois des comptables ne se trompant jamais. Et pourtant il y a longtemps qu'on l'a dit, de ce qu'un homme soit capable de raisonner, il n'est pas prouvé qu'il soit raisonnable. Ces malheureux semblent dépenser leur dernier reste d'intelligence à l'accomplissement de faits délictueux.

Dans ces cas difficiles, le vrai réactif est, selon moi, le caractère de l'individu. Si vous interrogez la famille et les proches, on vous dira : « Ce n'était plus le même homme, il était devenu colère, il donnait des coups de pied à son chien qu'il aimait autrefois, il était devenu difficile pour la nourriture qui lui semblait jadis indifférente. » Et vous dites alors à la famille : « Surveillez votre malade si vous ne voulez pas être obligés de le conduire dans une maison de santé ; méfiez-vous, car il pourrait avoir une congestion subite qui le déterminerait à des actes capables de compromettre gravement l'honneur et la fortune des siens. » Généralement, ce dernier point les touche assez.

Un président à la cour des comptes s'arrête à Tarbes, venant directement de Paris ; il entre successivement dans trois boutiques de bourrelier et dans chacune demande au patron de lui acheter son fonds. Celui-ci très étonné commence par dire qu'il ne veut pas le vendre, mais, sur des offres très élevées, il cède et conclut le marché, ainsi dans les trois boutiques. Il en est résulté des procès, car ce président n'ayant pour toute fortune que ses appointements de la cour des comptes était, dans tous les cas, dans l'impossibilité de payer. Évidemment il avait obéi à une impulsion délirante, et pourtant, la veille encore, il avait présidé la séance de la cour des comptes, et ses collègues n'avaient soupçonné aucun dérangement dans son état mental.

Il ne s'agissait ici que d'une affaire civile, mais lorsque l'acte est délictueux, le diagnostic est autrement embarrassant. Supposez que ce président ait commis un attentat à la pudeur. Il faut alors que le médecin légiste *ait le nez fin*, comme on dit dans le peuple, car la famille ne pense, en pareil cas, qu'à tromper l'expert en exagérant les moindres bizarreries de leur parent. afin de le faire passer pour fou, et il est presque impossible d'asseoir le diagnostic sur des faits certains. D'autre part, s'il y a non-lieu et que le malade soit conduit dans un asile, il arrive fréquemment qu'avec le calme et la vie régulière, tous les caractères d'aliénation disparaissent avec rapidité. Si bien qu'un jour MM. Blanche et Motet, allant à Sainte-Anne à la recherche d'un inculpé qui y était entré dans ces conditions la veille, ne le trouvèrent plus : le directeur ne le croyant pas malade l'avait renvoyé le matin même.

De même, les alcooliques et ceux qui sont prédisposés à la folie, ne peuvent pas supporter l'alcool qui les met dans un état d'excitation tel qu'ils cassent tout dans le poste quand ils y sont conduits ; mais, dès qu'ils arrivent à l'asile, l'alcool est éliminé peu à peu, et, après un court séjour, il ne reste plus trace de leur premier état. Aussi le médecin aliéniste qui les voit alors a-t-il tout un passé à reconstituer.

Vous voyez que les expériences médico-légales de ce genre sont bien plus difficiles que celles que je vous montre à la Morgue. De plus, vous comprenez que notre dissentiment avec la magistrature vient un peu de ce que nous empruntons nos renseignements à la vie antérieure d'un homme, contrairement à ce que font les juges. Il n'en est pas moins vrai qu'il s'est fait en France depuis quelques

années un progrès considérable relativement au terrain que la magistrature accorde à l'aliénation mentale.

On n'a pas oublié l'histoire de Papavoine, ce bon bourgeois qui, tout en se promenant un jour dans le bois de Vincennes, tue deux petites filles en train de jouer sur l'herbe, pendant que leur gouvernante se sauvait. Certainement, il avait agi sous l'empire d'une impulsion. Ce qui n'empêche pas qu'il a été exécuté.

Je tiens à vous parler, pour vous mettre en garde contre elles, des opinions dont mon ami Lacassagne (de Lyon) s'est fait l'apôtre.

Ce sont les opinions de l'école italienne qui prétend qu'il n'y a pas de criminels parce que tous les auteurs de crimes présentent des malformations du cerveau qui ont déterminé forcément leur conduite. Ainsi, Morel a fait observer que, dans les asiles d'aliénés, beaucoup d'individus offrent des oreilles mal ourlées, asymétriques, situées plus bas qu'à l'ordinaire, la voûte palatine en ogive, etc. « Allez dans les prisons, ajoutait-il, vous observerez les mêmes phénomènes. »

Eh! bien, je me suis amusé depuis plusieurs années à observer les oreilles de mes amis et connaissances, et j'ai pu constater que ces phénomènes sont assez communs dans le monde, moins, il est vrai, que dans les asiles et les prisons, mais j'en ai eu des exemples fréquents, voire même chez quelques-uns de mes collègues. Ce sont donc des signes pathologiques qui peuvent mettre sur la voie, mais qui ne sont pas caractéristiques.

M. Lasègue avait cru remarquer, chez les adolescents épileptiques, une saillie de la bosse frontale gauche et une rentrée de l'os malaire droit, d'où résultait une déviation de la face. Or, quand on la cherche, on la trouve chez d'autres que chez des épileptiques. Encore une fois, ces signes n'ont pas de valeur caractéristique.

Sans doute, il y a une part de vrai dans ces théories, mais, avant de les admettre, nous devons les faire passer à un crible sévère. Et surtout il y aurait maladresse de notre part à les proclamer aujourd'hui, parce que nous ferions sombrer du même coup toutes les conquêtes que nous avons faites dans le domaine de la justice depuis trente ou quarante ans. Aussi je vous demande de ne pas vous laisser entraîner. A l'heure qu'il est, vous ne ferez jamais comprendre à quelqu'un qui n'appartient pas à une médecine et à une science que je dirai exclusives, que vous pouvez augurer un trouble intérieur par un signe physique et extérieur excluant la responsabilité.

Pourquoi sommes-nous en ce moment en suspicion vis-à-vis du public et en dissentiment avec la magistrature? En province surtout, lorsque vous êtes appelés à faire une autopsie, vous vous trouvez dans des conditions déplorables, obligés souvent d'opérer sur le bord de la fosse et d'opérer seuls, dans l'impossibilité de prendre des notes.

Quelquefois, lorsqu'il s'agit d'un enfant mutilé, si vous découvriez en présence de témoins certaines lésions épouvantables, et si la mère était présente, la mère serait déchirée. Mais au bout de deux ou trois mois, on a déjà tout oublié et on plaint communément cette femme, on l'excuse même en raison de sa jeunesse et de sa passion. Et quand alors vous vous présentez pour dire que vous avez vu la victime et pour accuser la coupable, l'avocat vous prend en horreur parce que vous lui faites perdre parfois une cause dont le gain lui était assuré. Et on dit que nous sommes toujours avec l'accusation.

Je veux réfuter cette assertion et vous l'expliquer. Si la culpabilité n'est pas démontrée par nous, l'affaire est classée et il y a non-lieu. Dans le cas contraire, l'inculpation se poursuit. C'est pourquoi nous sommes toujours, par la force des choses, avec le procureur de la République.

Nous avons cherché, MM. Descouts, Vibert et moi, à établir la statistique des cas dans lesquels nous avons été appelés en expertise; or, il s'est trouvé que, sur un tiers, nous n'avons pas démontré la culpabilité, et, dans les attentats à la pudeur, sur les deux tiers nous avons été contraires à l'accusation.

C'est en partie de cette légende de férocité qu'est né le projet de réforme du code d'instruction criminelle.

Mais on nous reproche encore de voir des aliénés partout, et ainsi d'être partiaux dans un autre sens. Cette inculpation vient des magistrats qui nous savent mauvais gré de ce que notre dossier ne correspond pas absolument à celui du juge d'instruction, et qui nous accusent : 1° de partialité envers les soi-disant aliénés que nous disons tels pour les faire échapper à la loi; 2° de séquestration arbitraire envers ces mêmes individus que nous faisons incarcérer injustement dans les asiles. De là le projet de réforme de la loi des aliénés du 30 juin 1838.

Que ces faits vous prêchent la plus grande prudence, car un tapage maladroit pourrait rendre les projets de loi bien plus contraires aux intérêts des aliénés, que nous devons soutenir, puisque ce sont des malades.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Syphilides muqueuses (1).

III

Nous avons étudié, dans nos deux précédentes leçons, les deux premières formes que peuvent revêtir les syphilides muqueuses, c'est-à-dire les syphilides érosives et les syphilides papulo-érosives; il nous reste aujourd'hui, pour notre dernière conférence de l'année, à traiter de la troisième forme, c'est-à-dire de la syphilide papulo-hypertrophique.

La syphilide papulo-hypertrophique n'est, à vrai dire, qu'une variété de la forme précédente, mais une variété s'élevant au rang d'une forme spéciale, par l'exagération de ses caractères et par l'importance qu'elle acquiert comme lésion. C'est la forme précédente exagérée, résultant de l'ampliation gigantesque d'une lésion papuleuse aboutissant, par l'hypertrophie considérable de ses éléments, à constituer de véritables tumeurs. Quelques mots suffiront donc sur cette forme, dont les principaux caractères nous sont déjà connus par ce qui précède.

Voyons tout d'abord comment et sous quelle influence se produit le passage de la simple papule à la papule hypertrophique.

Comme étiologie, nous trouvons une cause unique pour présider à cette transformation, à savoir l'incurie, l'incurie chronique, incroyable, bestiale de certains malades; en d'autres termes, le défaut de traitement, de pansement et d'hygiène, la malpropreté, la saleté poussée à sa dernière puissance. Jamais, au grand jamais on ne rencontre cette immonde lésion, la syphilide muqueuse papulo-hypertro-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1082.

phique chez les individus qui se soignent, qui ont souci d'eux-mêmes, car la papule muqueuse, pourvu qu'elle soit soumise aux moindres soins, ne demande qu'à rétrocéder, qu'à se résoudre. Aussi, je le répète avec insistance, vous ne rencontrerez ces lésions que chez les sujets des classes inférieures, chez la femme spécialement, chez celle que l'ignorance, l'abrutissement, la débauche, l'ivrognerie, la misère, abaissent au dernier échelon de la dégradation physique, ou bien encore chez certaines malades qu'une pudeur ou mieux qu'une pruderie ridicule conduit à ne consulter de médecin qu'à la dernière extrémité.

Mais, cliniquement, comment cette lésion se présente-t-elle? La papule hypertrophique, avons-nous dit, n'est qu'une papule amplifiée, une papule devenue gigantesque, tubéreuse, exubérante, se présentant sous la forme d'un gros mamelon muqueux, de relief hémisphérique, plus ou moins large à sa base, sous la forme de tumeurs plus ou moins volumineuses, sessiles de base, constituant des masses rougeâtres et bourgeonnantes qui rappellent à la fois la physionomie de la papule et celle de la végétation : du choufleur vulgaire. Les plus petites sont grosses comme un pois ou un haricot, les plus volumineuses comme une cerise.

Il est assez rare qu'une papule isolée subisse cette déviation hypertrophique; le plus souvent ce sont des papules multiples et agminées qui constituent la syphilis hypertrophique. Et alors, ces papules agminées, en s'hypertrophiant, forment des nappes muqueuses hypertrophiques, c'est-à-dire de véritables tumeurs muqueuses offrant le volume d'une fève, d'une datte, quelquefois même d'un chapeau de champignon. On en a vu de plus larges encore, mesurant 3, 4, 6, 8 centimètres de diamètre transverse sur une hauteur de 3, 4, 5, 6 millimètres, c'est-à-dire constituant de véritables nappes muqueuses hypertrophiques.

Si l'on examine la surface de ces lésions, on la trouve rougeâtre ou plus souvent d'un rouge vineux, lorsqu'elle a été irritée, enflammée. Elle est, de plus, grenue, inégale, muriforme, fendillée et souvent parcourue par des sillons ulcéreux. Cette surface est érosive, souvent même excoriée ou ulcérée en certains points. J'ajoute enfin qu'elle sécrète abondamment une humeur sanieuse, séro-purulente, comme blennorrhoïde, fétide, nauséeuse, quelquefois suffocante.

Parfois elle se recouvre partiellement de croûtes. Quelquefois aussi elle s'ulcère profondément par places et présente çà et là des anfractuosités inégales, baignées de pus, diphthéroïdes et du plus mauvais aspect.

Ce développement hypertrophique des papules muqueuses, indolent par lui-même au début, ne tarde pas à développer aussi des phénomènes d'irritation périphérique : rougeur des tissus, intertrigo, érosion avec écoulement blennorrhoïde d'une fétidité extraordinaire, œdème, quelquefois même de petits phlegmons ou de la rougeur érysipélateuse. De vives douleurs se manifestent alors, rendant la marche pénible, la station même presque impossible.

C'est ainsi que nous voyons certaines malades arriver ici se traînant beaucoup plutôt que marchant et dans l'état le plus pitoyable, le plus hideux qu'on puisse imaginer, ayant la vulve, les plis génitaux cruraux, le périnée, les aines, la marge de l'anus couverts d'énormes masses éléphantiasiques, enflammées, ulcérées, suppurant très abondamment, entourées d'un cercle érysipélateux qui, d'une part, remonte jusqu'aux aines et de l'autre redescend jusqu'au milieu des cuisses, enfin qui répandent une odeur effroyable capable d'infecter à elle seule toute une salle.

On ne comprend pas comment des êtres humains peuvent en arriver à cet état épouvantable; on comprend moins encore peut-être comment le seul fait de l'incurie peut y conduire.

Hideuses et effroyables d'aspect, ces lésions cependant sont des plus bénignes et des plus simples à guérir, présentant ainsi le contraste le plus singulier entre la gravité apparente et la résolution facile.

Certes, en les voyant, le médecin qui n'est pas habitué à constater de pareils phénomènes serait autorisé à croire que ces tumeurs éléphantiasiques doivent réclamer un traitement très actif, une intervention énergique, pour en obtenir la répression. On pourrait croire qu'une opération chirurgicale peut seule débarrasser les malades, qu'il faut ou exciser ces tumeurs ou les attaquer par un caustique violent capable de les détruire. Eh bien, il n'en est rien et c'est là que l'expérience vient contredire ce que l'induction théorique permettrait de supposer.

Si donc vous ordonnez simplement le repos, des bains répétés, un pansement très simple, tel que celui qu'on emploie pour la simple papule, tout d'abord vous verrez la suppuration diminuer et se tarir, l'horrible fétidité disparaître, les phénomènes d'inflammation périphérique se calmer comme par enchantement, les douleurs cesser et les tumeurs se dessécher. Vingt-quatre à quarante-huit heures suffiront à obtenir ce premier résultat et à soulager presque complètement les malades.

Puis quelques jours ne se seront pas écoulés que déjà les masses bourgeonnantes commenceront à s'affaisser, à diminuer de volume, à s'atrophier. Après quoi elles continueront *à se résorber* véritablement, sans que rien s'en détache, s'en élimine. Elles s'atrophieront par un travail intime qui, molécule à molécule, en opère le retrait. Elles rentrent ainsi sous terre, pour ainsi dire.

Quelquefois cette résorption est assez lente, surtout quand il s'agit de grosses tumeurs. Je crois qu'il est avantageux alors d'intervenir par quelques cautérisations au nitrate d'argent ou par quelques badigeonnages de teinture d'iode. Et, finalement, après un temps plus ou moins long, et surtout sans la moindre intervention chirurgicale, ces énormes masses disparaîtront complètement sans laisser, je ne dirai pas de cicatrices, mais même de traces, de stigmates de leur passage sur les téguments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Tillot qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant correspondant national;

2° Des lettres de candidature de MM. Magitot, Félix Brémond et Maumené, pour la place vacante dans la classe des associés libres; de M. Henri Moissan, pour la section de pharmacie; de M. Nicolas (Ad.), au titre de correspondant;

3° Une lettre de M. le docteur Pugibert, qui adresse un rapport et deux listes au sujet de vaccinations pratiquées dans les communes mixtes de Sédrata et Ouni-el-Bonagki. (Comm. de vaccine.)

LECTURE

Rétention du placenta après avortement. — M. BUDIN donne lecture d'un travail ayant pour titre : « De la conduite à

tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement. »

M. Budin résume son travail en ces termes :

D'une part, contrairement à l'opinion admise par certains auteurs, la rétention des annexes du fœtus dans l'avortement n'est que rarement le point de départ de complications, si l'on a recours aux antiseptiques. D'autre part, les diverses méthodes d'intervention qui ont été conseillées et mises en pratique sont les unes insuffisantes, les autres dangereuses. En conséquence, nous ne voyons pas qu'il soit nécessaire d'intervenir, lorsque, l'embryon ayant été expulsé, le placenta reste dans la cavité utérine. On se bornera à faire, deux ou trois fois par jour, des toilettes et des injections vaginales antiseptiques. Mais s'il survient des complications, des hémorrhagies graves ou des phénomènes de septicémie, soit parce qu'aucune précaution antiseptique n'a été prise, soit parce que des tentatives infructueuses ont été faites pour extraire l'arrière-faix, que convient-il de faire?

Contre l'hémorrhagie grave, le tamponnement fait avec des matières trempées dans une solution antiseptique (acide phénique ou sublimé), est le moyen par excellence, le seul véritablement efficace. S'il existe des phénomènes de septicémie au début, des injections vaginales antiseptiques seront pratiquées toutes les deux heures ou toutes les heures.

Si les symptômes d'infection sont plus graves ou si les accidents ne cèdent pas rapidement aux injections vaginales sérieusement faites, on doit recourir aux injections antiseptiques intra-utérines (solution de sublimé à 1 p. 2000 ou pour 3000 ou solution phéniquée à 2 ou 3 p. 100).

Il faut, en pratiquant ces lavages intra-utérins, veiller à ce qu'aucun obstacle ne s'oppose à la sortie des liquides d'injection. Cette sortie est parfaitement assurée avec la sonde à canal en forme de fer à cheval.

On ne doit pas négliger le traitement général, et on insistera en particulier sur l'emploi du sulfate de quinine. (Le travail de M. Budin est renvoyé à l'examen de MM. Blot et Tarnier.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE VINAGE

M. JAVAL demande la parole pour une motion d'ordre. Il craint que l'Académie, si elle ne se hâte de terminer la discussion sur ce sujet, n'arrive pas à temps pour faire connaître son opinion avant le vote de la Chambre des députés, qui ne va pas tarder à avoir lieu. Il engage, en conséquence, ses collègues à se hâter.

M. LÉON LE FORT n'examine que la première conclusion. Nous reconnaissons tous, dit-il, que l'ivrognerie a augmenté depuis seize ans dans de notables proportions; l'alcoolisme a augmenté dans des proportions plus grandes encore. Tous nous croyons pouvoir attribuer ce fléau à l'abus du vinage, à l'emploi de plus en plus fréquent de vins survinés, suralcoolisés avec des alcools de mauvaise qualité. Nous savons que d'énormes quantités de vins étrangers, d'abord additionnés d'eau, puis rechargés d'alcool, traversent nos lignes de douane ; nous savons que sur notre territoire de nouveaux dédoublements se pratiquent encore et qu'on livre aux consommateurs un liquide coloré qui n'est plus du vin, mais une eau vineuse chargée d'alcool le plus souvent de mauvaise qualité, véritable poison. Tous, nous sommes d'accord sur la nécessité de signaler et de réprimer cette pratique : mais quand nous voulons formuler nos vœux, nous ne pouvons aboutir qu'à des conclusions qui sont passibles des plus sérieuses objections.

C'est que la discussion est mal engagée. Nous nous sommes placés sur un terrain qui n'est pas le nôtre. Même sur le terrain scientifique, où nous devrions rester, nous nous heurtons à des difficultés. Nous voulons arrêter la fraude, et c'est à peine si nous avons les moyens de la constater.

Pour parer à cette impuissance relative, on est entraîné à des mesures extrêmes, la suppression du vinage. Soyons circonspects. Signalons le mal et n'indiquons que les remèdes qui sont de notre compétence.

C'est dans cet esprit que M. Le Fort examine la première conclusion.

Cette conclusion se compose de deux parties distinctes : la première est absolument nette et précise, mais elle est fausse et compromet l'autorité de l'Académie, car il est impossible de soutenir que le vinage, pratiqué dans de faibles proportions et avec de l'alcool pur, soit nuisible à la santé. Il y a en parallèle deux variétés de vinage, l'un honnête, nécessaire, sans danger, qu'il faut respecter; l'autre malhonnête, dangereux, qu'il faut proscrire. La commission, cependant, les réunit tous deux dans une proscription absolue, c'est ce que je ne puis accepter.

Ici M. Le Fort, rappelant les conclusions du rapport du comité consultatif d'hygiène en 1870 et celles qu'elle a votées elle-même à la même époque, se demande si l'Académie peut, en 1886, adopter une conclusion opposée.

La deuxième partie de la conclusion a l'inconvénient d'amener l'Académie à se prononcer sur des questions techniques qui ne sont pas de son ressort, à donner la préférence à certains procédés de fabrication sur lesquels les viticulteurs sont loin d'être d'accord.

M. Le Fort termine en ces termes :

Deux faits importants ressortent de cette discussion. L'un, signalé par M. Dujardin-Beaumetz et qui frappera vivement l'attention des législateurs, c'est que l'ivrognerie résulte surtout de l'abus du vin et des spiritueux, l'alcoolisme est surtout le résultat de l'abus et même de l'emploi quelque peu exagéré d'alcools de mauvaise nature. L'autre, c'est que si la science constate difficilement l'impureté de l'alcool mélangé au vin, il est au contraire facile de reconnaître si l'alcool en nature n'est pas absolument pur.

Voici la conclusion qu'il propose :

Le vinage dans la proportion maximum de 2 à 3 p. 100 d'alcool, pratiqué dans le but d'assurer la conservation ou de permettre le transport des vins, ne saurait, au point de vue de l'hygiène, être regardé comme nuisible, pourvu que l'alcool employé soit absolument pur.

Il n'en est pas de même lorsque le vinage, tel qu'on le pratique trop souvent aujourd'hui, a pour effet de suralcooliser les vins soit pour frauder, soit pour permettre le dédoublement ultérieur des vins par le mouillage.

C'est alors une véritable falsification nuisible à la santé publique, et le danger devient plus grand encore lorsque l'alcool ajouté au vin est insuffisamment rectifié.

Cette falsification doit être énergiquement réprimée, et l'Académie appelle vivement sur ce point l'attention des pouvoirs publics.

M. BROUARDEL dit que malgré les progrès de la distillerie, il ne saurait se ranger à l'opinion des orateurs qui ont soutenu la cause du vinage, puisque, d'une part, l'augmentation de la consommation d'un alcool, même pur, à doses journalières répétées, n'est pas sans inconvénients; puisque, d'autre part, rien ne garantit que le vinage se fera avec ces alcools bien rectifiés, surtout quand on pense que le bénéfice du commerce est de vendre où nous n'avons aucun contrôle.

De plus, les faits cliniques suffisent à prouver aux médecins que les accidents de l'alcoolisme se manifestent de plus en plus, même chez des personnes qui ne font pas d'excès alcooliques et qui ne boivent que du vin.

Enfin on ne peut dire que le mouillage, conséquence obligée du vinage, soit non nuisible pour la santé publique. Il substitue à un produit alimentaire tout ou partie de ses propriétés alibiles. Il altère le produit mis à la disposition du consommateur au grand détriment de ses fonctions digestives et de sa santé générale.

Pour ces diverses raisons, M. Brouardel espère que l'Académie votera la première conclusion de la commission. En l'adoptant, l'Académie sait qu'elle n'aura pas fait cesser les ravages de l'alcoolisme en France, les plus sages conseils ne pouvant rien sur l'alcoolisme volontaire; mais elle doit signaler à l'attention des pouvoirs publics cet alcoolisme inconscient, clandestin, qui existe déjà, et instituerait un véritable danger pour la population si on autorisait le vinage dans les conditions proposées.

En signalant le péril, l'Académie aura fait son devoir.

M. ROCHARD demande la parole. Mais, vu l'heure avancée, la parole lui est réservée pour la séance prochaine.

A 4 h. 3/4, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Après les éclaircissements si lucides donnés par M. le professeur Trélat dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 novembre sur les fractures du fémur traitées par l'extension automatique continue, nous avions pensé que la lumière était faite et que c'était bien à Fabrice de Hilden qu'il fallait attribuer l'invention de l'appareil aujourd'hui si disputé.

Mais non, car voici que M. le professeur Tillaux, tout en reconnaissant l'ingénieuse idée du grand chirurgien, revendique la priorité de l'application de ces principes, et il cite à l'appui de ses prétentions la thèse qu'il fit soutenir sur ce sujet : *Traitement des fractures du fémur, etc., par l'appareil de M. Tillaux, qui n'existait pas dans Paris avant* 1881.

Il se peut que cet appareil n'existât pas à Paris; mais en province, n'était-il pas connu? Et l'on s'étonne que, dans un journal aussi répandu que la *Gazette des hôpitaux*, où nous avons publié plusieurs observations de fractures du fémur traitées par ce moyen de déligation (*Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 138; 1880, p. 155; 1882, pp. 710, 924), on n'ait pas fait mention de ce traitement employé depuis vingt-trois ans.

Si nous n'avons rien trouvé, si nous n'avons inventé que ce que nous avions oublié, nous revendiquons cependant la priorité de l'application des principes posés par Fabrice de Hilden, que nous ignorions complètement à cette époque.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués avec mes remercîments anticipés.

Poussay (Vosges), 20 novembre 1886.

SONRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 novembre 1886, M. Peter, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à la même Faculté.

— Par décret, en date du 13 novembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Dive, Vermeil, Aubeau, Féré, Piogey, Quenu, Benard, Gauchas, Galy-Briulat, Stackler, Galliard, Gibard, Deniau, Doléris, Jousset, Desnos, Petit, Duplaix, Broussin, Mabit, Planteau, Ramonat, Guerrier, Gautiez, Klein, Du Périer, Rigaud, Pouget, Maris, Havage, De Lapersonne, Routier, Barth, Bar, Brochard-Rigaud, Dubousquet-Laborderie, Barette, Codet de Boisse, Vivien, Michaux, De Langenhagen, Karth, Fournier et Brocq.

— Par décret, en date du 22 novembre 1886, M. le docteur Seguy, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Par décrets, en date du 22 novembre 1886, M. Lescœur, professeur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de chimie minérale et toxicologie à la même Faculté.

M. Gaulard, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et accouchements à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Grasset, professeur de thérapeutique et matière médicale, à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

M. Delage, professeur de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparées à la Faculté des sciences de Paris.

M. Charbonnel-Salle, docteur ès-sciences, est nommé professeur de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon.

M. Hurion, professeur de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physique de la Faculté des sciences de Clermont.

M. Forquignon, docteur ès-sciences, chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Dijon, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

— *École de médecine de Reims.* — Ont été proclamés lauréats :

Élèves en médecine. — Première année : médaille de bronze, M. Mouflier. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Philippoteau. — Troisième année : médaille d'argent, M. Robin.

Élèves en pharmacie. — Première année : médaille de bronze, M. Collet; mention honorable, *ex æquo*, MM. Lelarge et Ponsier. — Deuxième année : médailles d'argent, MM. Génot et Martin; mention honorable, M. Raquin. — Troisième année : médaille d'argent, M. Karger.

Travaux pratiques : médaille d'argent, M. Génot; médaille de bronze, *ex æquo*, MM. Solus et Martin; mention honorable, *ex æquo*, MM. Raquin et Malmy.

Prix Duquenelle : M. Karger. — Prix Simon-Tarbé : MM. Vassal et Robin; — Prix du cours de sages-femmes : médaille de bronze, Mlle Ouriet; mention honorable, *ex æquo*, Mlles Cornuel et Namur.

— M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le jeudi 25 novembre 1886, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de cet hôpital.

Il s'occupera spécialement, dans les leçons de cette année, de la cure du pied-bot et des résections orthopédiques.

— M. le docteur Budin, professeur agrégé, commencera ses conférences d'obstétrique, jeudi prochain 25 novembre 1886, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera de la grossesse normale, de l'accouchement naturel et des opérations obstétricales.

— M. le docteur Richelot, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, vendredi prochain 26 novembre 1886, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le sujet de ses conférences sera : les maladies chirurgicales des os et des articulations, des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire, des muscles et des tendons.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, a commencé, le mardi 23 novembre, à cinq heures, son cours sur les maladies des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre no 2); il le continuera les mardis et samedis suivants. Il traitera, cette année, « Des affections de la prostate et de la vessie. »

— La policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut est ouverte, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain, du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à neuf heures, leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte; à dix heures, consultation ouverte aux auditeurs inscrits.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20311

10

ON DEMANDE UN PHARMACIEN

dans un chef-lieu de canton de la Nièvre pourvu d'une gare. — Pas de pharmacien dans le canton, dont la population est de 10 000 habitants. Pharmaciens les plus rapprochés à 22 kilomètres. — Commune chef-lieu offre logement gratuit pour trois ans minimum. — Ecrire à Fours (Nièvre) au secrétaire de la mairie.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

33

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

90

QUASSINE ADRIAN

Dragées de quassine **amorphe** à 25 milligr.
Granules de quassine **cristallisée** à 2 milligr.

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

De Vr DESCHIENS.

Principe ferrugineux naturel
ne causant ni constipation ni maux d'estomac.

Dragées. — Sirop. — Vin.

CAPSULES BRUEL

Éther amylvalérianique.

Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines.

Spécifique des maladies nerveuses.

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN

(BŒUF FRANÇAIS)

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

(BŒUF AMÉRICAIN)

Gros : Société française, 11, r. de la Perle, Paris.
Échantillons franco aux médecins.

58

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

34

Adoptée dans les Hôpit. de Paris et de la Marine.

PEPTONE CATILLON

En **SOLUTION** contenant 3 parties de viande assimilable par le RECTUM comme par la bouche.
En **POUDRE** : produit supérieur, pur, inaltérable; *une cuilerée à café égale 45 grammes de viande.*
Et sous des formes agréables au goût :
VIN, SIROP, ÉLIXIR, CHOCOLAT.
MÉDAILLES EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1885.
Paris, boulev. Saint-Martin, 3, et toutes phies.

106

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

93

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. Chevrier, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

69

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.

Mariani, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : **3** francs.

Phie, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes phies.

38

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE, Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites*; dose : de 2 à 6 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Phies.

Frémint

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

177

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'Aconitine et au Quinium, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

33

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.

Phie T. Gras, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

21

RHUMES — TOUX — BRONCHITES — AFFECTIONS DE LA POITRINE.

GOUTTES LIVONIENNES

DE TROUETTE-PERRET

Créosote de hêtre, 0,05cgr; Goudron, 0,07cgr 1/2, Baume de tolu, 0,07cgr 1/2.

Doses : *De 2 à 4 capsules matin et soir.*

3 fr. le flacon de 60 capsules.

Dépôt. — E. Mazier, 264, Bard Voltaire, Paris.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le fon de 100, 3f50.
50, boulevard de Strasbourg.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

71

PILULES BENZOÏQUES AU BROMURE DE LITHIUM ROCHER

Essence de juniperus et alcaloïdes du quinquina (quinine, cinchonine, cinchonidine).

Succès sans précédent contre diathèse urique et phosphatique, maladies des reins et de la vessie, catarrhe, cystite, prostatite, néphrite, gravelle, goutte, rhumatismes, névroses du col de la vessie, etc. 5 centigr. de chaque produit par pilule.

Fl. : 5f. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. Rocher, 112, rue Turenne, Paris.

23

LA RÉCENTE COMMUNICATION

de M. le professeur Brouardel à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 avril dernier, au sujet de l'impureté des diverses digitalines existant dans le commerce, démontre une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas prescrire indifféremment telle ou telle digitaline.

La *Véritable Digitaline d'Homolle et Quevenne* lui offre toujours, sous la forme de *Granules* ou de *Solution*, un médicament pur, d'une activité égale et constante. Et le nouveau Codex a décidé qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la digitaline, dont on doit la découverte à Homolle et Quevenne (1) qui doit *seule* être délivrée.

(1) Dépôt général à la pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

17

ANALYSE DE NOVEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de novembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.030,6
	gr.	
Beurre par litre	46.000	
Albumine	9.000	
Caséine	24.200	
Sucre de lait	50.800	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	137.300	137.300
Eau		893.300

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.265
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.629
Magnésie	0.747
Potasse	1.781
Soude	0.165
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.542
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

7

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(Dragées de BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 0,25; bi-iodure d'hydrarg., 0,005.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment*. Prix : 5f.

Elles ont sur le **sirop** le *grand avantage d'être d'un volume insignifiant et d'un emploi beaucoup plus commode et agréable*, et, en raison de leur **extrême solubilité**, leur absorption est tout aussi rapide. (*Affections rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses. — Maladies rebelles de la peau, etc.*)

Paris, Eug. FOURNIER succr de BOUTIGNY-DUHAMEL, 11, r. Malher. Détail 31, r. de Cléry et ttes Phies.

241

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve de maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.

Gros : 2, rue de Latran, Paris.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

66

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

15

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

45

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND-FARDEL).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (PÉTREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

10

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatique (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

22

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

N° 138. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 27 NOVEMBRE 1886. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.

Tel est le titre d'une thèse qui ne constitue pas moins qu'un grand et bel in-8° de 576 pages avec 5 planches en chromolithographie et 9 figures intercalées dans le texte. Cette thèse est une véritable monographie des affections du rein relevant de la chirurgie. Son auteur est un fils d'anciens Français d'outre-mer, M. le docteur Azarie Brodeur. Au moment de quitter la France après de sérieuses études et un excellent internat dans les hôpitaux de Paris, pour regagner sa patrie (Montréal, Canada), où l'attendent déjà des fonctions qui lui assurent un brillant avenir, M. Brodeur a voulu reconnaître et exprimer, par cette splendide œuvre inaugurale, toute sa reconnaissance pour l'accueil, les encouragements et les bienveillants concours qu'il a trouvés en France de la part de ses maîtres et de tous ses camarades et collègues d'internat.

La question de l'intervention chirurgicale dans les affections des reins, dont l'historique ne peut guère remonter au delà du XVIIe siècle, est relativement très récente. La néphrotomie seule, c'est-à-dire la simple taille rénale, avait été proposée et pratiquée un assez grand nombre de fois jusque dans ces derniers temps. Nous avons exposé l'état où en était la pratique sur ce point, en plusieurs circonstances, notamment à l'occasion du travail également très remarquable sur ce sujet de M. le docteur Melchior Torres (de Buenos-Ayres). Mais ce n'est que depuis quelques années seulement, après que les physiologistes eurent démontré, par des expériences sur des animaux, la possibilité d'enlever en totalité l'un des reins, sans entraîner la mort, que la *néphrectomie* est entrée dans le domaine pratique. Nos lecteurs ont encore tout fraîchement dans l'esprit les importantes communications dont cette opération a été l'objet au dernier congrès de chirurgie. Nous allons mettre sous leurs yeux l'analyse de la savante étude que vient d'en faire M. Brodeur.

La néphrotomie, la néphrectomie et la néphrorrhaphie ont été pratiquées pour des anomalies de situation des reins, pour l'hydronéphrose, pour les kystes du rein, les tumeurs (carcinome, sarcome, fibrome), les lésions traumatiques, les fistules urinaires, les calculs et les pyélo-néphrites.

Pour les anomalies de situation (reins flottants ou mobiles, douloureux), au nombre de 36 (33 chez des femmes et 3 chez des hommes), nous trouvons un relevé de 26 néphrectomies ayant donné pour résultat 18 guérisons et 8 cas de mort; et de 10 néphrorrhaphies dont 9 suivies de guérison et une seulement ayant amené la mort : soit en tout 36 cas de reins mobiles, 26 néphrectomies dont 20 abdominales avec 12 guérisons, et 6 lombaires avec 6 guérisons, et 10 néphrorrhaphies, toutes lombaires, avec 9 guérisons. Dans les 9 cas de décès, les causes de la mort ont été l'anurie (1 fois), le collapsus (1), l'inanition (1), l'œdème de la glotte (1), une péritonite chronique, une péritonite infectieuse, une septicémie et l'urémie (2 fois).

Pour l'hydronéphrose, le relevé porte 32 observations dont 12 du rein droit et 14 du rein gauche, réparties entre 23 femmes, 8 hommes et 1 enfant. Pour ces 32 cas, il a été pratiqué 22 néphrectomies dont 10 lombaires, avec 6 guérisons (60 p. 100) et 12 abdominales, avec 7 guérisons (55 p. 100); et 10 néphrotomies dont 5 lombaires, toutes avec guérison, 5 abdominales avec guérison (2 avec persistance de fistule).

Les causes de la mort ont été : l'anurie (1 fois), le collapsus (1), le choc (1), l'hémorrhagie (2), la péritonite (2), la phthisie pulmonaire (1), l'urémie (1).

Pour les kystes du rein, au nombre de 15 (11 femmes, 4 hommes), que l'auteur divise en kystes simples, congénitaux ou acquis, et en kystes hydatiques, nous trouvons, pour 12 observations de la première série, 11 néphrectomies par l'incision abdominale avec 4 guérisons et 7 morts et 1 néphrotomie par la région lombaire, avec guérison.

Les observations relatives aux kystes hydatiques sont au nombre de 3 seulement : 2 de M. Péan, dans lesquelles la néphrotomie a été pratiquée avec succès et 1 de Spiegelberg, opérée par la néphrectomie incomplète, suivie de mort.

Il serait difficile, observe avec raison M. Brodeur, vu le petit nombre d'observations, de chercher à fixer une règle de conduite dans le traitement des kystes hydatiques du rein. En ajoutant à ces trois observations celles des kystes simples d'un pronostic plus grave, il conclut que la néphrotomie et surtout la néphrotomie lombaire doit être, dans ces cas, l'opération de choix. La néphrectomie, au contraire, ne devrait jamais être employée dans la dégénéres-

cence kystique congénitale ou acquise du rein, dût le malade porter toute sa vie une fistule urinaire.

Le relevé des carcinomes du rein donne 18 cas (10 hommes, 7 femmes et 1 dont le sexe est indéterminé), ayant nécessité 17 néphrectomies dont 12 abdominales avec 2 guérisons (16,66 p. 100), 5 lombaires avec 4 guérisons (80 p. 100) et 1 néphrotomie lombaire, suivie de mort. Les causes de la mort ont été : le collapsus, l'épuisement, l'hémorrhagie, la perforation intestinale, la pleurésie, la récidive, la suppuration abondante, la thrombose pulmonaire (chacun 1 fois), la péritonite et l'urémie (chacune 2 fois).

29 observations de sarcome (9 femmes, 6 hommes, 12 enfants) et autant de néphrectomies ont donné les résultats suivants : 25 néphrectomies abdominales, 13 guérisons (52 p. 100); 4 lombaires, 1 guérison (25 p. 100). Les causes de la mort ont été : le choc (3 fois), le collapsus, l'hémorrhagie, la péritonite, la septicémie (chacun 2 fois); l'épuisement, la récidive, la suppuration, le tétanos (chacun 1 fois).

Les fibromes ou adéno-fibromes, au nombre de 10 (8 femmes et 2 enfants), ont donné lieu à 10 néphrectomies dont 8 abdominales avec 6 guérisons (75 p. 100), 2 lombaires avec 2 guérisons. Les 2 cas de mort ont été produits par la péritonite.

Les lésions traumatiques du rein, contusions, plaies, déchirures, etc., au nombre de 14 (7 femmes et 7 hommes), ont donné lieu à 10 néphrectomies, dont 7 lombaires avec guérison (71,42 p. 100) et 3 médianes avec 2 guérisons (66,66 p. 100), et à 4 néphrotomies lombaires avec 3 guérisons (75 p. 100). Causes des 4 cas de mort : cystite, fistule stercorale, péritonite généralisée, septicémie.

18 cas de fistules urinaires (13 femmes et 5 hommes); 18 néphrectomies dont 17 lombaires, avec 12 guérisons (70,58 p. 100) et 1 médiane, suivie de guérison. Causes de mort : collapsus (2 fois), épuisement, péritonite, urémie.

Les calculs du rein, au nombre de 25 (8 femmes, 14 hommes, 3 indéterminés) ont donné lieu à 23 opérations de néphrolithotomies lombaires avec 22 guérisons (95,65 p. 100) et à 2 néphrectomies lombaires, dont 1 pratiquée après la néphrolithotomie a été suivie de mort. Causes de mort : le choc et la pyohémie.

Les pyélo-néphrites, au nombre de 21 cas (15 femmes, 6 hommes), ont donné lieu à 16 néphrectomies dont 14 lombaires avec 6 guérisons (42,85 p. 100) et 2 abdominales avec 2 guérisons, et à 5 néphrotomies dont 4 lombaires avec 1 guérison (25 p. 100) et 1 abdominale avec guérison. Causes de la mort : épuisement (3 fois), septicémie, tuberculose généralisée, urémie (chacune 2 fois), collapsus, tuberculose pulmonaire (1 fois).

En résumé, sur 327 opérations pratiquées sur le rein, il y a 127 morts et 200 guérisons, soit 61,16 p. 100.

Un mot seulement, avant de terminer, sur le manuel opératoire.

M. Brodeur, dans ses expériences sur le cadavre, a plusieurs fois extirpé le rein par la voie lombaire, en pratiquant une incision verticale, parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire et dépassant de 5 à 6 centimètres le rebord des fausses côtes et la crête iliaque, suivant en cela la méthode de son maître M. Péan.

L'incision abdominale ou transpéritonéale présente les mêmes difficultés que l'ovariotomie. Elle nécessite une double plaie péritonéale qui augmente la gravité de l'opération. M. Brodeur exprime l'avis que, dans ces cas, il est utile de faire la suture de la plaie péritonéale profonde et même de pratiquer une contre-ouverture lombaire pour établir le drainage postérieur et faciliter ainsi l'écoulement des liquides. Quant à l'énucléation du rein, toutes les fois qu'il existe une inflammation périnéale ancienne, avec épaississement et induration de l'atmosphère cellulo-graisseuse, l'opérateur doit faire porter son incision jusque sur la capsule fibreuse du rein, l'énucléation en devenant alors généralement facile.

Hygiène alimentaire (1).

Régime du diabétique. — Quel doit être le régime alimentaire du diabétique ?

Partant de la doctrine pathogénique du diabète de Claude Bernard, toujours debout malgré ses contradicteurs et que n'ont que très peu modifiée les théories émises depuis par Pavy, Lecorché, Jaccoud, Bouchard, Esbeck, etc., et s'appuyant sur la donnée expérimentale de la double origine de la glycosurie, l'origine alimentaire et l'origine hépatique, M. Dujardin-Beaumetz formule ainsi les deux indications que doit remplir l'hygiène alimentaire, suivant que le diabète procède de l'une ou l'autre de ces deux origines : réduire à leur minimum les substances alimentaires qui, introduites dans l'économie, peuvent fournir du glycose, d'une part; d'autre part, activer autant que possible la combustion du glycose formé dans l'économie.

Des divers régimes qui ont été proposés pour combattre la glycosurie, le régime exclusif adipo-carné (de Cantani), le régime lacté (de Dongkin), et le régime mixte (de Bouchardat), M. Dujardin-Beaumetz adopte et préconise ce dernier. Pour lui, le pain étant une nécessité alimentaire, l'introduction du pain de gluten dans l'alimentation des diabétiques est un fait des plus importants en hygiène thérapeutique.

Les pommes de terre, de tous les féculents celui qui contient le moins d'amidon, et par cela même produit le moins de sucre, sont de la plus grande utilité pour les diabétiques. Elles doivent avoir la préférence sur le pain de gluten lui-même.

Conformément à l'avis de Bouchardat, M. Dujardin-Beaumetz conseille de restreindre autant que possible l'usage des boissons alcooliques dans la glycosurie, contrairement à l'opinion de quelques médecins. Le malade devra boire toujours du vin coupé avec de l'eau alcaline naturelle et s'abstenir de boire entre les repas. Une légère infusion de thé ou de café, sans sucre ni lait, ou quelques tisanes amères, macération de quassia ou de quinquina, pourront seules être permises en cas de soif irrésistible.

On permettra les potages gras et en particulier le bouillon aux œufs pochés. On permettra aussi les potages aux légumes, et en particulier le potage aux choux, à l'oignon, les juliennes, les potages aux pommes de terre, mais on défendra absolument les bouillies, les panades, les potages aux pois cassés, aux haricots, aux pâtes.

Toutes les viandes sont permises, ainsi que les poissons, les mollusques, les crustacés, mais en évitant les sauces contenant de la farine, du lait ou de la crême.

Les aliments gras, qui fournissent à l'économie les hydrocarbures qui lui sont nécessaires, doivent entrer dans ce régime. Les féculents (la pomme de terre exceptée) et les matières sucrées, sont rigoureusement interdits. La glycérine pourra remplacer le sucre pour le thé et le café.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1090.

Les légumes sont bons pour les diabétiques parce qu'ils varient leur alimentation et qu'ils y introduisent un élément utile, la potasse. On en excluera les betteraves, les carottes, les navets, à cause du sucre qu'ils contiennent.

Les fruits sont proscrits en général, comme contenant tous une quantité plus ou moins notable de glycose.

A l'observation de ces règles bromatologiques, il faut joindre les exercices musculaires et le massage qui répondent à la seconde partie du problème thérapeutique, en activant la combustion du glycose en excès dans le sang.

Régime de l'albuminurique. — Le traitement hygiénique de l'albuminurie chronique doit remplir les indications suivantes :

1° Fournir aux malades une alimentation le plus facilement assimilable ;

2° Exciter méthodiquement les fonctions cutanées et faire revivre la peau ;

3° Faciliter l'assimilation et la combustion des albuminoïdes introduits par l'alimentation.

L'idée générale qui a présidé aux prescriptions bromatologiques applicables aux albuminuriques a été empruntée à la méthode d'hygiène alimentaire des diabétiques. Elle consiste à donner aux albuminuriques une alimentation contenant la plus faible quantité d'albumine possible.

Au premier rang doit être placé le lait, dont les effets favorables chez les brightiques sont universellement reconnus. C'est l'aliment qui doit servir de base au régime.

Quant aux autres aliments, à l'exclusion des œufs et des viandes, sauf les viandes blanches en petite quantité, c'est le régime végétal sous toutes ses formes et l'usage des graisses qui devront être recommandés. Les féculents, les légumes, les fruits, joints aux graisses et au lait, suffisent à l'alimentation de ces malades. M. Dujardin-Beaumetz dit avoir retiré de grands avantages de ce régime dans un bon nombre de cas.

Cependant, comme il est des malades qui ne peuvent se passer de viande ou qui se dégoûtent vite du lait, il est quelquefois indispensable d'en concéder l'usage. Dans ces cas c'est la viande de porc qui, augmentant moins que les autres le chiffre de l'albumine dans les urines, doit être préférée : soit du jambon, soit du porc rôti froid, et en particulier les parties grasses de cette chair.

Pour les boissons, c'est encore le lait qu'il faut autant que possible ordonner. Dans le cas où il cesserait d'être toléré, on pourrait donner du vin, surtout du vin tannique, coupé avec des eaux légèrement alcalines. Le vin pur, l'eau-de-vie et les liqueurs seront interdits, de même que la bière, qui augmente également le chiffre de l'albumine.

Enfin, en ce qui concerne la quantité des aliments, l'observation ayant été faite que l'albuminurie augmente toujours à la suite des repas copieux, le médecin devra veiller à ce que son malade albuminurique mange peu à la fois, mais qu'il fasse des petits repas multipliés.

Régime dans les maladies fébriles. — S'inspirant de ces données de physiologie pathologique, savoir : que dans les processus fébriles, et en particulier dans celui de la fièvre typhoïde, le tube digestif ne se prête pas à l'absorption des substances albuminoïdes d'une part, et que, de l'autre, les produits de la désintégration organique s'accumulent dans l'économie et y produisent des phénomènes toxiques, la première règle à observer dans l'alimentation des fébricitants, devra être de la limiter aux seules substances liquides et salines.

Ainsi réduite à peu près exclusivement au bouillon, au lait, au vin et à l'alcool, elle jouera encore un rôle assez important. Le lait et le bouillon introduiront dans l'économie une quantité notable d'eau et de substances salines, ces dernières destinées à réparer les pertes en matières minérales (potasse, acide sulfurique, acide phosphorique et chlorure de sodium) que font journellement ces malades, tandis que l'eau permet d'éliminer au dehors par les urines les principes extractifs accumulés dans l'économie.

Les alcooliques qui constituent depuis un certain nombre d'années l'une des médications les plus usitées dans certaines maladies phlegmasiques et dans les pyrexies (fièvres typhoïdes, fièvres paludéennes), soit à titre de toniques ou d'antithermiques, agiraient aussi, d'après M. Dujardin-Beaumetz, comme aliment. Pour lui, l'alcool est un aliment qui subit dans l'organisme une combustion plus ou moins complète, au détriment de l'oxygène du sang, et diminuant, par là, les phénomènes combustifs en même temps qu'il abaisse la température. Il serait à ce double titre un aliment d'épargne. Mais il agit aussi en nature sur les centres nerveux auxquels il communique des éléments de force et de tonicité. Ce serait un agent dynamophore, suivant l'idée et l'expression de Gubler.

La potion de Todd dont tous les médecins connaissent la formule, est le mode d'administration des alcooliques le plus usité dans les hôpitaux. Mais dans la clientèle privée, M. Dujardin-Beaumetz donne la préférence aux vins alcooliques, tels que les vins d'Espagne, de Portugal ou de Sicile.

En résumé, dans les maladies fébriles, et en particulier dans les fièvres typhoïdes, l'alimentation doit se composer de substances liquides renfermant, outre l'eau qu'elles contiennent, des principes salins, des principes toniques et une très faible quantité de principes albuminoïdes. Mais la rigueur dans ce régime doit surtout être observée aux périodes terminales de la fièvre typhoïde, lors de l'entrée en convalescence. Nous n'avons pas besoin d'expliquer pourquoi. Tous les médecins le comprendront.

La fièvre algide.

Les premières dépêches annonçant l'état si grave de M. Paul Bert prononçaient le mot de « fièvre algide ». Désireux de relire la description si remarquable que M. Maillot en avait donnée dans son « Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique, Paris, 1836 », livre devenu introuvable, nous en avons retrouvé trace dans les Œuvres d'Hippocrate, traduites par Littré, t. II, p. 558. Nous pensons que nos lecteurs reliront, comme nous, avec un vif intérêt cette belle page clinique.

« La fièvre algide, dit M. Maillot, n'est pas généralement, comme on le dit, la prolongation indéfinie du stade de froid ; je l'ai vue rarement débuter de la sorte. Il y a même entre ces deux états un contraste frappant. Dans le premier stade des fièvres intermittentes, la sensation du froid est hors de toute proportion avec l'abaissement réel de la température de la peau, tandis que, dans la fièvre algide, le froid n'est pas perçu par le malade alors que la peau est glacée. C'est ordinairement pendant la réaction que commencent à paraître les symptômes qui la caractérisent ;

souvent ils surviennent tout à coup au milieu d'une réaction qui paraissait franche.

Au trouble de la circulation succède en peu d'instants et presque sans transition le ralentissement du pouls, qui devient bientôt très rare, fuit sous le doigt et disparaît; l'abaissement de la température du corps va vite et suit la progression promptement décroissante de la circulation; les extrémités, la face, le torse, se refroidissent successivement; l'abdomen seul conserve encore quelque temps un peu de chaleur; le contact de la peau donne la sensation de froid que procure le marbre. Les lèvres sont décolorées, l'haleine froide, la voix cassée, les battements du cœur rares, incomplets, appréciables seulement par l'auscultation; les facultés intellectuelles sont intactes, et le malade se complaît dans cet état de repos, surtout lorsqu'il succède à une fièvre violente; la physionomie est sans mobilité; l'impassibilité la plus grande est peinte sur son visage; ses traits sont morts. La marche de cette fièvre est très insidieuse, il n'est peut-être personne dont elle n'ait surpris la vigilance; avant d'être familiarisé avec l'observation des accidents de cette nature, on prend souvent pour une très grande amélioration, due aux déplétions sanguines, le calme qui succède aux accidents inflammatoires, et plus d'une fois, dans de semblables circonstances, on n'a été détrompé que par la mort soudaine du malade... Toutes les fois qu'à une réaction plus ou moins forte, on verra succéder tout à coup un ralentissement du pouls, avec pâleur de la langue et décoloration des lèvres, on ne devra pas hésiter à diagnostiquer une fièvre algide. La temporisation ici donne la mort en quelques heures. Dans quelques cas très rares, j'ai cependant vu cet état algide se prolonger trois ou quatre jours. Le malade expire en conservant toutes ses facultés intellectuelles; il s'éteint comme par un arrêt de l'innervation. Lorsque la mort n'est pas le terme de cet état morbide si grave, le pouls se relève; la peau reprend sa chaleur naturelle; quelquefois alors la réaction détermine une irritation de l'encéphale ou des voies digestives, mais rarement elle est assez intense pour qu'on soit obligé de la combattre par des déplétions sanguines. (Ouvrage cité, p. 32.) »

DES INJECTIONS RECTALES GAZEUSES. — MODIFICATIONS

Par M. le docteur Hamon du Fougeray.

Les modifications que j'ai apportées à l'appareil du docteur V. Morel pour le traitement des affections des voies respiratoires et des intoxications du sang par les injections rectales gazeuses, d'après la méthode du docteur L. Bergeon, sont le résultat de l'expérience.

J'ai en effet constaté dans cet appareil trois défectuosités principales :

1° L'ennui et même le danger de fabriquer soi-même le gaz CO^2.

2° La fragilité de certaines de ses pièces.

3° Son prix relativement élevé.

Pour y remédier, voici ce que j'ai fait et ce que je propose aux praticiens :

I. Fabrication du gaz CO^2. — Au lieu de l'élégant mais fragile vase en verre du docteur Morel, j'emploie le vulgaire siphon d'eau de Seltz, que l'on trouve partout et à un prix minime.

Il suffit de le retourner, la base en haut, et d'ouvrir le robinet; immédiatement le gaz s'échappe et l'eau reste. Un bon siphon bien chargé contient environ de deux à trois litres de gaz. Il y en a qui en contiennent plus, d'autres moins; cela dépend de la fabrication. Avec deux siphons, au plus, on peut avoir 4 à 5 litres de gaz, c'est-à-dire la quantité nécessaire pour une injection rectale.

Petit détail à noter : quand le gaz commence à s'échapper plus lentement du siphon, vers la fin de l'opération, il suffit de secouer le siphon; on recueille ainsi au moins un demi-litre en plus, que l'on perdrait sans cette précaution.

Le gaz que l'on recueille ainsi est très pur et bien lavé; je m'en suis assuré avec l'aide expérimenté de M. Gentil, professeur de chimie au lycée du Mans, qui a eu l'amabilité de mettre son laboratoire à ma disposition.

Cette manière de récolter du gaz CO^2 pur m'a paru pratique à la campagne et même à la ville, dans une maison où l'introduction d'une bouteille de solution d'acide sulfurique n'est pas toujours sans inconvénients. De plus, pour l'opérateur, aucun danger, plus de précautions à prendre. Enfin le gaz obtenu est au moins aussi pur, sinon plus, que le gaz obtenu par réaction, et, au fond, il coûte peut-être moins cher.

II. Fragilité de certaines pièces de l'appareil. — Le vase et l'entonnoir pour la production du gaz CO^2 n'existant plus avec mon procédé, je n'en parlerai pas.

Quant au tube droit qu'emploie le docteur Morel pour y déposer des poudres, etc., je préfère un tube en verre vert, en U et clissé; de cette façon le tube n'a pas de tendance à rouler par terre; s'il tombe, il risque beaucoup moins de se casser. Il est tout aussi facile à nettoyer que droit.

III. Il me semble qu'en réduisant ainsi l'appareil, puisque j'en supprime un bon tiers, le prix pourrait en être diminué. On pourrait encore simplifier le tube en T et le réduire à une simple sonde à double courant, sans soupapes.

Telles sont les modifications que j'ai apportées à cet appareil. J'ai confiance en la méthode, et c'est la raison pour laquelle j'en désire vivement la vulgarisation. Les sujets d'expérience ne sont malheureusement que trop nombreux. Ce qu'il faut dans le public en province, à la campagne, c'est moins un appareil de laboratoire que quelque chose de pratique et de facile à appliquer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

PRÉSENTATION

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente une brochure, dont il est l'auteur, sur la cure radicale des hernies. Ce travail contient dix observations dans lesquelles les résultats obtenus out été très satisfaisants.

COMMUNICATIONS

Épithélioma de la joue; procédé opératoire. — **M. FARABEUF** fait un rapport sur une observation adressée par M. Piéchaud (de Bordeaux). Il s'agit d'un épithélioma s'étendant surtout du côté de la muqueuse buccale. M. Piéchaud a fait une large incision sur la joue et a disséqué deux lambeaux cutanés triangulaires; puis il a excisé toutes les parties malades et a ensuite rapproché les deux lambeaux, ce qui lui a permis de combler la perte de substance.

M. VERNEUIL fait observer que l'épithélioma de la joue est un de ceux qui récidivent le plus. Aussi, dans des cas semblables, enlève-t-il toute la joue au thermo-cautère.

M. PEYROT a opéré un malade atteint d'épithélioma de la joue; il a également enlevé toute la joue et il n'y a eu de récidive dans les ganglions que trois ans et demi après l'opération.

M. ANGER a opéré, il y a deux ans, un malade affecté d'un cancroïde de la joue. Il enleva la joue et la muqueuse. La récidive eut lieu un an après. Ce malade y succomba.

Épithéliomas de la langue; leur ablation. — **M. VERNEUIL** a enlevé, il y a trente-quatre ans, un épithélioma de la langue

pour la première fois. Il y a donc longtemps qu'il a été à même de constater que la récidive, et une récidive très rapide, est la règle dans ces cas.

En entrant, dit-il, dans la voie des grands sacrifices, on obtient des résultats un peu moins mauvais. En présence d'un épithélioma avec adhérences au plancher de la bouche et à la face interne de la joue, il a recours au procédé de l'incision sus-hyoïdienne, décolle l'épithélioma de ses adhérences avec la joue et le maxillaire et enlève la moitié correspondante de la langue, après avoir lié la linguale et la faciale.

Dans certains cas, il enleva la portion du maxillaire en communication avec la plaque épithéliale profonde. Il a maintenant adopté ce principe d'une façon générale. En réséquant la portion correspondante de la mâchoire, on est beaucoup plus sûr d'enlever complètement la production morbide; on fait l'ablation linguale à ciel ouvert et on a des chances de retarder notablement les récidives. Il a ainsi des malades opérés depuis quatre ans, sans récidive. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir. Après avoir ainsi largement opéré, il met deux ou trois points de suture, panse à l'iodoforme et nourrit ses malades à l'aide de la sonde œsophagienne.

M. Verneuil rappelle les difficultés qu'on rencontre dans l'ablation de la langue par les voies naturelles, tant pour la chloroformisation que pour l'opération elle-même. Par cette large ouverture à travers la mâchoire, cela devient très facile.

Les malades opérés par ce procédé n'ont eu aucune complication. Il a toujours obtenu une aseptie complète. Il ne se sert plus du tout de la scie à chaîne. Il se résume en disant que dans les cas d'épithéliomas avec adhérences, il ne faut pas hésiter à faire une résection de la mâchoire qui facilite l'administration du chloroforme, l'opération elle-même, permet de tout enlever et donne de grandes chances de retarder la récidive.

M. Verneuil rappelle que M. Labbé a communiqué un fait à l'Académie, en 1882 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 684), dans lequel il a fait cette résection préliminaire du maxillaire dans le but de faciliter l'ablation du néoplasme.

M. BOUILLY, d'après ce qu'il a vu, dit que quand on a fait d'emblée une ablation large, la récidive ne se fait pas au niveau des points opérés, mais dans les ganglions du voisinage. Donc, malgré cette ablation complémentaire, et non sans gravité, proposée par M. Verneuil, M. Bouilly pense que cela ne change pas grand chose au point de vue de la récidive.

M. MARC SÉE dit que, pour lui, une mâchoire à laquelle adhère un épithélioma n'est pas une mâchoire saine. Ce n'est donc pas une mâchoire saine, mais bien une mâchoire malade qu'enlève M. Verneuil.

M. POLAILLON a enlevé, dans un cas, toute la langue. Après deux ans, il n'y avait pas de récidive. Puis celle-ci eut lieu ensuite dans l'os lui-même.

M. VERNEUIL croit pouvoir affirmer que la récidive est moins à craindre, ou tout au moins retardée, quand on a recours au procédé très radical qu'il préconise.

Il répond à M. Sée qu'il ne peut considérer comme malade une mâchoire à laquelle adhère un épithélioma buccal; il faut bien distinguer une mâchoire ainsi en rapport avec un épithélioma d'une mâchoire véritablement envahie.

La suture. — M. MARC SÉE fait une communication sur la suture enchevillée dont il est très partisan et qu'il préfère à toute autre suture, surtout pour les laparotomies.

Ostéo-périostite du tibia. — M. GUERLAIN (de Boulogne-sur-Mer) fait une communication sur un cas d'ostéo-périostite du tibia gauche, avec abcès intra-osseux, qu'il a ouvert et gratté, et qui a très bien guéri.

Taille sus-pubienne. — M. GUERLAIN a opéré un enfant de huit ans d'un gros calcul vésical par la taille sus-pubienne. Cet enfant a également très bien guéri.

La séance est levée.

PROTESTATIONS

Les agrégés des Facultés de médecine de Paris et de Montpellier ont adressé à M. le ministre de l'Instruction publique les protestations suivantes, qu'on nous prie de vouloir bien reproduire.

I

Monsieur le Ministre,

Les décrets du 30 juillet 1886 modifient la situation acquise depuis huit ans aux agrégés de la Faculté de médecine de Paris. Ils suppriment purement et simplement la rétribution bien modeste qu'ils recevaient pour leur participation à l'enseignement. Les agrégés pensent qu'il y a quelque injustice à vouloir réaliser à leurs dépens des économies que ne légitiment ni la modicité de leur traitement ni la valeur des services qu'ils ont conscience d'avoir rendus et de pouvoir rendre encore à la Faculté. Réunis en assemblée générale, ils prennent la liberté, Monsieur le Ministre, de vous adresser leurs respectueuses protestations.

Suivent les signatures de : MM. Ballet, Blanchard, Brissaud, Brun, Budin, Campenon, Chauffard, Déjerine, Guébhard, Hallopeau, Hanot, Hanriot, Hutinel, Joffroy, Maygrier, Peyrot, Pinard, Poirier, Pouchet, Quenu, Quinquaud, Raymond, Reclus, Rémy, Rendu, Reynier, Ribemont, Richelot, Robin, Schwartz, Terrillon, Troisier.

Étaient absents : MM. Bouilly, Debove, Humbert, Jalaguier, Kirmisson, Landouzy, Ch. Richet, Segond, Straus, Villejean.

II

Monsieur le Ministre,

Les décrets du 30 juillet 1886 entraînent pour l'agrégation des Facultés de médecine une situation regrettable.

La rétribution accordée aux agrégés chargés d'un cours complémentaire pour leur participation à l'enseignement atténuait l'insuffisance de leur traitement. La suppression pure et simple de cette rétribution fait renaître pour l'agrégation des difficultés matérielles dont les agrégés étaient en droit de se croire désormais affranchis.

En présence de cette mesure que ne justifient ni la modicité de leur traitement ni les services rendus par leur enseignement, les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier, réunis en séance générale, s'associant à la protestation des agrégés de la Faculté de Paris, ont l'honneur, Monsieur le Ministre, de vous adresser leurs légitimes et respectueuses doléances.

BEAUMEL, BIMAR, BLAISE, BOINET, BROUSSE, CARRIEU, FORGUES, GAYRAUD, GERBAUD, GILIS, GRANEL, MAIRET, MALOSSE, MOSSÉ, REGIMBEAU, TAPIÉ, TRUC, VILLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 18 novembre 1886, ont été désignés :

M. Moinel, médecin-major de deuxième classe au 5e d'infanterie, pour le 4e régiment de même arme, par permutation avec M. Chandèze, médecin dudit grade.

M. le médecin principal de première classe Balley, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital du Gros-Caillou.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Pernod, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Chambéry; Beltz, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne; Renard, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de première classe Servent, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Bastia; Boutonnier, pour

l'hôpital de Bourges; Chassaigne, pour le 37e d'artillerie; Laurens, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Liénard, pour le 85e d'infanterie; Louis, pour l'hospice de Verdun; Moutet, pour l'hôpital de Versailles; Dogny, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres; Thierry, pour l'hôpital du camp de Châlons; Vieusse, pour l'hôpital de Toulouse; Bedoin, pour le 97e d'infanterie; Vigenaud, pour le 21e d'infanterie; Ribard, pour l'hôpital des Colinettes, à Lyon; Caillet, pour le 36e d'infanterie; Davignon, pour le 25e d'artillerie; Linon, pour le 18e d'artillerie; Catteau, pour le 126e d'infanterie; Annesley, pour le 54e d'infanterie; Poulet, pour le 3e zouaves.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubois, pour le 47e d'infanterie; Ferrandi, pour le 19e escadron du train des équipages militaires; Collin, pour 10e d'infanterie; Maire, pour le 65e d'infanterie; Virolle, pour le 12e escadron du train des équipages militaires; Jagot-Lacoussière, pour le 6e escadron du train des équipages militaires; Chopard, pour le 98e d'infanterie; Jarry, pour le 4e dragons; Lecomte, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Mourey, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Tixier, pour le 102e d'infanterie; Vedel, pour l'Orphelinat Hériot.

MM. les médecins aides-majors de première classe Médieux, pour le 3e tirailleurs algériens; Lapeyre, pour le 16e dragons; Courtois, pour le 1er régiment du génie; Vachez, pour le 4e cuirassiers; Haghe, pour le 23e d'artillerie; Merner, pour le 20e chasseurs à cheval; Gauvin, pour le 14e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Marlier, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied; Monphous, pour le 47e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 novembre 1886, un concours s'ouvrira le 1er juillet 1887, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Par arrêté ministériel en date du 20 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 1er juin 1887, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 novembre 1886, un concours s'ouvrira le 1er juin 1887 devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 novembre 1886, la chaire de toxicologie de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est déclarée vacante.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour une place d'interne à l'hôpital Saint-Jean vient de se terminer par la nomination de M. Proux.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Duflocq est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. Bourcy, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Roux, licencié ès sciences pysiques, pharmacien de première classe, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Secousse, démissionnaire.

M. Suzanne est maintenu dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique.

M. Douteau, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Merlet, démissionaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Toussaint est nommé aide-préparateur d'histologie, en remplacement de M. Muchembled, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Moitessier est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Hugounenq, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vallois est maintenu dans les fonctions de préparateur d'hygiène.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Rolland est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le professeur Leduc est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Fleury, nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Broussolle est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— M. le docteur Boursier est nommé chirurgien-adjoint du lycée de Bordeaux-Talence (emploi nouveau).

— M. le docteur Monnaye est nommé médecin du lycée de Cherbourg (emploi nouveau).

— M. le maire du VIe arrondissement de Paris nous informe que des consultations gratuites pour les maladies des yeux seront organisées, en faveur des indigents, le jeudi 4 décembre prochain, à la mairie du Luxembourg (place Saint-Sulpice).

Ces consultations seront faites par M. le docteur Ad. Piéchaud, inspecteur des Écoles, et auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à une heure.

— M. le docteur Adrien Routier, père de M. Arnaud Routier, chirurgien des hôpitaux de Paris, vient de terminer à Astaffort (Lot-et-Garonne) une carrière laborieusement remplie. Il avait été appelé, très jeune encore, au château de Saint-Cloud, où il fut médecin du roi Louis-Philippe et de sa famille.

— M. le docteur Gariel, professeur agrégé, chargé de cours, commencera le cours de physique médicale, le lundi 29 novembre 1886, à midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Raphaël Blanchard, professeur agrégé, commencera ses conférences d'histoire naturelle médicale, mardi prochain 30 novembre 1886, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Le sujet des conférences du semestre d'hiver sera : Zoologie médicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de microscopie clinique, par M. le docteur Alexandre Peyer. Un beau vol. in-8°, reliure anglaise. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Berthier.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par le docteur F. Terrier. professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. — Deuxième fascicule : *Complications des lésions traumatiques, lésions inflammatoires.* 1 vol. gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Le premier fascicule paru : *Lésions traumatiques et leurs complications*, se vend 7 francs. — Le troisième fascicule, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1887. — Paris, F. Alcan.

Die Zimmer-Gymnastik. Anleitung zur Ausübung activer, passiver und Widerstands-Bewegungen ohne Geräthe nebst Anweizung zur Verhütung von Rückgrats-Verkrümmungen, von Dr. B. Fromm, Geh. San.— Rath, pract. Arzt Bin erlin un Badearzt zu Norderney. — Mit 71 in den Text gedruckten Figuren. In-8°. — Prix : 3 fr. 75. — Berlin, Verlag von August Hirschwald, NW. Unter den Linden, 68.

De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement, par le docteur Polo. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20326

78

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

DE L'ECZÉMA CHRONIQUE, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

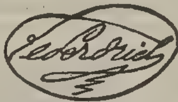
Dépôt pour la vente en gros : Coirre et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

84

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



81

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

Le principal mérite de cette préparation consiste dans l'association du sous-carbonate de bismuth à la pepsine et à la pancréatine. Ce produit, étudié jadis par le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles, jouit de propriétés remarquables. C'est un absorbant par excellence, sa solubilité dans le suc gastrique, dont il neutralise, en se décomposant, les acides en excès, est parfaite, et il provoque rarement de la constipation. Cette action neutralisante du sous-carbonate de bismuth a aussi pour avantage de conserver à la pancréatine toute son action en faisant disparaître en même temps que l'hypersécrétion gastrique l'acidité du chyme. On sait, en effet, que ce ferment n'agit bien qu'à la condition de se trouver dans un milieu aussi peu acidulé que possible.

On a choisi pour cette préparation la forme pulvérulente en raison de l'incomplète solubilité de la pepsine et de la pancréatine dans les élixirs, vins, sirops, etc., et surtout parce qu'il est reconnu que : « *Ce sont les médicaments sous forme de poudre fine qui conviennent le mieux aux affections gastro-intestinales.* »

Ce rapide énoncé indique tout le parti que l'on peut tirer de la Poudre toni-digestive de Royer contre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques*. Elle combat très efficacement les vomissements de la grossesse.

Une cuillerée à café à chaque repas.

Phie A. Dupuy, 225, rue Saint-Martin, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

Dose : **6 à 8 pastilles par jour.**

Mariani, phien, 41, Brd Haussmann et tles phies.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive Bouchardat. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

97

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si remarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.

Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum*. Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement. 60 dragées, 5f. Echant. gratis à MM. les médecins.

F. Rocher, 112, rue Turenne, Paris.

36

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

47

MÉDICATION RECONSTITUANTE

HYPOPHOSPHITES du Dr CHURCHILL

Affaiblissement, Anémie, Allaitement, Dentition, Rachitisme, Carreau, Phthisie ou Maladie de Poitrine, Bronchite :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX.

Chlorose, Pâles couleurs, Dysménorrhée, Aménorrhée, Appauvrissement du sang :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER.

Toux, Rhumes, Bronchites, Maux de gorge, Enrouement, Asthme, Fièvre :

TABLETTES PECTORALES HYPOPHOSPHITE D'AMMONIAQUE.

Affaiblissement musculaire ou mental, Perte de mémoire, Perte de forces, Faiblesse de tempérament chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, Convalescences :

SIROP D'HYPHOPHOSPHITES COMPOSÉ.

Avis important. — MM. les Médecins sont priés de bien vouloir spécifier sur leurs ordonnances **Sirop d'Hypophosphite de Chaux**, de **Soude**, de **Fer**, de **Manganèse**, etc., du Dr CHURCHILL, ainsi que le **Sirop d'Hypophosphites composé** du Dr CHURCHILL, etc. — *Envoi franco d'un flacon par colis postal contre mandat de* **4 fr.** *à tout malade qui ne le trouve pas chez son pharmacien.*

Seul fabricant des diverses Préparations d'hypophosphites du Dr Churchill : **Swann**, pharmacien-chimiste, 12, rue Castiglione, Paris.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

52

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

110

ASTHME

catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ✻✻. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

55

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris

13

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

88

QUINIUM ROY

Tonique — GRANULÉ — Fébrifuge

Extrait normal de quinquina formé de l'extrait aqueux et du quinium, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes**. Il représente son propre poids du meilleur quinquina titrant 3 p. 100 d'alcaloïdes. *Soluble* —dans l'eau et le vin.

Pharmacie A. Roy, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature.

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

13

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina. Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } créosotées.

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

42

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.



Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 139. — MARDI 30 NOVEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 30 NOVEMBRE 1886. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 29 novembre 1886.

Le 14 septembre 1858, M. le docteur Bouchut, médecin des hôpitaux et professeur-agrégé, montait à la tribune de l'Académie de médecine. Frappé des séries épouvantables d'insuccès de la trachéotomie, il avait cherché si on ne pouvait éviter cette opération, et il venait lire un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx.

Il cherchait à démontrer qu'il était facile de pratiquer le tubage du larynx au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte. Il ajoutait qu'il était possible de remédier ainsi à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx, et cela de préférence à la trachéotomie.

Une commission fut nommée pour l'examen du mémoire et Trousseau fut nommé rapporteur. Il lut son rapport dans la séance du 2 novembre 1858. En voici les conclusions :

« Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif.

« Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie et quelquefois de traiter et de guérir le malade.

« Dans le traitement du croup, il retarde l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique.

« Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui est le moyen principal à opposer au croup dès que les ressources médicales semblent épuisées. »

Cette dernière conclusion, qu'on devait attendre du promoteur convaincu de la trachéotomie, détruisait le but principal de l'auteur de la méthode proposée.

La discussion s'engagea, et l'on eut ce spectacle singulier, pour ne pas dire plus, des violences et des insinuations les plus perfides, contre un savant qui, ne faisant pas partie de l'Académie, ne pouvait répondre que de loin. La presse seule était ouverte à la défense, M. Bouchut y fit appel, et la *Gazette des hôpitaux*, où l'on retrouvera toute la discussion, s'ouvrit largement au débat (voir *Gazette des hôpitaux*, 1858, pp. 436, 442, 515, 517, 520, 528, 539, 550, 552, 563, 576, 577).

La communication de M. Bouchut fut traitée d'*étrange*. Il avait « pris la triste tâche de combattre une médication toute française ». Enfin une phrase odieusement interprétée par un artifice oratoire de M. Bouvier entraîna Trousseau à la tribune. Ce ne fut plus de la discussion : ce fut une exécution.

On sait le reste. Attaqué dans son caractère, dans son honneur, M. Bouchut, fort de sa conscience et de sa valeur, rendit coup pour coup et combattit pied contre pied. Nous n'avons pas à redire comment cette discussion pesa sur toute la vie scientifique de M. Bouchut. Toutes les avenues de la science officielle lui furent barrées ; mais ce qu'on ne put empêcher, c'est la place considérable qu'il prit dans l'enseignement libre et le premier rang qu'il conquit dans la clinique infantile.

Ces tristes souvenirs nous reviennent en voyant reparaître en Angleterre (Macewen) et en Amérique (Waxham) cette méthode étranglée, il y a près de trente ans, en France. L'histoire nous ménage de ces surprises ; aussi bien avons-nous pensé que nos lecteurs liraient avec intérêt l'extrait suivant du mémoire de M. Waxham. Les progrès si considérables de la chirurgie rendront-ils un jour à la pratique l'idée si ingénieuse de M. Bouchut?

Nous donnons la parole à M. Waxham, professeur des maladies des enfants au Collège des médecins et des chirurgiens de Chicago.

Il y a un peu plus d'un an, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société médicale de Chicago les instruments du docteur O. Dwyer, relatifs au tubage, et de pratiquer devant elle l'opération sur le cadavre. Tout d'abord les tubes étaient simples, sans supports et trop fréquemment rejetés pendant la toux et le vomissement : leur longueur et leur poids seuls les maintenaient en position.

En outre, les extrémités des tubes étaient trop petites, et après en avoir perdu un dans la trachée, nous fûmes convaincu de la nécessité d'une modification. La première, véritablement importante, consiste dans l'addition d'un support destiné à maintenir le tube. Celui-ci consistait en un léger renflement ou élargissement du centre du tube; encore était-il insuffisant et fréquemment rejeté par les enfants vigoureux. Le diamètre fut de nouveau augmenté, et quoique parfois encore il arrive que le tube soit rejeté, il est néanmoins assez large pour être maintenu sans danger. Une autre modification consista dans l'élargissement de la tête du tube, afin d'empêcher sa chute dans la trachée. Une troisième, et je crois très importante, a été la construction de tubes à parois plus minces et par là plus légers, et d'un calibre

plus large, permettant la facile entrée de l'air et l'expulsion de la fausse membrane.

Aucun changement n'a été fait dans la manière d'introduire l'instrument et de placer le tube.

En voulant substituer le tubage du larynx à la trachéotomie, la première et la plus importante question qui se pose, c'est la comparaison des résultats des deux méthodes. Les livres classiques donnent généralement une moyenne de une guérison pour trois cas de trachéotomie, mais on conviendra que cette proportion est trop forte. On doit se souvenir que ce sont là les statistiques d'un très petit nombre de nos plus habiles opérateurs. Les milliers de médecins qui n'ont pas eu les mêmes succès ne publient pas leurs observations. J'ai eu moi-même avec la trachéotomie des résultats décourageants, et cependant chaque malade avait été surveillé et soigné avec le plus grand soin. Je connais un médecin qui, sur cinquante trachéotomies, n'a eu que deux succès; un autre, réputé pour son habileté chirurgicale, a fait l'opération vingt fois sans sauver un seul malade; un troisième quatorze fois, un quatrième huit fois, sans aucun succès; enfin un cinquième eut une guérison sur quinze cas, ce qui en tout donne trois guérisons sur cent sept cas. Je connais un chirurgien éminent qui laisse à d'autres le soin de faire une opération qui ne lui inspire plus aucune confiance. C'est pourquoi, connaissant ces faits, j'ai été souvent étonné de voir les livres classiques accorder tant de valeur à la trachéotomie, et je me suis demandé si cette opération était bien justifiée.

En faisant la statistique des trachéotomies faites à Chicago, j'ai trouvé 58 guérisons sur 306 cas, c'est-à-dire une moyenne de 18,95.

Dans 138 cas, la moyenne de l'âge des malades était de cinq ans et un mois. Toutes les fois que la cause de la mort a été recherchée, on a presque toujours trouvé une bronchite pseudomembraneuse.

En opposition avec ces statistiques, j'ai le plaisir de rapporter 83 cas d'intubation avec 23 guérisons, ce qui donne une moyenne de 27,71 guérisons pour 100 cas. L'âge moyen des malades était trois ans et sept mois.

Sur les 56 malades que j'ai traités, 20 étaient mourants au moment de l'opération et 40 avaient une diphthérie maligne caractérisée par des symptômes graves et une production abondante de fausses membranes, aussi bien dans le larynx que dans le pharynx. Dans 18 cas, l'exsudat pharyngien était léger, mais toujours la fausse membrane fut expulsée sous forme de muco-pus, de filaments ou de lambeaux. L'opération fut toujours faite pour prévenir une suffocation menaçante et alors qu'il n'y avait plus d'espoir qu'en une opération chirurgicale. Outre les 18 guérisons déja citées, l'opération réussit parfaitement dans 18 autres cas qui néanmoins se terminèrent plus tard par la mort. Ainsi 4 malades moururent sans souffrance avant l'extraction du tube, emportés par la violence de la diphthérie; trois autres, quelques jours après l'enlèvement du tube, succombèrent à l'épuisement; 1 fut emporté par une paralysie du cœur; 1 autre par l'urémie; 3 par une pneumonie hypostatique et 6 autres de pneumonie due à de mauvaises conditions hygiéniques. En ajoutant ces cas à ceux dans lesquels la guérison fut complète, on obtient le chiffre de 41 ou de 49,39 p. 100 comme représentant la proportion des cas dans lesquels l'opération fut complètement satisfaisante; dans tous les autres, la mort eut généralement lieu par extension de la fausse membrane dans les bronches.

Le 5 mai, j'étais appelé à pratiquer le tubage sur un nourrisson de quatorze mois, soigné par le docteur Lawless. Cet enfant était convalescent d'une rougeole, lorsqu'il fut atteint par la diphthérie. L'exsudat pharyngien était léger mais s'était rapidement étendu au larynx. Le professeur Steele, qui était présent, exprima cette opinion que l'enfant n'avait que quelques heures à vivre s'il n'était point opéré. Le tubage fut rapidement fait et une amélioration notable se produisit aussitôt. Une grande quantité de mucus et de fausses membranes ramollies fut expulsée et le petit malade fut pris d'un sommeil tranquille. Le lait de sa nourrice lui fut donné par cuillerées pendant deux jours, après quoi il put prendre le sein; il paraissait vigoureux et toussait avec force.

Avec l'assistance des docteurs Lawless et Claudenning, le tube fut enlevé au bout de deux jours, mais on dut le réintroduire le troisième jour; l'enfant s'affaiblit et sembla aller plus mal : du mucus et des fausses membranes ramollies s'étaient collectés dans le tube, et il n'avait point suffisamment de force pour les expectorer. Le soir du troisième jour, le tube fut de nouveau enlevé, parfaitement nettoyé et réintroduit. L'enfant était dans de mauvaises conditions et peu d'espoir restait de le sauver. Le 9 mai, vers deux heures, je fus appelé pour le revoir, et je le trouvai en convulsions. La respiration était fréquente et embarrassée, signe évident d'une obstruction du tube. Le tube fut encore enlevé, après un séjour, cette fois, de trois jours et demi. La respiration, quoique très rapide (70 R par minute), était comparativement facile, et l'instrument ne fut plus réintroduit. Des cataplasmes chauds de farine de graine de lin furent appliqués sur la poitrine et le lendemain matin il y avait une amélioration marquée. La convalescence marcha lentement mais sûrement; en peu de jours le petit malade était entièrement hors de danger et la guérison fut complète.

Comme conclusion, je dirai que le tubage présente beaucoup d'avantages sur la trachéotomie. La facilité et la rapidité avec laquelle l'opération peut être effectuée, le parfait bien-être du malade et sa rapide convalescence après l'extraction du tube contrastent grandement avec ce que l'on observe pour la trachéotomie. En outre, le tubage réussit mieux. Tandis que les statistiques de Chicago donnent 18,95 guérisons sur 100 trachéotomies, celles du tubage donnent 27,71. Le plus habile opérateur de Chicago a fait 33 trachéotomies et a eu 9 guérisons dans une période de vingt ans. Ce fait qu'en une seule saison j'ai pratiqué le tubage un plus grand nombre de fois et ai eu plus de succès montre, au delà de toute évidence, la supériorité de la nouvelle opération sur la trachéotomie.

En terminant, je remercierai mes confrères. (Suivent les noms des soixante médecins qui ont signé ce rapport.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

Du projet de réforme des articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle et de la loi des aliénés du 30 juin 1838.

Le principal caractère de la médecine légale est d'emprunter ses procédés aux autres sciences ; sa grande difficulté réside dans l'application de ces procédés. L'instruction devant être secrète, vous ferez vos constatations seuls ; si ensuite vous êtes défavorables à l'inculpé, son avocat vous trouvera bien sévère et vous passerez pour un auxiliaire du procureur de la République. Vous serez aussi en désaccord avec le magistrat, qui vous demandera : « Un tel est-il responsable ? » parce que vos investigations ne porteront pas du même côté, le magistrat recherchant quel acte a commis cet homme, et vous, au contraire, quel homme a commis cet acte. De là des préventions contre les médecins légistes qui ont abouti à deux projets de loi : 1° le projet de réforme, au point de vue de l'instruction, du code d'instruction criminelle ; 2° le projet de réforme de la loi des aliénés du 30 juin 1838.

Tout ce qui concerne les expertises au criminel est contenu dans les articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle. — « Article 43 : Le Procureur de la République se fera accompagner au besoin d'une ou de deux personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit. » —

« Art. 44 : S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, le procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et l'état du cadavre... »

Soyez convaincus que le projet de réforme de ces articles a été uniquement inspiré par cette idée que les experts sont suspects de parti-pris.

Il est indéniable qu'il y a eu des cas où les experts ont commis des erreurs. Mais il est des médecins absolument incompétents et même incapables de faire d'un rapport autre chose qu'un acte d'accusation. Témoin celui qui, ayant à examiner une femme trouvée morte dans une fontaine, ne se donna même pas la peine de chercher une trace de contusion ou d'ecchymose, ne fit pas d'autopsie et rédigea un rapport médico-légal en ces termes : « Pour moi, il est évident que cette femme a été noyée par son mari, car celui-ci prétextait toutes les nuits des coliques hépatiques l'obligeant à aller se promener, pour pouvoir coucher avec une dame, et il a dû noyer sa femme pour s'en débarrasser. » Quand un procureur de la République a une pièce pareille entre les mains, il n'a qu'une chose à faire, c'est de nommer un autre expert.

Quoi qu'il en soit, dans les projets on propose de rétablir l'instruction contradictoire et de nommer deux experts. Jusqu'à ces dernières années, on avait nommé toujours deux ou trois experts dans les affaires criminelles, et l'article 44 prévoit en effet le chiffre de deux. Mais lorsque M. Baroche devint garde des sceaux, il trouva que les frais nécessités par les expertises médico-légales étaient trop considérables et il recommanda de n'en plus nommer qu'un.

Il y a pour l'expert, dans cet isolement et cette responsabilité assumée tout entière, quelque chose de pénible, surtout au point de vue de l'opinion publique, quand il vient demander la tête de l'inculpé.

Aussi je suis personnellement d'avis qu'on établisse l'instruction contradictoire, et je désire vivement qu'on nomme deux experts. Quelqu'un a dit que, dans les hôpitaux, l'élève est la sauvegarde du malade. De même dans les expertises, le collègue sera la sauvegarde de l'inculpé, parce que vous serez obligés de justifier devant lui et devant vous-mêmes les raisons de vos conclusions. C'est ainsi qu'en Allemagne il existe dans chaque district un médecin chargé des affaires médico-légales. Mais toutes les fois qu'il y a une autopsie à faire, c'est le chirurgien de l'endroit qui la fait en sa présence, et le juge d'instruction est obligé d'y assister avec le greffier qui, après avoir pris des notes, dresse un procès-verbal que les médecins signent *ne varietur*. De cette façon, on évite ce danger grave de faire une autopsie sans prendre aucune note, et de rédiger son rapport plusieurs jours après, quand le juge d'instruction le réclame.

Mais voici où la difficulté commence. Le premier médecin sera choisi par le juge d'instruction ou le procureur de la République; le second, par l'inculpé lui-même qui sera prévenu qu'il a à désigner son expert. Tout cela demandera du temps. Les deux médecins commis prendront un rendez-vous : il n'est pas toujours facile de trouver une heure commode où on est libre tous les deux. Or qu'est-ce qui se passe pour les attentats à la pudeur en particulier. Si on vient tout de suite et qu'on ne trouve que des rougeurs, quelques érosions insignifiantes, on conclut à l'immunité de l'inculpé, mais si on arrive le quatrième ou le cinquième jour, les traces d'une tentative de coït auront eu le temps de s'effacer et on hésitera alors à innocenter.

Il en sera de même pour les autopsies qu'on ne pourra plus faire, en province surtout, que quatre ou cinq jours après la mort. Souvent, après ce laps de temps, la putréfaction est déjà avancée.

Ce n'est pas tout. Dans les affaires d'empoisonnement, je ne vois pas trop deux chimistes, assistant l'un et l'autre pendant quinze jours, avec surveillance mutuelle, à une évaporation à froid, dans la recherche des alcaloïdes. Pour peu surtout que chacun d'eux ait plusieurs affaires en train à la fois, ils se trouveront très gênés.

Il y a dans les projets une chose excellente. Actuellement, le juge d'instruction peut choisir qui il veut, ce qui entraîne parfois des abus. Or, dans les projets, les Facultés dresseront, d'accord avec les cours d'appel, des listes d'experts parmi lesquels on sera forcé de choisir. Sans cette précaution, on aurait bientôt vu naître la profession de contre-expert à l'usage des inculpés, profession qui aurait été embrassée par des médecins d'une honorabilité douteuse.

Voici sur quoi nous avons appelé l'attention de la Chambre. Deux experts représenteront forcément deux intérêts inverses. Quand nous étions seuls, nous ne parlions qu'au nom de la science que nous aurions craint de profaner en lui associant une autre préoccupation, et s'il y avait un doute possible nous faisions pencher la balance en faveur de l'inculpé. La discussion, au contraire, n'a pas pour effet de rendre impartial. Plus on discute, plus on s'enferre dans ses opinions, si bien qu'il y aura toujours deux opinions opposées en présence et qu'on verra se renouveler les dissensions scandaleuses des affaires Lafarge, Lapommeraye Danval et autres où le corps médical était partagé en deux. Ces conflits, en apparence scientifiques, pour lesquels le public se passionne, jettent toujours un grand discrédit sur la science. C'est ainsi que les choses se passent en Angleterre, aussi un homme un peu considéré et considérable n'accepte-t-il jamais ce rôle d'expert.

Ces difficultés, vous les rencontrerez à l'état aigu en province, dans les petites villes où le *pessima invidia medicorum* qu'on a beaucoup exagéré a pourtant une part de vrai, et où les questions de réputation t de rivalité seront mises en jeu sur une arène périlleuse.

Nous avons donc proposé d'établir, comme en Allemagne, un tribunal de superarbitres. Chaque fois que la conclusion d'un rapport est contestée, on envoie le rapport à ce tribunal qui statue en dernier ressort. Et les contestations sont excessivement rares devant le tribunal. Mais je n'ai pas trouvé un grand appui dans le Parlement. On m'a objecté que ce tribunal serait le Conseil des Dix à Venise, que personne ne saurait ce qui s'y passe, etc. Ce sont là des armes de discussion.

Souvent, il faut l'avouer, les experts sont mal choisis. Pourquoi ? Parce que les jeunes médecins qui arrivent dans une ville, sans avoir fait de médecine légale, tâchent de se faire bien venir des autorités et obtiennent ces fonctions qui ont du moins l'avantage de les mettre un peu en vue. Mais dès qu'un médecin a un peu de clientèle, il recommande à son domestique de dire quand il verra venir un gendarme, qu'il est à la campagne et ne rentrera pas de bonne heure. C'est la formule. Et la principale raison dont il faut bien parler, quoiqu'elle ne soit pas très relevée, c'est la question des honoraires. Ils sont toujours fixés par les décrets du 8 juillet 1811 et du 7 avril 1813. On comprend

qu'il soit difficile à la magistrature de trouver des hommes compétents pour le tarif absolument dérisoire et impertinent qui existe. Les opérations ordinaires se payent à Paris 6 francs ; dans une ville de 40000 âmes, 5 francs, et dans une petite ville, 3 francs. En entendant ces chiffres, les sénateurs ont souri.

Pour une ouverture de cadavre, on a, dans les mêmes catégories de villes, 9, 7 et 5 francs. Les médecins de province surtout sont victimes de cette situation, non seulement quand ils doivent perdre toute une journée dans un transport de justice, mais aussi quand l'affaire se suit et qu'ils sont obligés d'aller passer quelquefois deux ou trois jours au chef-lieu, avec une indemnité de 2 fr. 50 par myriamètre parcouru et de 2 francs par jour.

Malheureusement, il n'y a pas d'amélioration à espérer de ce côté à l'heure qu'il est : on en est aux économies.

Comme conclusion, si vous connaissez des députés, vous pouvez leur accorder l'instruction contradictoire. Mais demandez-leur que les questions de science soient jugées en dehors des débats et du public qui se passionne pour des choses qu'il ne comprend pas.

Le second reproche qu'on nous fait, c'est de voir des aliénés partout. Il n'est pas vrai que nous en voyions partout, mais lorsque nous en voyons, convaincus que l'aliénation est une maladie dangereuse, nous prenons des mesures préservatoires pour empêcher ceux qui en sont atteints de nuire à la société. Les magistrats prétendent qu'il appartient à eux seuls de dire : « Désormais tel homme sera privé de sa liberté. »

J'admets que la magistrature doit être avisée de ces privations individuelles, mais elle doit laisser au médecin le droit de juger la question d'opportunité.

Je ne crains pas d'avouer que, parmi les membres de la commission extra-parlementaire chargée d'étudier le projet de réforme, pas un n'avait lu en entier jusqu'alors la loi du 30 juin 1838, qu'il s'agissait de réformer. Dans le même cas sont sans doute tous ceux qui soutiennent, comme on l'a dit ce matin encore au Conseil général des Facultés, qu'il suffit d'un certificat de médecin pour enfermer un individu.

Cette loi distingue les placements volontaires et les placements d'office. Ce n'est évidemment que dans ces derniers qu'on peut soupçonner l'internement arbitraire.

Or voici comment les choses se passent d'après la loi : 1° il faut un certificat de médecin constatant l'état mental de l'individu ; 2° dans les vingt-quatre heures, un nouveau certificat du directeur de l'établissement adressé au préfet de police à Paris ou au préfet lui-même en province ; 3° dans les trois premiers jours, des inspecteurs d'aliénés sont chargés par le préfet d'un nouveau contrôle ; 4° enfin dans les quinze jours, le procureur de la République ou son substitut procèdent à une dernière constatation.

Dans les projets, on ne voudrait pas laisser au médecin de la famille seul le pouvoir d'enfermer un des membres dans ces *nouvelles Bastilles*, le *medicus familiaris* pouvant être suspect de parti-pris ou d'entraînement par certains membres. Il devrait donc appeler un confrère en consultation. Ou bien le certificat serait rédigé par un seul médecin qui, au lieu du certificat banal actuel, serait tenu de faire un rapport détaillé, lequel serait visé par un second médecin. Mais il est probable que celui-ci apposerait sa signature sans même lire le rapport, comme d'ailleurs cela se passe en Angleterre.

Nous avons demandé à M. Barbier, aujourd'hui président de la Cour de cassation, de nous citer seulement un fait de séquestration arbitraire. Il a fait avec M. Berger, du Conseil d'État, une enquête qui a duré plusieurs mois et il n'a pas pu nous en fournir un seul exemple. Sans doute, il y a des individus qui ont été enfermés ayant le délire ordinaire, ce délire qui est souvent l'équivalent de la fièvre. C'étaient des erreurs de diagnostic qui ont été réparées promptement, en sorte qu'il n'y a pas eu séquestration. Et nous avions du reste proposé, en prévision de ces cas-là, à un ministre de l'intérieur, des pavillons d'internement provisoire, où les malades auraient passé quelques jours d'épreuve.

La question se complique d'un facteur avec lequel il faut compter. Je veux parler des précautions naturelles de la famille pour cacher la folie d'un de ses membres. Or si on multiplie les formalités et les difficultés, les aliénés se sauveront hors frontières, dans ces maisons tenues dans la province de Bade et en Suisse par des pasteurs. Et, qu'on y prenne garde, c'est là que la séquestration arbitraire deviendra possible.

En définitive les mesures qui semblent bonnes à prendre sont surtout : 1° un rapport au lieu d'un certificat du médecin ; 2° un conseil départemental pourvoyant dans les cinq jours à l'administration des biens de la personne interdite, car il y a eu sur ce point des dilapidations abusives ; 3° la visite du procureur de la République faite dans les cinq jours.

Mais il serait mauvais qu'un tribunal statuât sur la maladie elle-même et qu'un homme fût déclaré fou de par un jugement qui pèserait sur toute sa vie et sur sa famille. Ah ! je vous réponds qu'alors ils iraient à l'étranger.

Pourtant, un gros vice de la loi de 1838, c'est qu'une fois qu'on est dans un asile d'aliénés, on puisse être relâché quinze jours après, presque sans formalité. En Angleterre où ils sont cependant très désireux de ne pas violer la liberté individuelle, on passe, lorsqu'on semble guéri, dans un asile tout particulier dont on ne peut sortir que par un jugement de Sa Très Gracieuse Majesté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 novembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

De la fonction photogénique chez les myriapodes lumineux. — M. RAPHAEL DUBOIS présente un mémoire sur l'étude de la fonction photogénique chez les myriapodes lumineux. On avait signalé la propriété que possèdent certaines espèces de cette classe d'animaux de produire de la lumière, mais, jusqu'ici, aucune étude de ce point intéressant de la physiologie générale n'avait été entreprise. M. R. Dubois a pu donner l'explication du mécanisme de la production de la lumière chez ces curieux myriapodes. Il a montré que la luminosité n'émanait pas d'organes ou d'appareils spéciaux, mais qu'elle était due à des modifications physiologiques transitoires des parois de l'intestin, correspondant à une période de mue. L'auteur insiste sur ce fait que pour la fonction photogénique, de même que pour la fonction glycosurique, la fonction est indépendante de l'organe et que ce n'est pas l'étude anatomique qui permet d'expliquer une fonction physiologique. Chez les pyrophores, c'est dans le corps adipeux que se produit la lumière. Chez les myriapodes, c'est dans l'épithélium de l'intestin ; peu importe l'organe ou l'appareil. Tout réside dans la fonction qui peut s'exercer dans telle ou telle cellule, mais dont le mécanisme est toujours le même ; il s'agit d'une fonte granu-

leuse de celle-ci, résultat d'une véritable auto-digestion de l'élément anatomique.

Du traumatisme des cellules. — **M. CHABRY** fait connaître les expériences qu'il a faites au laboratoire de Concarneau sur le traumatisme des cellules. Sur des œufs d'Ascidie en segmentation, la piqûre d'une cellule au moyen d'un aiguillon de verre extrêmement fin détermine aussitôt la mort de la cellule par l'introduction dans le protoplasme d'une goutte d'eau de mer. Les cellules de segmentation des œufs d'oursin sont plus résistantes; piquées de la même manière, elles ne meurent pas et on peut même perforer l'œuf en différents sens, plusieurs fois et en traversant le noyau, sans cependant nuire au développement ultérieur. M. Chabry, en empoisonnant l'aiguillon de verre avec lequel il pique les cellules peut introduire dans le corps même de celles-ci des poisons, ce qui ouvre un nouveau champ d'expériences à la tératologie expérimentale et à la physiologie cellulaire en général.

Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel. — **M. BALZER** fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1100.)

La séance est levée.

Séance du 27 novembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

De la suggestion comme moyen curatif. — **M. CH. RICHET** communique, de la part de MM. Fontan et Segard, plusieurs cas de guérisons par suggestion; un matelot atteint d'arthrite, un soldat atteint d'uréthrite, un autre affecté de commotion cérébrale, ont été siugulièrement améliorés ou même guéris par une ou deux séances de suggestion. Celle-ci réussit surtout chez les jeunes bretons, en général très facilement hypnotisables.

Balance enregistrante. — **M. CH. RICHET** communique une note de M. C. Paul qui a fait, à l'aide d'un appareil enregistreur spécial, de nombreuses expériences sur les variations de poids des malades.

M. D'ARSONVAL emploie cette balance depuis quinze mois. Il inscrit en même temps la perte de poids d'un animal et sa production de chaleur. Il a fait ainsi des expériences dans lesquelles il a cherché quelle était l'influence de la température sur l'inanition. M. d'Arsonval reviendra ultérieurement sur ces expériences.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 novembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

De l'urticaire survenant à la suite de la ponction des kystes hydatiques du foie. — **M. DIEULAFOY**, à l'occasion de la dernière communication de M. Millard, cite plusieurs exemples d'urticaires survenus brusquement à la suite de la ponction de kystes hydatiques du foie. Dans un premier cas, il s'agit d'une femme atteinte de cette affection, à laquelle M. Dieulafoy pratiqua une ponction aspiratrice; aussitôt apparurent des symptômes de péritonite suraiguë, puis un urticaire généralisé, avec dyspnée et dysphasie. Cet urticaire dura trois jours, après lesquels tout disparut.

Il cite ainsi plusieurs cas d'apparition d'urticaires fébriles à symptômes généraux en imposant pour de la péritonite.

A côté de ces urticaires graves, on en voit de beaucoup plus sobres, de beaucoup plus bénins. M. Dieulafoy en cite un exemple qu'il a observé dans le service de M. Libermann, au Gros-Caillou; ponction aspiratrice, apparition d'un hémiurticaire léger.

M. Dieulafoy cite, en outre, l'exemple d'un urticaire survenu chez une malade atteinte d'un kyste hydatique, chez laquelle il avait été fait une simple piqûre avec la seringue de Pravaz, pour éclairer le diagnostic. En présence de ces faits, M. Dieulafoy met en doute l'existence de la péritonite chez la malade dont a parlé M. Millard dans la dernière séance, ces urticaires s'accompagnant presque toujours de symptômes péritonitiques.

Il ajoute qu'il n'a jamais vu l'urticaire se produire à une seconde ponction. La pathogénie de cet urticaire reste inconnue.

M. LABBÉ cite un fait d'urticaire ayant apparu chez une malade atteinte d'un kyste kydatique du foie, traité par les caustiques. Relativement au fait de M. Millard, M. Labbé rappelle qu'il a plusieurs fois insisté sur la fréquence de la pleurite de voisinage dans les cas de kystes hydatiques du foie. Il ajoute que la ponction capillaire est tout à fait inoffensive, mais qu'elle ne guérit pas toujours. M. Dieulafoy lui-même a cité un fait dans lequel il a ponctionné trois cents fois le même malade. M. Labbé pense que quand on a ponctionné deux fois un individu sans résultat, il faut intervenir chirurgicalement.

M. DIEULAFOY rappelle que la malade qu'il a ponctionnée trois cents fois était atteinte d'un kyste hydatique multiloculaire et qu'il l'a ainsi traitée toujours dans l'espoir d'arriver à tarir la source de ces kystes.

Traitement des pyrexies. — **M. ALBERT ROBIN** fait une communication sur ce sujet. Il s'applique à démontrer que, dans les fièvres, les oxydations, au lieu d'être augmentées, sont diminuées. Toute la thérapeutique actuellement mise en usage contre la fièvre se trouve donc appuyée sur une base inexacte. C'est à l'emploi des médicaments oxydants qu'il faut recourir. M. Robin a fait de nombreuses expériences dans ce sens sur les animaux. Il a essayé le chlorate de potasse, inapplicable chez l'homme à cause des doses excessives auxquelles il faudrait avoir recours. Il préférerait, à ce point de vue, l'alcool, les boissons abondantes, etc.

Corps helminthiformes. — **M. LABOULBÈNE** présente des corps helminthiformes provenant de l'intestin d'un enfant de douze ans auquel M. Lereboullet donne ses soins. Après examen au microscope, M. Laboulbène a reconnu que ces corps n'étaient autres que des fibres végétales enroulées, ayant tout à fait l'aspect extérieur de tricocéphales.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

La Villeneuve, le 25 novembre.

Monsieur le Directeur,

En présence de la leçon de M. le professeur Trélat et de la revendication de mon ancien camarade M. Tillaux, relativement à l'appareil employé pour la guérison des fractures de cuisse, revendication qui a motivé une réponse de M. Sonrier, je me demande pourquoi on ne se sert pas plutôt de l'appareil si simple inventé par M. V. Raoult-Deslonchamps, médecin principal de première classe. Cet appareil, facile à se procurer partout, rend surtout à la campagne, de grands services. Avec lui la guérison sans aucun raccourcissement doit toujours être la règle lorsqu'il est bien appliqué, comme j'en ai eu plusieurs fois la preuve. (Il faut même faire attention, en le plaçant, sous peine d'avoir un léger allongement du membre, ce qui, par hazard, pourrait être quelquefois utile).

Le silence sur cet appareil tiendrait-il à ce qu'il s'est présenté tout à fait en dehors de l'enseignement de l'École.

Toujours est-il que j'engage les médecins qui voudraient l'employer à consulter l'édition du *Traitement des fractures des membres* de V. Raoult-Deslongchamps. Librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, Paris, 1882.

Agréez, etc.

A. Roger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 novembre 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (1er corps d'armée), savoir :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lingrand, Biencourt, Vermullen, Soudée, Wemaere, Lourties, Rousseau, Monier, Dransart, Drapier, Rogie, Simon, Séailles-Ransan, Descarpentries, David, Goubert, Branly, Obled, Rafinesque, Catrice, Dreyfous, Fourrière, Culan, Hellet, Lejeune, Regnard, Fissiaux, Jean, Jozan, Cruet, Lelongt, d'Arsonval, Reuflet, Kinzelbach, Avezou, Lemaître (A.), Lemaître (V.), Bénard, Lebon, Ringuet, Malard, Dodré, Chipier, Gouverné, Decaisne (G.), Colliard, Foley, Baude, Mazier, Monnier, Lataste, Leroux, Dutertre, Cochet, Laurent, Decroix et Dron.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Devisme, Gruyelle, Delahaye, Sallefranque, Lemaire, Maton et Deschaintres.

— Les jurys suivants ont été constitués pour les divers prix donnés chaque année par la Faculté de médecine de Paris :

1° Prix Barbier. — MM. Béclard, Duplay, Guyon, Le Fort et Regnauld.

2° Prix Montyon. — MM. Brouardel, Fournier, Grancher, Peter et Proust.

3° Prix Chateauvillard. — MM. Brouardel, Charcot, Damaschino, Lannelongue et Trélat.

4° Prix Jenner. — MM. Brouardel, Gautier, Hayem, Laboulbène et Proust.

5° Prix Lacaze. — MM. Cornil, Jaccoud, Potain, Germain Sée et Vulpian.

6° Prix des thèses. — MM. Ball, Cornil, Guyon, Hayem, Mathias-Duval, Panas, Peter, Potain et Tarnier.

— Les questions données aux candidats de la deuxième division du concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris (internes de première et de deuxième années), ont été pour les deux épreuves orales :

1° Mal de Pott sous-occipital ; — 2° causes, signes et marche de la paralysie faciale.

Les lauréats sont : M. Sébileau, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Louis, qui a obtenu le prix (médaille d'argent); — M. Plicque, interne de deuxième année à l'hôpital des Enfants-Malades (accessit) ; — M. Klippel, interne de deuxième année à l'hospice de la Salpêtrière (1re mention) ; — M. Laffitte, interne de deuxième année à l'hôpital Tenon (2me mention).

La question donnée pour la première épreuve orale aux candidats de la première division (internes de troisième et de quatrième années) a été : Luxations traumatiques de la hanche.

Le classement des mémoires des candidats a lieu aujourd'hui lundi à cinq heures du soir à la Charité, et la deuxième épreuve orale aura lieu mercredi prochain, à quatre heures et demie, à l'hôpital de la Charité.

— Les dernières questions données aux candidats du concours de l'externat des hôpitaux de Paris, sont :

1° Rapports de la vessie chez l'homme ; — 2° articulation du coude ; — 3° configuration extérieure du cerveau ; — 4° os maxillaire inférieur ; — 5° rapports de l'estomac ; — 6° rapports du cœur ; — 7° artère humérale ; — 8° muscle grand oblique de l'abdomen.

L'épreuve orale de pathologie a commencé vendredi dernier, 26 novembre ; la première question donnée a été : De la manière de faire une autopsie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — L'ouverture du nouvel hôpital des Enfants donne lieu aux mutations suivantes :

M. R. Saint-Philippe est nommé médecin-chef de service audit hôpital ; — M. Verdalle est nommé chef de service à l'hospice des Incurables et à l'hôpital de la Contagion ; — M. Arnozan est nommé médecin-chef de service à l'hospice des vieillards.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Fochier prend le service de la clinique obstétricale et conserve le service de gynécologie, à titre provisoire ; — M. Levrat, major désigné de l'hospice de la Charité, prend le service des salles de chirurgie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Roux est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.

M. Lecordonnier est nommé préparateur du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Lenez et Vitoux sont nommés aides de clinique en remplacement de MM. Haushalter et Lefranc, démissionnaires.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Gourret, docteur ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Dayot est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Halsey est maintenu dans les fonctions de chargé d'un cours complémentaire de physique.

— *École des Hautes-Études.* — M. Péchard est nommé préparateur au laboratoire de chimie minérale, en remplacement de M. Didier.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Lory, professeur de géologie et minéralogie, est nommé doyen de la Faculté.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Killian est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques du laboratoire de géologie.

— M. le docteur Flaissières, conseiller municipal, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque de Marseille.

— M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le jeudi 2 décembre 1886, à deux heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. — Visite des malades, le matin à neuf heures et demie. Ce cours durera jusqu'à Pâques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière. — Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Vaillant ouvrira le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 2 décembre 1886, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera, à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles, tant de l'époque actuelle que fossiles, en s'attachant plus particulièrement à l'étude des *Lacertilia* (caméléons, lézards) et à la connaissance des espèces utiles ou nuisibles, de celles employées dans l'industrie ou l'économie domestique, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

— M. le professeur Van Tieghem commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végétales) le samedi 4 décembre 1886, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera des éléments de la botanique générale. Des leçons pratiques auront lieu le jeudi, au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20326

14

ANALYSE DE NOVEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de novembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.030,6
	gr.	
Beurre par litre	46.000	
Albumine	9.000	
Caséine	24.200	
Sucre de lait	50.800	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	137.300	137.300
Eau		893.300

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.265
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.629
Magnésie	0.747
Potasse	1.781
Soude	0.165
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.542
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

15

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

78

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mecomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel — Reboulleau

5

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. Bellini

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux.

Ph^ie^ LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et t^tes^ ph.

66

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle*.

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur*. Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine*.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

21

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2° En **Pilules**, à 10 centigr.; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

42

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

57

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

39

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

N° 140. — JEUDI 2 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 2 DÉCEMBRE 1886. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le vinage est close. D'accord sur le but, en dissidence seulement sur les moyens, c'est-à-dire sur le degré de prohibition qu'il convenait d'opposer aux abus et aux dangers du vinage, les membres de la commission et ceux de leurs collègues de l'Académie qui ont pris part à la discussion, ont fini par s'entendre, en entrant dans la voie des concessions réciproques. — Ceux-ci renonçant au principe de la prohibition absolue qu'ils avaient tout d'abord énoncé en tête du premier projet de conclusions, ont consenti à laisser une porte entr'ouverte au vinage restreint fait dans des conditions acceptables d'honnêteté et de sécurité hygiénique. Ceux-là reconnaissant l'utilité de mettre un frein à des pratiques aussi frauduleuses que contraires aux intérêts de la santé publique, sans se départir toutefois complètement de l'esprit de tolérance compatible avec des nécessités pratiques aussi bien qu'avec la sécurité, qui les avait constitués à l'état d'opposants, ont mis un terme à leur opposition. — Les uns et les autres ont fini par tomber à peu près d'accord en se plaçant sur un terrain mixte où chaque parti a trouvé satisfaction. Tel est, comme on en pourra juger par le court résumé que M. J. Rochard a fait de cette discussion et qui nous dispense, par parenthèse, de nous arrêter plus longtemps sur cette question, l'esprit dans lequel ont été formulées les nouvelles conclusions, que l'on trouvera dans le compte rendu de la séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

I. Érysipèle artificiel. — II. Tuberculose péritonéo-intestinale.

I. Avant de laisser passer dans le service de chirurgie, auquel elle appartient, la malade du n° 19 de la salle Sainte-Anne, je voudrais vous dire quelques mots de certains phénomènes morbides curieux qu'elle présente, et appeler votre attention sur un fait de pratique vulgaire, il est vrai, mais important cependant à connaître.

Cette femme, en effet, est atteinte d'une éruption mal définie, d'une sorte d'érythème, que tout d'abord nous avions été tentés de considérer comme d'origine parasitaire, et cela d'autant plus qu'un premier examen suffisait pour faire reconnaître sur elle non seulement la présence d'une quantité de pediculi, mais encore de nombreux sillons d'acare.

Cependant, poux et gale ne suffisaient pas à nous expliquer l'aspect particulier de la face, son aspect turgide avec les paupières fortement œdématiées comme s'il s'agissait d'un érysipèle de la face, d'autant plus que, si l'on consultait la température et le pouls, on constatait une apyrexie complète, ce qui devait nous conduire à exclure toute idée d'érysipèle, du moins d'un érysipèle ordinaire. Bref, après examen et après interrogatoire de la malade, nous concluions à un diagnostic d'éruption *artificielle*.

En effet, cette femme, pour combattre les démangeaisons extrêmement vives auxquelles elle était en proie, avait eu la malencontreuse idée de se frotter le visage avec du vinaigre. De là l'érythème, ou mieux, la dermite artificielle qu'elle s'était donnée, dermite plus douloureuse en réalité qu'un véritable érysipèle.

Ce matin les douleurs de la face sont encore plus accentuées, avec gonflement des téguments, avec une lymphangite superficielle et profonde, si bien qu'elle fait en ce moment un phlegmon de la face compliqué d'otite, accidents pour lesquels elle va passer aujourd'hui même dans un service de chirurgie.

Cette femme nous présente donc un type parfait de dermite artificielle ou faux érysipèle, affection beaucoup moins rare qu'on le croit généralement. En effet, c'est ainsi qu'on observe assez fréquemment de ces érysipèles *artificiels* de la face survenant à la suite d'applications de thapsia, par exemple, sur la poitrine, pour une bronchite, l'individu se grattant par suite des démangeaisons auxquelles donne lieu le thapsia et portant ensuite ses mains à la figure. C'est là un petit fait de clinique pratique, important néanmoins à retenir à cause des erreurs de diagnostic qu'on est parfois exposé à commettre si on ne le connaît pas.

Ce que je viens de dire du thapsia est également applicable à la teinture d'arnica dont les lotions ont souvent donné lieu aussi à de semblables érysipèles artificiels ; j'ai fait, il y a quelques années, une leçon sur ce sujet, à propos

d'une dermite de toute une moitié du corps survenue dans ces conditions. Ainsi que l'a dit avec raison, mon maître M. Hardy, si l'arnica n'a jamais fait de bien à personne, en revanche ses applications sur la peau ont souvent fait du mal en déterminant de semblables érysipèles.

II. Je vous ai fait, il y a quelque temps, une leçon sur une malade atteinte de typhlite sur la nature de laquelle nous avions émis le diagnostic de typhlite stercorale et peut-être tuberculeuse (1).

Je vous disais, en effet, que sa constipation habituelle ne suffisait pas pour nous expliquer la persistance de certains accidents, notamment de la fièvre, d'une température oscillant entre 38 et 39 degrés, d'une exacerbation vespérale quotidienne, alors que l'état local s'était considérablement amendé. Et j'ajoutais alors : pour moi il existe certainement autre chose que de la typhlite stercorale; et sans pouvoir affirmer, malgré notre conviction que nous fussions en présence d'un commencement de phymatose — nous n'en avions pas encore la preuve — cependant, vous disais-je, nous ne devons pas oublier que la typhlite tuberculeuse, quoique rare, a de ces modalités insidieuses qui tiennent souvent le diagnostic en échec pendant quelque temps ; c'est ce que nous retrouvions aussi chez notre malade.

Bref, je terminais ma conférence en plaçant un point d'interrogation devant le diagnostic et en vous communiquant mes appréhensions sur l'avenir pathologique de cette malade, faisant les plus expresses réserves quant au pronostic.

Aujourd'hui diagnostic et pronostic ne sont plus hésitants, et le point de doute doit être effacé ; il s'agissait bien d'une phymatose commençante. Notre malade est en train de faire maintenant une détermination tuberculeuse abdominale ; elle se cachectise tout à fait ; les phénomènes fébriles continuent avec leur exacerbation vespérale ; l'amaigrissement augmente de jour en jour ; il se fait une sorte d'émaciation générale et nous nous trouvons réellement en présence d'une tuberculose péritonéo-intestinale.

Ce fait nous confirme de plus en plus dans les réserves qu'il faut savoir garder en pareils cas quant au pronostic à émettre ; il faut savoir ne pas se prononcer trop tôt, ne pas promettre trop hâtivement la guérison d'une typhlite dès que la débâcle intestinale s'est produite, surtout lorsque, l'état local s'étant amélioré, un certain état général persiste avec phénomènes fébriles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Amputation de Chopart. Épithélioma cicatriciel, récidive, amputation de la jambe.

Nous avons à pratiquer aujourd'hui une amputation de jambe, au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Le malade est un homme qui, depuis nombre d'années, s'est placé sous ma direction chirurgicale, et chez lequel j'ai dû intervenir à plusieurs reprises.

Tout d'abord, à la suite d'une lésion traumatique grave du pied droit, il a dû subir l'amputation de Chopart. L'opération réussit parfaitement et, au bout de quelque temps, cet homme quittait l'hôpital parfaitement guéri; mais une chaussure mal faite, à laquelle il ne prit pas garde malgré les douleurs qu'elle lui faisait endurer en marchant, détermina, par les frottements qu'elle exerçait sur la cicatrice, une inflammation assez vive de cette cicatrice, puis une ulcération. Bien qu'il souffrît assez fortement, surtout dans ses travaux des champs, il ne s'en préoccupa pas beaucoup, il continua à marcher et à travailler jusqu'à il y a douze ans. A cette époque, il vint de nouveau à Paris me consulter, et je constatai alors l'existence d'un épithélioma développé sur la cicatrice même de la plaie opératoire faite quelques années auparavant, lors de l'amputation de Chopart.

Il s'agissait donc d'un de ces épithéliomas cicatriciels analogues à ceux que l'on observe quelquefois, par exemple, sur le bras de malades auxquels on a appliqué antérieurement des cautères.

Ces épithéliomas cicatriciels, tout à fait différents, par un certain nombre de caractères, des autres épithéliomas, ont, comme propriété particulière, de marcher, d'évoluer avec une très grande lenteur. — Nous en avons une nouvelle preuve, vous le voyez, chez notre malade, où le néoplasme ne s'est développé que très longtemps après l'amputation de Chopart. — Ils présentent aussi cette particularité d'entraîner généralement fort peu d'accidents avec eux; enfin ils ne déterminent que rarement des retentissements ganglionnaires. Aussi est-on en droit de les considérer, en général, comme relativement bénins.

J'ajoute que les épithéliomas cicatriciels présentent deux variétés : la variété glandulaire et la variété papillaire. C'est à cette dernière qu'appartient la tumeur néoplasique de notre malade. Or, quand je le vis, il y a douze ans, la cicatrice sur laquelle l'épithélioma s'était développé était très mobile, sans aucune adhérence avec le tissu osseux ni les tissus voisins; je pus en faire l'ablation complète. Le résultat fut excellent et la guérison se fit par première intention. Le malade retourna dans son village et put marcher de nouveau aussi facilement que par le passé, mais avec la même insouciance des frottements ou pressions qui pouvaient s'exercer sur cette nouvelle cicatrice.

C'est ainsi qu'une récidive se produisit, récidive légère, il est vrai, à évolution extrêmement lente, puisqu'elle mit près de neuf années à se produire. C'est ainsi également, que cet homme vint de nouveau, il y a trois ans, me consulter; j'eus alors l'intention d'opérer la destruction de ce nouvel épithélioma par les caustiques, par la pâte de Vienne; mais le malade se refusa, à cette époque, à toute intervention opératoire, et retourna dans son pays.

Aujourd'hui, il se présente à nous de nouveau, mais dans des conditions plus défavorables qu'en 1883 ; l'épithélioma a continué sa marche progressive et, sans avoir pris cependant une bien grande extension, il n'en a pas moins une importance plus grande qu'il y a trois ans, surtout en raison de sa propagation aux tissus sous-jacents.

En effet, la cicatrice n'est plus seule envahie par le néoplasme, mais la plaque épithéliomateuse adhère aux tendons et au tissu osseux; de là un pronostic plus grave, bien que je n'aie constaté encore aucun retentissement sur le système ganglionnaire. Aussi, vaincu par la douleur et l'impotence qui en résulte, cet homme, non seulement accepte une opération chirurgicale, mais il insiste même pour qu'on lui coupe la jambe.

Or, au point de vue chirurgical, plusieurs opérations peu-

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 949.

vent être tentées : on pourrait se borner à enlever en coin la plaque cicatricielle épithéliomateuse ainsi que la portion osseuse malade, ou bien encore pratiquer une amputation ostéoplastique, en conservant le calcanéum en partie, de façon à garder un point d'appui pour la marche ; enfin nous avons aussi le procédé de M. le professeur Guyon, procédé dans lequel on va chercher un lambeau postérieur talonnien sur lequel le pied puisse ultérieurement reposer sur le sol.

Mais, je vous l'ai déjà dit, le malade insiste, par peur d'une nouvelle récidive et en raison des douleurs qu'il éprouve, pour une opération radicale, pour une amputation de la jambe. Ses instances ne seraient pas un motif suffisant, pour nous, de faire cette opération, si nous n'entrevoyions pas en elle plus d'avantages pour notre malade à marcher plus sûrement avec une jambe de bois qu'avec sa propre jambe, qui lui permettrait *peut-être* de reposer directement par le talon sur le sol. Je cède donc à ses désirs, puisqu'il ne s'agit, en somme, que d'une affaire de formes, dénuée de tout danger chez un homme robuste et bien portant. De plus, je vois aussi à l'amputation cet avantage, en dépassant de beaucoup la zone suspecte, de le mettre bien plus encore à l'abri d'une nouvelle récidive.

Je vais donc pratiquer l'amputation du membre au tiers inférieur de la jambe, et, sans trop rapprocher les lambeaux, j'appliquerai le pansement ouaté après avoir mis un drain dans la plaie.

Les épithéliomas des cicatrices sont rares, mais ils appartiennent à la classe des néoplasmes rebelles ; il faut donc faire la part de l'individu ; c'est pourquoi, après l'opération, cet homme sera soumis à une médication par les alcalins et l'arsenic, pour modifier la crase sanguine et, par là, prévenir, si possible, toute nouvelle récidive.

HOPITAL D'ELBEUF. — M. Buffet.

Ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires. — Résection de deux apophyses articulaires. — Grattage d'un corps vertébral. — Guérison.

Veuve X..., quarante-sept ans, journalière, demeurant à Caudebec-les-Elbeuf, est entrée dans les premiers jours de juillet à l'hôpital d'Elbeuf pour se faire opérer un trajet fistuleux de la région costo-iliaque gauche, maladie dont elle est atteinte depuis le mois de février, à la suite d'un abcès.

Comme antécédents morbides, elle accuse une fièvre typhoïde contractée il y a vingt ans ; elle a eu neuf grossesses qui se sont toutes bien terminées ; il n'y a pas de maladies diathésiques dans sa famille, et la malade a joui jusqu'alors d'une bonne santé. Elle n'a jamais rien eu du côté de la poitrine, n'a jamais rien remarqué d'anomal dans l'émission de ses urines ; elle se plaint simplement d'un peu de faiblesse dans les reins (colonne vertébrale) et elle se fatigue très vite debout.

L'examen de la lésion démontre que le trajet fistuleux communique avec plusieurs clapiers, dont trois principaux se dirigent, l'un profondément du côté et sous la masse sacro-lombaire jusqu'à une surface osseuse dénudée qu'on sent très bien avec le stylet.

Un deuxième se prolonge sous la paroi antérieure de l'abdomen dans une étendue de 5 centimètres : il est sus-aponévrotique ; le troisième est également sus-aponévrotique et descend verticalement au-devant de l'os coxal dans une étendue de 10 centimètres.

C'est évidemment une lésion osseuse qui est le point de départ de ces désordres. Quelle est-elle ?

Est-ce une côte ou la colonne vertébrale elle-même qui est malade ? Le diagnostic reste indécis.

L'opération est pratiquée le 10 juillet avec l'aide des docteurs Petit et Bertrand ; la malade est seule dans une chambre, et les précautions antiseptiques sont rigoureusement observées.

Je fais à la peau deux incisions parallèles, partant l'une du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; l'autre 10 centimètres au-dessus et aboutissant à la ligne des apophyses épineuses. Je réunis les deux extrémités antérieures de ces deux incisions par une troisième verticale, et je dissèque ainsi un lambeau en forme de volet qui se rabat sur la masse sacro-lombaire droite.

J'aperçois alors dans la plaie ainsi mise à découvert plusieurs clapiers pleins de bouillie tuberculeuse, et qui sont immédiatement grattés avec la cuiller tranchante. J'ai à ce moment de la peine à retrouver le trajet osseux profond, et j'incise couche par couche la masse sacro-lombaire ; les vaisseaux sont pincés à mesure et il n'y a pas de sang perdu.

Arrivé sur la gouttière vertébrale, je sens très distinctement avec le stylet deux apophyses articulaires dénudées et malades. Je les détache au moyen de la gouge et du maillet et je me sers de la cuiller tranchante pour gratter la partie externe du corps d'une vertèbre correspondante également malade.

Les clapiers antérieurs et inférieurs sont également grattés très profondément, puis toute la plaie opératoire est désinfectée au moyen d'une solution de chlorure de zinc au 1/15e.

Deux tubes à drainage sont placés, l'un au niveau des apophyses malades, l'autre dans le trajet sus coxal, et le lambeau de peau est relevé, puis suturé avec de la soie phéniquée.

Pansement phéniqué ; taffetas gommé ; ouate et bandage de corps.

L'opération a duré une heure et demie. La malade est couchée dans son lit et réchauffée. La température à ce moment est de 36°,3. Injection d'éther, 1 gramme.

Prescriptions : Vin chaud ; potion de Tood à 60 grammes ; lait et bouillon.

Dans la journée, il y a des vomissements fréquents. La malade est en proie à une douleur intense de la cuisse gauche du côté malade. Cette douleur se continue les jours suivants, et il y a en même temps un peu de parésie de tout le membre inférieur gauche ; ce phénomène est très probablement dû à un peu de commotion de la moelle.

Le soir du premier jour, la température est remontée à 37 degrés. La malade, qui n'a pas uriné depuis l'opération, est sondée.

Les jours suivants, la parésie du membre inférieur coexiste toujours avec une hyperesthésie très accentuée.

Ces phénomènes persistent jusqu'au sixième jour, à partir duquel l'état général s'améliore de jour en jour.

L'appétit renaît ; les urines, qui dans les premiers jours contenaient un peu de pus, redeviennent normales, et la suppuration qui se fait par les tubes à drainage devient très vite presque nulle.

Les drains sont retirés le 12 août.

La malade reprend des forces ; elle peut se lever dans les premiers jours de septembre et elle se trouve assez bien pour demander à sortir le 15 septembre. A ce moment, elle conserve au niveau de la suture antérieure une petite fistulette par laquelle sort une goutte de pus de temps en temps. Le stylet peut à peine y pénétrer, et la persistance de ce petit écoulement tient à ce qu'il est resté dans ce petit trajet très peu profond quelques noyaux de matière tuberculeuse qui s'enlèveront facilement avec une curette quand la malade voudra s'y prêter.

J'ai revu cette malade il y a quelques jours, le 20 novembre : elle travaille, elle a repris des forces et de l'embonpoint, et on peut considérer sa guérison comme définitive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 novembre 1886. — Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Instruction publique au sujet d'un envoi d'échantillons de la plante dite Koemis Kotjing, recueillis par le consul de France à Batavia. (Comm. des remèdes secrets ou nouveaux);

2° Une lettre du ministre de l'Intérieur (de Belgique) transmettant pour la bibliothèque de l'Académie un exemplaire du mémoire de M. le docteur Paul Suyers sur les néphrites chroniques ;

3° Une lettre du préfet du Gers, adressant un exemplaire imprimé des procès-verbaux des délibérations prises par les conseils d'hygiène publique et de salubrité de ce département pendant l'année 1885.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Beauregard, A. Petit, Duroy et Prunier, pour la section de pharmacie ;

2° Une lettre de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), relative au traitement préventif de la rage de M. Pasteur;

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Roussell (de Genève);

4° Une lettre de M. Daremberg, accompagnant l'envoi de la photographie d'une difformité congénitale de la main, qui lui a paru être assez rare, d'après ce qu'il a lu dans la *Chirurgie du doigt* de M. Polaillon.

PRÉSENTATIONS

M. LÉON LABBÉ présente à l'Académie un appareil dû au docteur Salet (de Saint-Germain), destiné à remplacer la compresse, alors que, dans les amputations des membres, on en est arrivé à scier les os.

Cet instrument est composé de deux plaques, mobiles l'une sur l'autre, en acier flexible; ces plaques sont munies d'échancrures calculées de telle manière que tout os peut être saisi et maintenu entre ces vides. A l'aide de cet instrument les chairs sont relevées, l'os est immobilisé au moment de la section; il n'y a donc plus à craindre ni le décollement du périoste ni le machonnement des chairs, en même temps que la section plus nette des os est faite au plus près.

M. LÉON LABBÉ présente en second lieu une note sur le *Tatouage coloré de la cornée*, par le docteur Louis Vacher (d'Orléans). Jusqu'à ce jour, dit l'auteur, on ne s'est servi pour pratiquer le tatouage de la cornée que de poussière de charbon ou d'encre de Chine, ce qui ne permettait de tatouer utilement que les leucomes centraux, surtout sur les yeux de nuance claire. Je suis arrivé à pratiquer le tatouage coloré rendant invisible n'importe quel leucome central ou périphérique. Les couleurs que j'emploie sont inaltérables, chimiquement pures et réduites en poudre très fine. Voici les principales : blanc, carbonate de chaux lavé ; bleu, bleu de Prusse ; rouge, carmin ; jaune, ocre lavé ; noir, encre de Chine, déjà connu, etc. Quelques gouttes d'eau distillée servent à préparer une pâte molle qu'on étend sur le leucome, et l'opération se pratique avec un faisceau d'aiguilles dont on varie le nombre suivant qu'on veut agir plus ou moins profondément dans le tissu cornéen. Il faut agir prudemment, éprouver la tolérance de l'œil, ne faire qu'une séance par semaine et surtout ne pas entreprendre cette délicate opération sans s'assurer qu'il n'y a ni leucome adhérent ni tendance glaucomateuse.

Grâce à mon procédé, on peut maintenant remédier à des difformités choquantes et faire disparaître les taches cornéennes quelles que soient leur grandeur et leur situation.

— **M. LE PRÉSIDENT** informe l'Académie que, vu l'absence momentanée de M. Pasteur, désigné par le sort pour faire partie de la commission d'élection pour la classe des associés libres, M. de Quatrefages a été désigné pour prendre sa place.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le vinage.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LE VINAGE

La parole est à M. J. Rochard pour résumer la discussion et lire les conclusions.

M. J. ROCHARD. Avant de conclure il faut nous mettre d'accord, il est à désirer que votre avis arrive au Parlement avec l'adhésion de l'Académie tout entière. Or il s'est produit jusqu'ici une telle dissidence d'opinion, qu'il est indispensable, pour aboutir, de se faire des concessions réciproques. C'est ce que votre commission a pensé et elle a cru devoir donner l'exemple.

L'accord n'a pas été aussi difficile que pouvaient le faire penser les divergences qui se sont produites à la tribune. Au fond nous sommes tous d'accord. Nous sommes tous convaincus de la nécessité de mettre un frein aux ravages de l'alcoolisme ; tous nous pensons pouvoir attribuer en partie ce fléau à l'emploi de plus en plus fréquent de vins suralcoolisés avec des alcools de mauvaise qualité. Tous nous voulons empêcher les fraudes qui se produisent ; nous voulons faire en sorte qu'on puisse arrêter à la frontière ces vins étrangers de qualité inférieure surajoutés d'alcools détestables, qui entrent en France pour y être dédoublés, mouillés et livrés à la consommation dans des débits dont le nombre va toujours croissant.

Nous sommes donc tous d'accord sur le but à atteindre ; nous ne différons que sur les moyens d'y parvenir.

Votre commission avait pensé que, pour couper court à toutes ces fraudes, il fallait prendre un parti radical et proscrire l'alcoolisation des vins d'une manière absolue. Cependant nos adversaires nous ont fait des objections. Ils ont fait observer qu'il y avait des vins excellents, mais faibles, qui demandaient absolument l'addition d'une certaine quantité d'alcool ; que d'autre part, des propriétaires obtenaient de très bons produits en vinant des vins même de qualité supérieure avec des alcools parfaitement purs. Ce sont ces différents points développés notamment dans la dernière séance par notre collègue M. Le Fort, qui ont amené la commission, dans un esprit de conciliation qu'elle a toujours montré, à modifier la rédaction de sa première conclusion.

Mais ce ne sont pas ces vins-là que visait la commission ; ce que nous voulons proscrire ce sont ces mixtures sans nom composées avec le rebut des vins d'Espagne et d'Italie d'une part, et avec le rebut des alcools de l'Allemagne de l'autre, qui passent la frontière après avoir été salicylés et viennent se faire mouiller et consommer chez nous.

Pour arrêter cette fraude, nous pensions qu'il fallait couper le mal dans sa racine et proscrire le vinage d'une manière absolue.

Les discours prononcés à la tribune, les impressions que la commission a recueillies, lui ont fait penser que l'Académie ne s'associerait pas tout entière à cette manière de voir, et, dans un esprit de conciliation, elle a modifié une dernière fois ses conclusions.

Voici la formule nouvelle qu'elle m'a chargé de vous soumettre :

L'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, déclare :

1° Le vinage ou alcoolisation des vins, à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas 2 degrés, peut être toléré. Mais en dehors de ces conditions il doit être absolument interdit.

2° Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet de pratiquer le mouillage qui est à la fois une fraude et une falsification.

3° Les alcools dits supérieurs augmentant considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs.

4° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

La première conclusion est mise en délibération.

M. RICHE demande comment on saura que les vins vinés n'on que 2 degrés d'alcoolisation.

M. GAUTIER. Si l'on veut faire consommer les vins faibles, il

faut évidemment autoriser le vinage sur place dans une sage proportion, comme le propose la commission; sinon on sera dans la nécessité de recourir pour la consommation aux vins étrangers; or on sait maintenant comment ils sont composés.

Quant à la question de reconnaître le degré d'alcoolisation, on peut s'en rendre compte dans une limite de 3 degrés, en raison des rapports qui existent entre la proportion de certains principes dissous et l'alcool naturel du vin. C'est ce qui se fait journellement au laboratoire municipal.

M. LE FORT appuie ce que vient de dire M. Gautier.

M. VALLIN. D'après la première conclusion, il sera permis d'ajouter 2 degrés d'alcool à des vins qui en auront déjà 14 ou davantage.

M. LE FORT. Les vins à 14 ou 15 degrés d'alcoolisation naturelle sont des vins chers que les producteurs ont tout avantage à ne pas altérer.

M. GAUTIER répond à M. Vallin qu'on pourrait spécifier que le vinage n'est autorisé que pour les vins ne dépassant pas 12 degrés.

M. BLOT considère les conclusions de la commission comme n'étant pas pratiques; de plus elles ont l'inconvénient de laisser une porte ouverte aux abus.

M. J. ROCHARD. Nous sommes ici sur le terrain de l'hygiène; nous ne devons pas en sortir. C'est comme hygiénistes que nous déclarons bien haut que le vinage en général est une pratique détestable, et qu'en principe il devrait être proscrit d'une manière absolue. Mais pour n'être pas préjudiciable aux intérêts des producteurs honnêtes dont les vins sont trop faibles pour se conserver, aussi bien qu'à ceux des consommateurs, nous avons pensé qu'il fallait laisser la latitude d'ajouter à ces vins une certaine quantité d'alcool pur, mais à la condition que cette addition n'atteigne jamais les limites qui pourraient porter atteinte à la santé. En un mot, nous autorisons le vinage et nous proscrivons le survinage.

Quant aux moyens de déceler la fraude, cela ne nous regarde pas, cela regarde les pouvoirs publics.

Si nous sortons de l'hygiène pure, dit M. le rapporteur, nous ne serons pas écoutés. Nous autres, hygiénistes, nous disons : laissez une porte ouverte aux honnêtes vignerons, ne leur interdisons pas de faire du vinage dans des conditions inoffensives et qui amélioreraient leurs produits sans fraude ni préjudice pour les consommateurs; c'est le survinage que nous voulons condamner. Avec cette conclusion nous restons dans les limites d'une hygiène pratique.

M. LE PRÉSIDENT. M. Le Fort avait proposé un premier amendement; le maintient-il ?

M. LE FORT. J'y renonce.

MM. VALLIN et **RICHE**, reconnaissant que la commission leur a donné satisfaction, renoncent également à produire leurs amendements.

M. GALLARD est appelé à donner lecture de son contre-projet : « L'Académie se plaçant, comme en 1870, au point de vue exclusif de l'hygiène, est toujours d'avis que le vinage, consistant dans l'addition à un vin naturel d'une certaine quantité d'alcool parfaitement pur, est une opération qui n'expose à aucun danger la santé du consommateur, si la quantité d'alcool ajouté ne donne pas aux vins ainsi traités une force alcoolique supérieure à celle des vins naturels. »

Cette rédaction appuyée par un petit nombre de membres, mise aux voix, n'est pas adoptée.

M. GAUTIER propose de mentionner dans cette conclusion que le vinage ne sera autorisé que pour les vins qui naturellement marquent moins de 10 degrés.

MM. LE FORT et **BROUARDEL** s'opposent à l'adoption de la proposition de M. Gautier, l'Académie n'étant pas compétente pour entrer dans les détails de la fabrication des vins et pour spécifier ceux qui pourront ou ne pourront pas être alcoolisés et à quel degré ils devront l'être.

Une discussion assez confuse s'élève à l'occasion de l'amendement proposé par M. Gautier. Après un premier vote douteux, il est de nouveau mis aux voix et rejeté.

La première conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

La deuxième et la troisième conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

Sur la quatrième, **M. VIDAL** demande la parole et propose de lui substituer la rédaction suivante : « L'Académie, constatant l'extension rapidement croissante des maladies engendrées par l'alcoolisme, appelle l'attention des pouvoirs publics sur ce péril social. » — Cette rédaction n'est pas adoptée.

M. LE FORT propose de substituer les mots « débits de boissons » au mot « cabarets ». Cette substitution est accueillie par M. le rapporteur.

La quatrième conclusion est mise aux voix et adoptée.

La discussion est close.

RAPPORTS

M. H. ROGER, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, lit le rapport sur le prix dont le sujet proposé par la commission était : *Rachitisme et syphilis héréditaire.*

M. DEVILLIERS, au nom de la même commission, lit le rapport sur les travaux en dehors des réponses à la question de prix, adressés à la commission permanente de l'hygiène de l'enfance pour 1885.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour discuter ces conclusions et entendre d'autres rapports de prix.

VARIÉTÉS

Une opération chirurgicale à la Côte des Esclaves, Porto-Novo (Côte Occidentale d'Afrique).

Par M. le docteur A. Hagen.

Appelé par le ministère de la Marine à accomplir la période de séjour colonial réglementaire, je fus envoyé à Porto-Novo, ville située sur les confins du Dahomey, à la côte occidentale d'Afrique et à 30 kilomètres des bords du golfe de Guinée.

C'était mon premier voyage à l'étranger. Je débutais dans une colonie presque sauvage. L'administration n'y existait qu'à l'état rudimentaire. La médecine n'y avait jamais été exercée que par des prêtres féticheurs. Aucun docteur européen n'y avait séjourné jusqu'alors.

Je n'ai pas eu de maladies nouvelles à observer, ni de cas de chirurgie curieux à soigner. J'ai cru cependant qu'il pouvait être intéressant de parler de la chirurgie, telle qu'il m'a été donné de la pratiquer une seule fois dans ces pays, où l'on manque d'aides expérimentés, d'instruments appropriés et souvent des médicaments nécessaires.

A la campagne déjà, la chirurgie se pratique dans des conditions tout autres que celles qui existent dans un hôpital. Néanmoins le médecin de village a toujours le temps d'appeler à son aide un ou plusieurs confrères ou de courir à la pharmacie voisine pour s'y approvisionner.

Mais les conditions sont encore bien plus défavorables quand on se trouve sur une plage sèche, aride. Là, on ne rencontre que quelques huttes de sauvages, et l'on ne peut avoir comme aides que des nègres même incapables de comprendre un seul mot de votre langage. En cas de plaie ou de blessure, on devine aisément le peu de ressources qui vous sont offertes pour faire un pansement, même rudimentaire.

Impossible, s'il s'agit d'une grande opération, d'envoyer chercher un confrère; il faut se résigner à opérer seul. Si l'on manque d'un médicament, on est forcé de s'en passer.

Je suis resté quinze mois à Porto-Novo. Pendant ce temps, il m'a été donné de faire une amputation du bras pour cause de traumatisme. Je vais rappeler l'état du malade et montrer dans quelles conditions je me trouvais, d'abord pour opérer et ensuite pour donner les soins consécutifs.

Le 20 mars 1886, je recevais une lettre m'appelant auprès d'un blessé, victime d'un accident produit dans les circonstances suivantes.

Cottonou est un village situé sur les bords de la mer, à 30 kilomètres environ de Porto-Novo. En ce point la mer est très dangereuse, par suite de l'existence d'une barre qui empêche souvent les communications avec le littoral. Cette barre est peuplée de requins prêts à happer les pauvres naufragés dont la pirogue chavirerait en la traversant.

Dans le but d'éviter en partie ce danger, on a l'habitude de jeter des cartouches de dynamite qui tuent ou du moins éloignent ces terribles squales.

Chaque cartouche de dynamite est terminée par une mèche longue d'environ 15 à 20 centimètres. On allume cette mèche et on jette la cartouche à l'eau.

Or, le 20 mars, un nègre dahoméen avait mis le feu à cette mèche et s'apprêtait à la lancer dans la barre. Il voit tout à coup une pirogue chavirer en pleine mer. Ne s'occupant plus que des hommes de cette pirogue, il oublie la cartouche allumée qu'il tenait en main. Dès que la mèche est arrivée à sa fin, la cartouche éclate et produit la blessure suivante.

État du malade, 20 mars. — La moitié droite de la tête n'est qu'une vaste plaie; le côté gauche est complètement indemne.

A droite, l'os frontal est tout à fait à nu; en certains points il semble calciné; il n'y a pas de fractures. L'oreille, de ce côté, présente des rebords déchiquetés, des lambeaux pendants, ne tenant plus que par un mince pédicule; l'intérieur de l'oreille est intact; l'ouïe est conservée. La joue est brûlée par places; la peau est lacérée en tous sens. L'apophyse zygomatique est à nu, mais non fracturée.

L'œil reste morne dans l'orbite et ne voit plus. Les sourcils, les paupières, ont complètement disparu. L'aile droite du nez semble avoir été enlevée avec un bistouri. La lèvre du même côté est arrachée depuis le sillon naso-labial jusqu'à la commissure. Le maxillaire supérieur est intact; l'inférieur est fracturé et semble avoir été réséqué sur une longueur de 3 centimètres. Quelques dents sont sorties des alvéoles et restent suspendues hors la bouche. Les mouvements de la langue sont intacts. On les observe facilement à travers la plaie sous-maxillaire. La région cervicale ne présente que quelques brûlures bénignes. Une plaie légère au niveau de l'épaule droite.

Enfin la main droite est complètement enlevée. On croirait qu'un coup de hache a séparé la main du poignet. Il reste une plaie saignante dont les bords sont contus en certains points. Les tendons des muscles pendent carbonisés hors la plaie.

Je vis le malade à dix heures du soir. L'accident avait eu lieu à deux heures de l'après-midi. Ce blessé avait dû se rendre de Cottonou à Porto-Novo. Il avait fait le trajet en pirogue et dans les plus mauvaises conditions de transport. A son arrivée l'hémorrhagie était arrêtée. La quantité de sang perdu avait été très grande. Impossibilité absolue de l'apprécier, même approximativement.

Quelle conduite tenir en présence d'une telle blessure. J'avais à considérer deux plaies : 1° celle de la tête; 2° celle du bras.

Si cette dernière plaie avait été seule, je n'aurais pu avoir l'ombre d'une hésitation. La plaie n'aurait pu guérir sans opération. Fatalement la gangrène devait se déclarer, ou d'autres accidents, tels que le tétanos, se produire. J'aurais donc amputé immédiatement.

Mais la plaie de la tête me semblait être une contre-indication. Elle condamnait inévitablement le malade à la mort. Cette terminaison devait arriver dans un délai plus ou moins bref. Je m'abstins donc, pour l'instant, de toute intervention active.

Les conseils d'un confrère m'auraient peut-être fait suivre une autre ligne de conduite. Mais j'étais seul et le Gabon était trop éloigné pour que je songeasse à recourir aux lumières d'un collègue.

Je me contentai donc de laver la plaie de la tête avec de l'eau phéniquée. J'enlevai les téguments carbonisés, les esquilles prêtes à tomber, les dents sorties des alvéoles. J'appliquai ensuite des compresses phéniquées puis le coton indigène tel qu'on le recueille dans le pays à l'état naturel. Une bande modérément serrée tenait le pansement. Je soignai de même la plaie du poignet.

L'alimentation du malade semblait devoir être difficile. Le blessé ne pouvait avaler que des aliments liquides. Or le choix de ces aliments était peu commode. Quelle nourriture prescrire? Du lait : on ne pouvait en trouver dans le pays. Du bouillon : les indigènes se refusent absolument à prendre des aliments européens. Je dus donc employer la nouriture des habitants de la contrée, bien qu'elle soit peu réparatrice. Je conseillai la farine de maïs délayée dans de l'eau et aussi les liquides légèrement laiteux provenant de la noix de coco.

Enfin, dans le cas où quelques symptômes inflammatoires rendraient difficile le passage de ces aliments, je me proposai de recourir à la sonde œsophagienne.

21 mars. — Je revins voir le malade le lendemain matin. La plaie de la tête était dans le même état que la veille au soir. Mais celle du poignet semblait prendre une mauvaise tournure. Quelques points gangrenés commençaient à apparaître; le malade y ressentait une vive douleur, celle de la tête l'incommodait beaucoup moins. Enfin une odeur assez forte se dégagait du moignon.

Vu cet état, je me décidai à faire l'amputation. Je ne pouvais guérir la plaie de la tête; mais je ne devais pas rester désarmé en présence de celle du poignet.

Je fis cette opération dans une hutte; le malade était étendu sur une table branlante; la température extérieure était 34 degrés.

M. Roget, lieutenant d'infanterie de marine, administra le chloroforme. Bien que ses études à Saint-Cyr l'aient fort peu préparé à cette chloroformisation, elle n'en a pas moins bien marché. Nous n'avons pas eu d'alerte. Un agent de factorerie tenait le bras que je devais amputer; il n'avait malheureusement pas l'habileté d'un interne des hôpitaux.

Tout était préparé à l'avance : instruments, ligatures, pansement.

Je fis l'amputation au tiers moyen et employai le procédé circulaire. Une bande d'Esmark m'assurait l'hémostase pendant l'opération. Pour les ligatures, j'employai du gros fil ordinaire ciré. Les lèvres de la manchette furent suturées avec des fils d'argent. Je cherchai à obtenir la réunion par première intention. Comme pansement, quelques compresses phéniquées et le coton du pays. Bref, au bout d'une heure et demie, tout était fini.

Le soir, je vins faire un nouveau pansement. Le malade était tranquille; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie; pas de fièvre.

22 mars. — Le malade a été agité pendant la nuit, n'a pas dormi. Se plaint beaucoup de la plaie de l'œil.

Cette dernière commence à suppurer. T. 39°,4. Les autres plaies de la tête ont un aspect plus blafard que la veille au soir. Celle du bras est toujours dans le même état.

Pas de douleur à ce niveau; pas de symptômes d'inflammation. Je renouvelle le pansement phéniqué à la tête et au bras droit.

Mon seul aide est un boy qui n'arrive à me comprendre que grâce à quelques mots d'anglais qu'il connaît. Le malade est toujours étendu dans une hutte, couché à terre sur une simple natte. La température dans cette hutte est 35 degrés.

Le soir, même pansement. Injection de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme.

23 mars.— Le malade a été très agité. A eu du délire et s'est levé à différentes reprises. A mon arrivée, tous les pansements étaient enlevés. Suppuration abondante à la tête. Je refais les pansements et recommande au nègre garde-malade d'exercer une surveillance plus rigoureuse.

A mon retour, le soir, je trouve le malade en mauvais état. Il se plaint de douleurs très vives au niveau de la tête. La plaie du bras commence à prendre une teinte blafarde. Le mauvais aspect de cette plaie est évidemment dû aux mouvements désordonnés que le malade a fait exécuter à son moignon pendant la nuit précédente. T. 40°,2. Injection de morphine de 1 centigramme.

24 mars. — Le malade est mort dans la nuit. Il aurait été fort agité pendant la première partie, puis se serait assoupi vers une heure du matin et serait mort à quatre heures.

Le simple exposé des conditions dans lesquelles ce malade a été

traité montre d'une façon suffisamment nette que la pratique de la chirurgie est tout autre en Europe et dans le golfe de Guinée.

Dans ces coins perdus de l'Afrique, un esprit ingénieux et inventif et surtout du sang-froid seront souvent aussi nécessaires que beaucoup de science et la connaissance des procédés chirurgicaux les plus récents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La section d'anatomie et zoologie de l'Académie des sciences a, dans le comité secret qui a suivi la séance de lundi dernier, présenté, dans l'ordre suivant, les candidats à la place laissée vacante, il y a dix-huit mois, par la mort de M. Milne-Edwards :

En première ligne, M. Sappey; en deuxième ligne, M. Dareste; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Filhol, Périer, Ranvier; en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Joannès Chatin commencera ses conférences d'anatomie et de physiologie, demain jeudi 2 décembre 1886, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne.

Il traitera des fonctions de la reproduction et de l'embryologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20354

97

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcál. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en etain indiquant la source où elle a été puisée.

56

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Étranger, dans les principales pharmacies.

22

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANEMIE,

et toutes les malad'es provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'aprés l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédalif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

97

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

47

MÉDICATION RECONSTITUANTE

HYPOPHOSPHITES DU Dr CHURCHILL

Affaiblissement, Anémie, Allaitement, Dentition, Rachitisme, Carreau, Phthisie ou Maladie de Poitrine, Bronchite :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE OU DE CHAUX.

Chlorose, Pâles couleurs, Dysménorrhée, Aménorrhée, Appauvrissement du sang :

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER.

Toux, Rhumes, Bronchites, Maux de gorge, Eurouement, Asthme, Fièvre :

TABLETTES PECTORALES HYPOPHOSPHITE D'AMMONIAQUE.

Affaiblissement musculaire ou mental, Perte de mémoire, Perte de forces, Faiblesse de tempérament chez les jeunes filles ou les jeunes femmes, Convalescences :

SIROP D'HYPHOPHOSPHITES COMPOSÉ.

Avis important. — MM. les Médecins sont priés de bien vouloir spécifier sur leurs ordonnances **Sirop d'Hypophosphite de Chaux,** de **Soude,** de **Fer,** de **Manganèse,** etc., du Dr CHURCHILL, ainsi que le **Sirop d'Hypophosphites composé** du Dr CHURCHILL, etc. — *Envoi franco d'un flacon par colis postal contre mandat de* **4 fr.** *à tout malade qui ne le trouve pas chez son pharmacien.*

Seul fabricant des diverses Préparations d'hypophosphites du Dr CHURCHILL : **Swann,** pharmacien-chimiste, 12, rue Castiglione, Paris.

120

FUCOGLYCINE GRESSY

Sirop composé de Plantes marines.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, la **Fucoglycine** est aussi agréable à prendre que l'huile est répugnante.

La **Fucoglycine Gressy** est employée avec succès dans les maladies chronique de l'**enfance.**

LE FLACON : **3** FRANCS.

LE PERDRIEL et Cie, 11, rue Milton, Paris.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

97

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées.—Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

92

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires,* cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine,** l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses :** *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale :** *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

N° 141. — SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1886. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques.

Les bienfaits de l'antiseptie qui ont tant contribué aux progrès de la chirurgie de nos jours, ne se livrent pas toujours sans marchander. Ils se font acheter parfois, et même assez cher ; si bien qu'à la suite de quelques accidents d'intoxication grave et même mortelle, les chirurgiens ont dû en venir, éclairés par une expérience, d'abord quelque peu aveugle, puis mieux informée, à se demander dans quelle mesure il convenait d'y avoir recours, quelles précautions il y aurait à prendre à l'avenir pour en prévenir les écarts, et quels moyens on pourrait opposer à ses fâcheux effets. C'est ainsi que les accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques sont devenus l'objet d'une préoccupation sérieuse de la part des membres du jury du dernier concours d'agrégation, qui l'ont imposé comme sujet de thèse. C'est le lot qui est revenu à M. le docteur Brun dont nous allons analyser le travail.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici tous les antiseptiques successivement en usage. Ceux qui sont le plus généralement visés dans le travail de M. Brun sont les plus usuels en même temps que les plus actifs, ce sont : l'acide phénique, l'iodoforme et les sels de mercure. La plupart des autres n'y figurent que pour mémoire. C'est le premier surtout qui est l'objectif principal.

Les accidents locaux qui peuvent être attribués à l'acide phénique sont, en première ligne, les lésions irritatives, que l'on a distinguées, suivant les divers degrés dont elles sont susceptibles, en érythèmes phéniqués simples et en érythèmes fébriles.

L'érythème simple est une lésion toute locale qui le plus souvent se montre deux ou trois jours après l'emploi du pansement phéniqué, et dont la durée est très courte et qui ne laisse après elle qu'une desquamation épidermique légère.

L'érythème phéniqué fébrile est accompagné, dès son apparition, de symptômes généraux de nature à donner lieu à des erreurs de diagnostic et de pronostic : malaise, inappétence, sommeil agité, élévation de la température de 1 degré à 1 degré 1/2 ; pouls rapide et vibrant ; démangeaisons vives de la plaie, éruption érythémateuse ou vésiculeuse abondante. Souvent le gonflement est considérable, et la rougeur intense s'étend aux régions voisines et envahit parfois jusqu'à la presque totalité du corps. La marche de cette variété d'érithème est généralement assez rapide. Au bout de trois ou quatre jours, si la cause est supprimée, les phénomènes généraux diminuent d'intensité et les symptômes locaux persistent seuls plus ou moins longtemps.

A côté de ces érythèmes, l'acide phénique détermine quelquefois des poussées eczémateuses véritables, tenaces et susceptibles de récidives.

Un traitement prophylactique très simple de ces lésions irritatives, consiste à ménager les applications phéniquées chez les sujets à peau fine, à protéger la peau par l'interposition d'une couche de vaseline boriquée. L'érythème s'est-il produit malgré ces précautions, on devra suspendre l'usage de l'acide phénique et le remplacer par l'acide borique ou par la ouate salicylique.

Les accidents généraux ou toxiques ont été distingués en intoxication aiguë, lorsqu'après une irrigation phéniquée plus ou moins abondante, les blessés ou opérés sont pris de symptômes généraux d'intensité variable, mais dont l'apparition suit toujours de très près la cause qui leur donne naissance ; et en intoxication chronique, lorsque chez des blessés qui, depuis quelque temps, sont pansés à l'acide phénique, on voit se manifester des phénomènes anomaux dont l'intensité augmente à chaque renouvellement de pansement et à chaque application nouvelle de solution phéniquée.

L'intoxication aiguë se présente sous deux formes, légère et grave, la première passant souvent inaperçue et disparaissant d'ailleurs sans traitement. La forme grave se traduit par des manifestations cérébrales éclatant plus ou moins immédiatement après les lavages ou pansements phéniqués : collapsus profond s'accompagnant de troubles digestifs et de troubles de la circulation et de la respiration. Les troubles digestifs consistent en vomissements bilieux assez semblables à ceux de la péritonite, parfois noirâtres, en diarrhée abondante, noire, fétide, en dysphagie et hypersécrétion salivaire.

Les troubles circulatoires sont des sueurs abondantes avec refroidissement des extrémités, petitesse et fréquence extrême du pouls, abaissement notable de la température.

Comme troubles respiratoires, on a signalé l'augmentation de fréquence des inspirations qui en même temps sont courtes, laborieuses et quelquefois entrecoupées de pauses plus ou moins prolongées. Cet état s'accompagne à peu près constamment d'un défaut complet de réaction de la rétine à tout excitant lumineux. Enfin les urines, diminuées de quantité, sont d'une couleur foncée, vert olive ou brun sale, parfois tout à fait noire — caractère qui a été signalé comme appartenant au premier stade de l'empoisonnement.

L'intoxication phéniquée aiguë grave, quel que doive être son mode de terminaison, évolue toujours avec une grande rapidité. Dans les cas de retour à la santé, ce n'est qu'après des périodes d'amélioration et de rechute qu'il se produit, au bout de huit à dix jours. Lorsqu'elle se termine d'une manière fatale, le collapsus s'aggravant, le pouls s'accélérant de plus en plus et la respiration devenant dyspnéique, la mort arrive par affaiblissement progressif, quelquefois au bout de quelques heures, plus fréquemment au bout de trois, cinq ou neuf jours. L'autopsie ne révèle aucune lésion viscérale appréciable. Seul le sang a été le plus souvent noté comme présentant des altérations assez prononcées, notamment une coloration noire, un état poisseux et une grande résistance à la coagulation.

L'intoxication chronique, à marche lente, les accidents qui la constituent étant le résultat de l'usage prolongé de l'acide phénique employé à doses faibles, et non de l'absorption rapide et en masse de cet agent, ne se produit qu'à une époque déjà éloignée de son application initiale. Elle se manifeste par des symptômes qui diffèrent suivant qu'on les observe sur des enfants ou sur des adultes. Chez les enfants, elle débute quelquefois par des troubles cérébraux, de l'agitation, du délire ou de la somnolence ; chez les adultes, ce sont les symptômes gastriques et fébriles qui dominent : inappétence, nausées, vomissements, altération des urines signalée plus haut, élévation de la température, bien qu'il n'y ait pas irritation de la plaie.

L'intoxication chronique présente en général peu de gravité, mais il n'en importe pas moins qu'elle soit connue pour en faire supprimer la cause et éviter des erreurs possibles de diagnostic.

Des développements que M. Brun a donnés à l'étude des diverses conditions au milieu desquelles éclatent le plus souvent les accidents d'intoxication phéniquée, il déduit les indications thérapeutiques suivantes :

N'employer qu'avec réserve l'acide phénique chez les enfants, et se servir pour cette chirurgie spéciale d'un antiseptique moins toxique, l'acide borique par exemple.

Éviter, autant que possible, les trop grands lavages au cours des opérations sérieuses, surtout de celles qui portent sur les articulations et les cavités séreuses ou muqueuses douées d'un grand pouvoir absorbant.

Dans les cas où des irrigations continues ou temporaires dans les cavités naturelles ou accidentelles seraient nécessaires, assurer le retour facile de la solution injectée.

Lorsque l'intoxication est déclarée, le premier devoir du chirurgien doit être de faire disparaître les diverses pièces de pansement ; faire sortir le malade de l'état de collapsus dans lequel il est plongé, à l'aide d'injections d'éther et de musc, de frictions et autres moyens de réchauffement. Faire absorber de grandes quantités de liquides pour favoriser l'élimination du poison. Enfin administrer, sinon comme antidote, du moins comme moyen d'atténuer l'action du toxique, le sulfate de soude en solution de 5 p. 100 dès le début des accidents.

Les mêmes précautions préventives seraient applicables à l'usage de l'iodoforme et une médication analogue, l'emploi des alcalins, serait également indiquée pour en combattre les accidents toxiques.

L'intoxication par le deuto-chlorure de mercure sera prévenue par les précautions suivantes : Ne pas trop laver les plaies avec le sublimé ; avoir soin qu'il n'y reste pas de liquide ; n'employer la solution qu'au-dessous de 1 millième pour les plaies à large surface et en cesser l'emploi dès qu'on s'aperçoit des plus légers phénomènes d'intoxication.

La médication, une fois les accidents déclarés, serait celle qui est généralement en usage contre l'intoxication mercurielle : diurétiques, digitale, chlorate de potasse, injections sous-cutanées d'éther, etc. Les mêmes préceptes sont applicables au bi-iodure.

Quant aux autres agents antiseptiques, tels que le sous-nitrate de bismuth, l'acide borique, l'acide salicylique, l'alcool, le chloral, l'iode, etc., les exemples d'intoxication dans les conditions qui nous occupent, si tant est qu'il en existe d'authentiques, sont trop rares ou trop problématiques encore pour qu'il y ait lieu de nous y arrêter.

La folie héréditaire.

« Existe-t-il, oui ou non, des individus, malades par lésion intellectuelle ou par altération morale, en face desquels un médecin expérimenté ait le droit ou le pouvoir de prononcer ce jugement : « Voilà la folie héréditaire » ? Veut-on dire simplement par là que cette perturbation mentale prend sa source dans l'hérédité ? Non, la constatation est autre ; elle signifie que le sujet auquel s'applique ce verdict doit offrir, dans la nature, la forme et l'aspect de ses dispositions maladives, certains signes réalisant une individualité propre dans l'ordre des manifestations psychopathiques ; étrange type morbide pour lequel le fait d'être malade n'est pas une anomalie suffisante et qui exagère la déviation jusqu'à être anomal dans la maladie même. »

Ainsi s'exprimait M. le docteur Garnier dans un rapport fait à la Société médico-psychologique, au nom de la commission du prix Aubanel, dont le sujet était la question suivante : Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître, en l'absence de notions sur les antécédents, qu'une maladie mentale est héréditaire ?

C'est dans cet esprit et en s'inspirant de ce texte que M. le docteur H. Saury a entrepris l'étude clinique de la folie héréditaire.

Pour M. Saury, folie et hérédité sont deux termes connexes, presque inséparables. Quelque paradoxale que puisse paraître, au premier abord, cette proposition ainsi formulée, on se sent comme irrésistiblement attiré par le désir d'en voir faire la démonstration. Écoutons-la.

« Un accès vésanique, dit M. Saury, ne saurait éclater de toutes pièces, comme incident fortuit ; la cellule cérébrale n'est pas plus apte à créer du délire, sans prédisposition, qu'une terre végétale à fructifier sans semence. D'autres causes peuvent intervenir pour retarder ou accélérer un résultat préparé d'avance, mais elles se bornent au rôle de ces événements secondaires et accessoires qui se montrent dans le cours d'une action principale.....

« Cependant, ajoute-t-il, si la modification congénitale

revendique toujours ses droits, elle n'agit pas constamment avec la même puissance. Ses produits ne sont pas identiques et son influence plus ou moins profonde, par conséquent variable, détermine, suivant son degré, tel ou tel type de folie. »

En définitive, le problème à résoudre, pour M. Saury, était celui-ci : Existe-t-il des aliénés présentant, aux points de vue diagnostique et pronostique, des caractères distincts de la folie ordinaire? » Oui, répond-il d'avance, — et c'est ce qu'il se propose de démontrer, — ces signes se rencontrent chez une catégorie spéciale d'héréditaires, les « dégénérés ».

On sait déjà le vaste horizon qu'a entr'ouvert sur ce terrain l'esprit observateur si pénétrant de Morel; tout le monde connaît ses belles études sur les dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine. Non seulement elles l'ont conduit à créer le groupe des dégénérés, mais il avait déjà été amené, par sa sagace observation, à voir que la transmission psychologique ne se fait pas d'une manière toujours égale et uniforme, qu'entre l'hérédité atténuée et l'hérédité accumulée, il y a place pour des réactions diverses, constituant des catégories spéciales. C'est en partant de cette première distinction entre l'héréditaire simple et l'héréditaire dégénéré, et en s'étayant des caractères fixes qui rattachent le dégénéré aux simples débilités mentales, lesquels montrent que de la simple anomalie cérébrale à l'idiotie il n'y a qu'une affaire de degré, que M. Magnan, faisant de cet ordre de faits la base de son enseignement, est arrivé à la conception d'une classification qui donne le moyen d'embrasser du même coup les causes de la maladie et son évolution, le diagnostic et le pronostic.

Cette classification, résumée en un tableau synoptique, comprend la pathogénie mentale presque tout entière sous ces quatre chefs principaux : 1° idiotie, imbécilité, débilité mentale; 2° anomalies cérébrales; 3° délire multiple, manie raisonnante, folie morale; 4° syndromes épisodiques des héréditaires. C'est dans cette dernière catégorie que figurent tous ces états si variés qui ont été successivement décrits dans ces derniers temps sous les divers noms de monomanie, de manie sans délire, de folie raisonnante, de folie lucide, de pseudo-monomanie, de folie avec conscience, tels que l'aboulie ou l'inhibition mentale, dont nous parlions tout récemment, l'agoraphobie, l'aichmophobie, la dipsomanie, la peyromanie, la kleptomanie, l'oniomanie, l'onomatomanie, les impulsions instinctives, les anomalies, perversions, aberrations sexuelles, etc., etc.

Mais revenons au travail propre de M. Saury. Son but est de démontrer que tous ces divers états décrits comme autant de formes artificielles, en s'en tenant à la méthode symptomatique, loin de devoir être considérés comme des phénomènes isolés, sont tous plus ou moins intimement liés à la dégénérescence, terrain commun sur lequel ils évoluent.

Nous voudrions pouvoir suivre l'auteur dans l'étude extrêmement intéressante qu'il fait des degrés infinis de l'échelle des dégénérescences et du parallèle qu'il établit entre les trois types principaux, l'idiot, l'imbécile, le dégénéré, au triple point de vue physique, intellectuel et moral; de leurs manifestations similaires, de la physionomie variée des dégénérés : débilité mentale ; aptitudes remarquables; défectuosités morales, ayant ce côté commun, caractéristique, de résider dans l'irrégularité, le manque d'équilibre des facultés. Mais l'espace nous manquerait.

De l'étude clinique spéciale des syndromes épisodiques des héréditaires, qui forme le sujet de l'un des chapitres principaux de ce travail, dans lequel M. Saury apporte un grand nombre d'observations, les unes qui lui sont personnelles, d'autres empruntées aux aliénistes les plus compétents, Baillarger, Magnan, Gilles de la Tourette, le professeur Pitres (de Bordeaux), Maudsley, Legrand du Saulle, etc., il ressort, comme conclusion : que le trouble pathologique, trouble profond, s'impose comme ayant pour cause une modification congénitale de l'individu; que la forme infiniment variable de l'obsession ou de l'entraînement ne modifie en rien le fond même de la maladie ; que les diverses formes de délire partiel, d'impulsions ou de tendances, quelles qu'elles soient, onomatomanie, agoraphobie, folie du doute, aberrations génitales, dipsomanie, impulsions homicides, etc., ne constituent pas autant d'états morbides distincts, mais des phénomènes épisodiques relevant tous de la dégénérescence. M. Saury les rattache, avec M. Foville, à quatre types principaux, relativement à leur mécanisme :

1° L'acte a tous les caractères d'un phénomène purement réflexe. L'impulsion est subite, inconsciente.

2° La tendance, tout en restant spontanée et involontaire, peut être parfaitement perçue et devenir l'objet d'un travail intellectuel conscient.

3° L'altération des penchants est évidente. Des besoins instinctivement vicieux poussent irrésistiblement à commettre certains actes dépravés ou criminels.

4° Les actes délirants ne se montrent qu'à certaines périodes, revenant sous forme d'accès plus ou moins réguliers, la conduite du malade pouvant être normale dans l'intervalle.

Concluons avec M. Saury.

Il y a donc mieux et plus que des indices permettant de reconnaître, en l'absence de notions sur les antécédents, si une affection mentale est héréditaire. L'étude clinique immédiate suffit non seulement pour affirmer la prédisposition, mais encore pour apprécier le degré même du trouble congénital. A cet égard, les renseignements (complément sinon indispensable, au moins toujours précieux comme contrôle) seraient parfois insuffisants ou inexacts ; l'examen seul du malade fournit les éléments décisifs, reste la vraie pierre de touche de sa modification. A telle empreinte d'hérédité répond telle forme mentale.

La base de cette connaissance repose, principalement, sur la distinction établie entre l'héréditaire simple et l'héréditaire dégénéré. C'est à ce dernier, qui représente la plus haute expression de l'aliénation transmise, et qui offre, dans les symptômes et dans l'évolution de la maladie, des caractères spéciaux, que doit être réservé le nom de fou héréditaire.

Les traits fondamentaux de la dégénérescence peuvent être ramenés à deux groupes principaux; le terrain de préparation ; l'état délirant.

Le terrain de préparation se traduit par deux ordres de signes, les uns physiques, les autres moraux.

Les signes d'ordre physique n'ont rien de fixe; ce sont des irrégularités dans l'arrangement organique, infirmités partielles, anomalies par excès ou par défaut. Les signes d'ordre intellectuel et moral consistent dans un manque d'équilibration des facultés : tantôt une situation morale défectueuse correspondant à un niveau intellectuel normal; tantôt, au contraire, l'intégrité des sentiments et des

penchants s'accompagnant de lésions de l'intelligence.

L'état délirant se caractérise par l'insignifiance des causes déterminantes; la marche irrégulière du délire, qui, s'installant et se développant avec la plus grande facilité, prend d'emblée n'importe quelle forme, sans tendance à l'évolution systématique; l'alternance brusque des accès paroxystiques; rapidité dans le début et la disparition des phénomènes; prédominance de l'élément impulsif sur les troubles sensoriels. Les obsessions et impulsions, avec conservation de l'intelligence, s'exprimant par ces diverses formes de folies que l'on a désignées sous les noms de folies raisonnantes, folies avec conscience, folies morales, monomanies instinctives, névroses émotives, etc., constituent le signe capital, pathognomonique, qu'on ne rencontre que chez les dégénérés et qui, à lui seul, est un indice certain de folie héréditaire.

Anesthésie locale par les injections sous-gingivales pour l'avulsion des dents.

Le problème de l'insensibilisation locale des gencives, depuis si longtemps poursuivi, et qui a été l'objet de tant d'expériences plus ou moins décevantes, paraît devoir être considéré comme résolu, d'après une communication faite à la Société d'odontologie par M. George Viau, l'un des professeurs de l'École dentaire de Paris. Voici en quoi consiste la nouvelle méthode.

Nous passons par-dessus les essais et tâtonnements, pour arriver d'emblée au résultat acquis.

Les agents mis en œuvre sont : une solution de cocaïne et d'acide phénique mélangés.

Voici le manuel suivi et les résultats obtenus dans ces expériences :

Ayant sous la main : 1° la solution filtrée suivante :

Acide phénique cristallisé . .	2 grammes.
Eau distillée	100 —

2° Des paquets de 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne;

3° Une seringue de Pravaz légèrement modifiée par l'addition au corps de pompe d'un épaulement permettant plus facilement de la retenir fortement avec l'index et le médius, pendant qu'on pousse la tige du piston avec le pouce;

4° Des canules-aiguilles de différentes courbes,

M. Viau fait dissoudre, au moment même de l'usage, 5 centigrammes de cocaïne dans 50 centigrammes de la solution phéniquée, et il injecte, lentement, moitié du mélange à la face labiale, moitié à la face palatine, en un point situé entre le collet de la dent et le point présumé de l'extrémité de la racine, à 2 ou 3 millimètres de cette extrémité.

Il a soin de maintenir un doigt de la main gauche sur la piqûre, la canule étant encore dans la plaie, de façon à empêcher le liquide de refluer au dehors; le champ opératoire est entouré de tampons d'ouate destinés à recueillir les quelques gouttes qui pourraient s'échapper de la seringue.

Les deux piqûres faites, l'opérateur ordonne au patient de se laver la bouche avec de l'eau fraîche, en attendant l'écoulement des cinq minutes qui doivent précéder l'opération.

Au bout de trois minutes, les parties molles sont complètement insensibles, une piqûre profonde n'est déjà plus perçue. Entre la cinquième et la sixième minute, il procède à l'opération.

M. Viau a opéré ainsi 86 sujets, 30 du sexe masculin, 56 du sexe féminin, répartis, suivant les âges, comme il suit : 25 sujets de sept à quinze ans, 28 de quinze à trente ans, 26 de trente à cinquante ans, 7 de cinquante à soixante-dix ans.

Ce procédé lui a toujours donné, affirme-t-il, des résultats complets au point de vue de l'anesthésie. Il n'a jamais constaté de troubles généraux. Réserve faite pour les gens nerveux et anémiques, c'est-à-dire pour ceux dont la caractéristique est le défaut de résistance et l'excitabilité, M. Viau n'a rien remarqué qui ait pu être mis au compte de l'injection. Les troubles observés chez ces sortes de sujets lui paraissent devoir être attribués uniquement à l'émotion.

Plusieurs sujets ont été anesthésiés deux fois dans la même séance, sans en avoir été autrement impressionnés, bien qu'ils eussent absorbé, dans un laps de temps de quelques minutes, 10 centigrammes de cocaïne dans 1 gramme de solution phéniquée.

D'autres sujets ont subi, à quelques jours d'intervalle, deux et trois opérations, toujours avec succès.

M. Viau a aussi fait cette remarque que les individus qu'il a opérés pour la deuxième ou troisième fois ont perdu toute appréhension, ce qui a beaucoup facilité l'opération.

Enfin plusieurs observations ont montré que la moitié de la dose anesthésique ordinaire, c'est-à-dire environ 2 centigr. 1/2 de cocaïne dans 25 centigrammes de solution phéniquée, avait suffi pour produire une complète anesthésie.

D'où cette conclusion qu'on pourra arriver à diminuer, par la suite, la dose du mélange anesthésique.

NOUVEAUX FAITS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ÉTIOLOGIE DU TÉTANOS.

Par M. le docteur LARGER.

Comme toute idée nouvelle dont la preuve n'est pas complète, dit-il, ma première communication sur la nature infectieuse du tétanos a été l'objet de légitimes critiques. Depuis lors la question est entrée en bonne voie grâce à l'heureuse intervention de M. Verneuil. Aujourd'hui j'apporte un nouvel appoint à la théorie dont j'avais posé les premiers jalons devant la Société.

Les faits que je veux rappeler ici ont trait à une épidémie de tétanos qui fut observée, à l'hôpital de Colmar, dans le service de mon concitoyen et ami, M. le docteur Macker.

Au commencement de janvier 1882, un adulte entre dans ce service pour une plaie de la main. Il y contracte le tétanos et meurt.

Quelques jours après, un autre adulte, également blessé à la main, est admis dans le lit situé immédiatement à gauche du précédent : le tétanos l'atteint et il succombe comme l'autre en trois jours.

Au même moment un enfant de sept ans, atteint de tumeur blanche, est placé dans le lit situé à droite de celui du premier malade. Amputé de la cuisse, il meurt du tétanos cinq jours après.

En septembre 1886, un adulte, blessé au doigt, séjourne dans le lit occupé par le premier tétanique de 1882. Il contracte à son tour le tétanos, mais a la chance de guérir.

Des renseignements fournis par le docteur Macker, il résulte :

1° Que le refroidissement ne peut être invoqué que pour le deuxième, nullement pour les autres.

2° Que le tétanos n'existait pas dans la ville en janvier 1882 ni en septembre 1886.

3° Que l'origine équine ne peut être démontrée pour ces cas, mais que M. le docteur Hirtz a observé l'été dernier un paysan, lequel avait eu le doigt broyé par suite d'un mouvement brusque de son cheval, et qui succomba au tétanos en peu de jours.

4° Qu'enfin la salle de chirurgie de l'hôpital n'a subi aucune

réparation, aucune désinfection sérieuse, dans l'intervalle de 1882 à 1886.

Il résulte rigoureusement de ce qui précède : que la salle de chirurgie de l'hôpital de Colmar a été, en janvier 1882, le théâtre d'une petite épidémie de tétanos. Ce n'est pas une pseudo-épidémie produite par les courants d'air, ainsi qu'on l'a avancé ici et ailleurs, pour d'autres cas semblables, car le refroidissement est nié sauf pour un seul malade.

D'ailleurs, ni Thiriar à Bruxelles, ni Blanc à Bombay, ni Labarrière à Poissy, n'ont observé ces fameux courants d'air sur leurs tétaniques. Dans l'endémo-épidémie de Carrière-sous-Poissy, on ne saurait les faire intervenir sans heurter le bon sens. Il faut donc définitivement renoncer à cette cause étiologique du tétanos : cause adjuvante, je le veux bien, mais dans certains cas seulement.

Une coïncidence frappante dans les faits du docteur Macker, est celle-ci que deux tétaniques occupaient le même lit à 4 ans et demi d'intervalle. Coïncidence toute fortuite, diront nos adversaires. — Soit, mais qu'on me permette d'observer que c'est la quatrième fois que cette coïncidence *fortuite* se produit dans les quelques faits relatés par moi. En effet un intervalle de dix ans sépare l'invasion du tétanos chez les deux chevaux de la même écurie d'Achères : on trouve deux ans entre le tétanos du dernier cheval et celui de la femme blessée devant l'écurie en question. Il y a onze ans, entre le tétanos du premier ouvrier de Barentin et celui du deuxième ouvrier habitant la même chambre; enfin quatre ans et demi séparent le premier tétanique et le deuxième occupant le même lit à Colmar.

Les autres faits dont je veux entretenir la Société ont trait à la médecine vétérinaire ; je les tiens de l'obligeance de M. Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

Pendant vingt-cinq ans M. Cagnat, vétérinaire à Saint-Denis, n'observe pas un seul cas de tétanos dans sa clientèle. En 1884, il enlève une tumeur du testicule à l'aide de l'écraseur linéaire : le cheval meurt du tétanos. Dans l'espace de six mois, cinq autres chevaux subissent diverses opérations avec ce même écraseur; ils meurent tous les cinq du tétanos.

Dans le même moment, M. Cagnat opère d'autres chevaux avec ses instruments de trousse ordinaires, sans qu'un seul devienne tétanique. Sur les conseils de M. Nocard, l'instrument est plongé dans l'huile presque bouillante : l'écraseur en question a servi depuis lors à de nombreuses opérations, *sans qu'une seule ait été suivie de tétanos*.

Il faut avouer que ces faits, dont la rigueur équivaut presque à des expériences de laboratoire, sont singulièrement démonstratifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'étiologie du tétanos. — M. LARGER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1140.)

M. VERNEUIL rapporte plusieurs faits à l'appui de la même opinion. Il rappelle ceux qu'il a déjà communiqués au Congrès français de chirurgie (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 984). M. le docteur d'Hotel lui a signalé plusieurs faits de tétanos équin dont il a été témoin dans un village des Ardennes et dans lesquels le vétérinaire lui-même a été certainement le vecteur du contage. En effet, ce fait prouve d'une manière péremptoire qu'un vétérinaire, en quelque endroit qu'il ait pris le virus tétanique, peut le transmettre à une série de ses opérés placés dans des conditions différentes de temps et de lieu.

M. Cérémonie a adressé à M. Verneuil une note sur l'endémie tétanique de Noisy-le-Sec. En effet, dans ce village, il y a eu, sur 300 chevaux, 12 cas de tétanos en trois ans. Dans cette note se trouve un exemple de transmission probable du tétanos de l'homme au cheval. M. Verneuil a reçu de M. le docteur Gosselin (de Caen) une note sur un cas de tétanos humain prouvant le danger des blessures les plus légères en rapport avec les sécrétions du cheval. Enfin M. Magitot lui a signalé deux cas de tétanos qu'il a observés à la suite de blessures dans des chutes de cheval.

M. TRÉLAT, tout en tenant compte des faits très intéressants qui viennent d'être produits par MM. Verneuil et Larger, et qui plaident en effet en faveur de la contagiosité du tétanos, croit qu'on doit encore rester dans le doute sur l'existence de cette contagiosité.

M. KIRMISSON a observé le fait suivant : Un homme, en état d'ivresse, couché dans une écurie, reçoit un coup de pied de cheval sur la tête. Il est amené à l'hôpital; l'interne de garde ne trouve pas de fracture et applique un pansement antiseptique. Quelques jours après, cet homme meurt du tétanos. On trouva, à l'autopsie, une fracture du crâne et, dans la plaie, des détritus provenant du pied du cheval. Ce fait serait en faveur des rapports entre l'homme et le cheval au point de vue du tétanos. Cependant M. Kirmisson a fait sur les animaux de nombreuses expériences sur la transmission du tétanos, qui ont toutes abouti à des résultats négatifs.

M. VERNEUIL pense qu'en attendant les faits expérimentaux du laboratoire, on doit s'en rapporter aux faits cliniques sur la transmission du tétanos du cheval au cheval, du cheval à l'homme et de l'homme à l'homme.

M. LARGER ajoute que les faits qu'il vient de citer semblent ne laisser aucun doute sur la contagion du tétanos.

Abcès du ligament large, laparotomie, guérison. — M. POZZI fait un rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans qui venait d'accoucher de son cinquième enfant; elle fut prise de frisson, de fièvre et de douleurs qui firent diagnostiquer à M. Houzel un abcès du ligament large. Il propose une opération qui est refusée. Un mois après, M. Houzel appelé de nouveau fait une incision au-dessus de l'arcade, comme pour la ligature de l'iliaque; aussitôt une poche fait hernie à travers l'incision; cette poche est largement ouverte et donne issue à une grande quantité de pus : grattage et toilette de la cavité, suture et drainage, pansement antiseptique; guérison.

M. Pozzi, en raison de la situation particulière du membre inférieur correspondant, qui était dans l'adduction et dans la flexion, pense qu'il s'agissait d'une psoïtis suppurée plutôt que d'un abcès du ligament large. En outre M. Houzel appelle son opération laparotomie sous-péritonéale; c'est là une simple incision d'abcès profond. M. Pozzi reproche à M. Houzel d'avoir employé une curette tranchante qui pouvait être dangereuse. En outre le lavage qui a été pratiqué avec la solution phéniquée forte pouvait n'être pas sans inconvénients. Enfin M. Pozzi n'aurait pas suturé et aurait laissé la plaie largement ouverte.

M. TRÉLAT croit qu'on emploie le mot de laparotomie d'une façon abusive. Il réserve ce nom à l'opération qui consiste à ouvrir la cavité péritonéale. En dehors de ces cas, il ne lui paraît pas applicable, ni à l'opération de M. Houzel, ni même à celle qu'a proposée M. Pozzi sous le nom de laparotomie sous-péritonéale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'élève également contre ces mots de laparotomie et de gastrotomie appliqués à de simples ouvertures d'abcès. Ce sont là des opérations tout à fait différentes de celles qui consistent à ouvrir franchement le péritoine et à pénétrer dans la cavité abdominale. Il en est de même des opérations de grossesse extra-utérine dans des abcès; ce ne sont pas là de vraies gastrotomies.

M. GUÉNIOT ne croit pas qu'il s'agisse là d'une psoïtis suppurée; mais bien simplement d'un abcès de la fosse iliaque. La destruction du muscle psoas n'est pas suivie d'une guérison aussi prompte.

M. POZZI s'est également élevé contre le mot de laparotomie appliqué à l'ouverture d'abcès. Il fait cependant des réserves au

sujet de l'opération de recherche qu'il a désignée sous le nom de laparotomie sous-péritonéale.

Quant au diagnostic de psoïtis suppurée, il ne le défend pas autrement. Il a voulu seulement appeler l'attention sur ce diagnostic en raison de la position de la jambe.

M. PEYROT rappelle que l'étymologie du mot laparotomie signifie ouverture du flanc. Il ne s'applique donc pas exactement à toutes les opérations qu'il désigne actuellement.

Hémato-salpagie. — M. TERRILLON présente des pièces provenant d'une femme de trente-quatre ans ayant eu quatre enfants. Elle fut prise de symptômes d'hématocèle, de douleur et d'hémorrhagies presque continuelles. M. Terrillon trouva une tumeur indépendante de l'utérus, en arrière, rénitente. Il fit hier la laparotomie, arriva au fond du bassin et trouva une tumeur fluctuante qu'il ponctionna; il sortit seulement quelques caillots. Il la détacha de ses adhérences et s'aperçut que c'était la trompe dilatée; il put l'extraire avec l'ovaire correspondant. L'autre trompe était également kystique; il dut aussi l'enlever. Il était tombé beaucoup de caillots dans le fond du bassin, que M. Terrillon lava avec de l'eau bouillie. Il donnera des nouvelles de la malade, opérée, hier, de cette hémato-salpagie.

M. TRÉLAT rappelle que M. Terrier et lui ont opéré une malade analogue atteinte de pyo-salpagie, qui est morte de péritonite suraiguë deux mois après l'opération.

M. MONOD rappelle qu'il était très facile, dans le cas de M. Terrillon, de reconnaître que la tumeur était bien indépendante de l'utérus, ce qui était en faveur de l'intervention opératoire.

Kyste synovial du poignet. — M. TERRILLON présente un garçon de trente-trois ans, qui était atteint d'un kyste synovial du poignet. Il l'opéra et s'aperçut que la synoviale et le tendon étaient couverts de fongosités. Il gratta ces fongosités. Le malade guérit très bien. L'examen histologique de ces fongosités montra qu'elles ne contenaient pas de bacilles.

M. TRÉLAT a fait examiner très souvent des grains rhiziformes d'abcès et de kystes. Il a toujours trouvé des lésions tuberculeuses dans ces produits pathologiques. Aussi considère-t-il comme établie la nature tuberculeuse de ces produits.

M. KIRMISSON rapporte l'observation d'une malade, portant une béquille, qui était atteinte de tous les signes d'un kyste synovial, y compris la crépitation neigeuse. L'opération montra qu'il s'agissait uniquement de fongosités tuberculeuses.

ÉLECTION

M. Schwartz est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 novembre 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Morel, en remplacement de M. Ulrich, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Est affecté à l'hôpital de Rennes.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Grellety, en remplacement de M. Camus, promu. — Est affecté à l'hôpital de Saint-Omer.

— Par décret, en date du 29 novembre 1886, M. Huas, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 26 novembre 1886, ont été désignés :

MM. les pharmaciens-majors de première classe Bouillon, pour la réserve des médicaments, à Marseille; Burcker, pour l'hôpital de Chambéry; Catenac, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Barillé, pour l'hôpital de Bourges; Janin, pour l'hôpital du camp de Châlons.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Bréant, pour l'hôpital de Sedan; Speiser, pour l'hôpital de Briançon; Goutte, pour l'hôpital de Bourges; Armandy, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

M. le pharmacien aide-major de première classe Le Bourgeois, pour la pharmacie centrale, à Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 15 juin 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— Par arrêté ministériel en date du 28 novembre 1886, un concours s'ouvrira, le 1er juin 1887, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— *École de médecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats :

Deuxième année. — 1er prix, M. Rolland; mention honorable, M. Rancin.

Troisième année. — 1er prix, M. Loiset.

Concours Le Sauvage : 1er prix, M. Loiset; mention honorable, M. Rancin. — Concours Dan de la Vauterie : prix, M. Fauvel.

— *École de médecine de Rouen.* — Ont été proclamés lauréats :

Première année. — 1er prix, M. Bourdet; 2e prix, M. Bouju.

Deuxième année. — Prix, M. de Beaumais.

Prix Pillore : M. Leroy. — Prix des hospices : 1er prix, M. de Beaumais; 2e prix, *ex æquo*, MM. Rocher et Lireux.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Pion, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. Roland, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Depoully est nommé préparateur du cours de physique.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Gay, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, en remplacement de M. Courchet, appelé à d'autres fonctions.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Thouvenin, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, est chargé d'un cours complémentaire de zoologie.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Quarré est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie appliquée.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Villard est chargé d'un cours complémentaire de physique.

— M. le docteur Farabeuf, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours d'anatomie le lundi 6 décembre 1886, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Potain commencera le cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, mardi prochain 7 décembre 1886, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Armand Gautier commencera son cours de chimie biologique, mardi prochain 7 décembre 1886, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, et le continuera les mardis suivants à la même heure. — Il traitera dans son cours de la production et de la transformation des matières organiques chez les êtres vivants.

— M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital Necker, le mercredi 8 décembre 1886, à neuf

heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Les vendredis : leçons de séméiotique et de diagnostic.

— M. le docteur Loviot, chef de clinique, fait, à la clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas, un cours pratique en quarante leçons. — S'adresser à la clinique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20367

52

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve de maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.

Gros : 2, rue de Latran, Paris.

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharm[ies].

72

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie*.

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, ph[ien] de 1[re] classe, F[g] Montmartre, Paris. — Boîte *:* 4 francs.

13

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Ph[ie] GREZ, 34, rue de la Bruyère.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt G[ral] : Ph[ie] C[le] F[g] Montmartre, Paris.

33

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences .— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.—

Vente en gros chez tous les droguistes.

172

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f[res], 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph[ies].

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La ph[ie] DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

23

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

15

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

84

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0[f],10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Ph[ie] LIMOUSIN ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

110

ASTHME

catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, s[t] guéris p[r] les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❋❋. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

7

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(Dragées de BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 0,25; bi-iodure d'hydrarg., 0,005.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : 5f.

Elles ont sur le **sirop** le *grand avantage d'être d'un volume insignifiant et d'un emploi beaucoup plus commode et agréable*, et, en raison de leur **extrême solubilité**, leur absorption est tout aussi rapide. (*Affections rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses. — Maladies rebelles de la peau, etc.*)

Paris, Eug. FOURNIER succ[r] de BOUTIGNY-DUHAMEL, 11, r. Malher. Détail 31, r. de Cléry et t[tes] Ph[ies].

1

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Ph[ie] LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph[ies].

104

Établissement fondé à Terre-Neuve en 1849.

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite de morues fraîchement pêchées, vierge, couleur paille, goût de sardine. Les huiles brunes proviennent des foies corrompus qui les colore et les rend répugnantes. (Rapp. à l'Acad. de méd.)

HOGG, 2, rue Castiglione, Paris, et pharmacies.

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faines
Id. d'huile de foie de morue } **créosotées.**

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph[ie] H. MAYET, 9, rue S[t]-Marc.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Nº 142. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 7 DÉCEMBRE 1886. — Nº 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Des contusions de l'abdomen.

(Leçon recueillie par M. Guillet, interne du service.)

Je désire vous parler d'une affection intéressante, peu connue peut-être de plusieurs d'entre vous, et qui cependant offre une importance très grande au point de vue pratique.

Je viens de vous montrer, au nº 22 de la salle Saint-Côme, un homme âgé de quarante-six ans, employé à la gare d'Orléans, qui a été tamponné, il y a trois jours, par une locomotive en manœuvre; il est atteint d'une contusion de l'abdomen. L'occasion me paraît bonne pour vous présenter quelques considérations sur ce sujet.

En présence d'une contusion de l'abdomen, il faut résoudre successivement plusieurs questions : la première est celle-ci : *La contusion porte-t-elle seulement sur les parois abdominales, ou bien a-t-elle atteint les viscères contenus dans la cavité péritonéale?*

Quels sont les éléments qui permettent de résoudre ce problème?

L'état des parois abdominales peut-il servir de base? Non; l'aspect extérieur des parois ne fournit aucune notion exacte sur l'état des viscères profonds, et c'est souvent une cause d'erreur; car l'intégrité des parois abdominales peut dissimuler une lésion sérieuse des organes sous-jacents. Ainsi, il y a quelques années, un homme succomba dans mon service, à la suite d'une contusion abdominale. A l'autopsie, je trouvai le mésentère totalement détaché de la colonne vertébrale et une hémorrhagie très abondante dans la cavité péritonéale. Eh bien, cet énorme délabrement ne s'accompagnait d'aucune lésion des parois abdominales; j'examinai, en effet, celles-ci avec la plus grande attention; j'en disséquai successivement chacune des couches, sans rencontrer nulle part la trace du plus petit épanchement. La raison de ce fait est facile à comprendre : les parois abdominales, séparées du squelette par un espace assez considérable, peuvent fuir sous le coup; il n'en est pas de même des viscères qui appliqués presque immédiatement sur la charpente osseuse, sont projetés contre elle et viennent s'y comprimer.

Donc *l'état de la paroi abdominale n'indique en rien l'état des viscères.*

Il faut, au contraire, tenir grand compte de *l'attitude du blessé au moment de l'accident,* et l'interroger à ce point de vue. Avait-il à ce moment le corps appuyé contre un plan résistant, ou bien était-il libre, a-t-il pu fuir devant le choc par un mouvement instinctif de recul? Ce fait est important à établir, car avec une force égale de l'agent vulnérant, il peut se produire dans le premier cas des lésions extrêmement graves et, dans le second cas, des lésions presque insignifiantes.

Si le malade vous répond qu'au moment de l'accident il avait le dos appuyé, défiez-vous et ne vous en rapportez pas aux symptômes apparents, car la contusion viscérale ne se traduit pas toujours par des signes bien manifestes. En voici un exemple : j'étais chirurgien de l'hôpital de Lariboisière et je faisais un matin la consultation externe, aidé de l'un de mes internes. Un homme se présente, prétendant avoir reçu un coup de pied dans l'abdomen. L'interne l'examine et, ne découvrant aucune trace de lésion, s'apprête à le renvoyer. Je lui fais alors observer qu'il a tort, que le malade est peut-être plus sérieusement atteint qu'il ne le croit et je donne à cet homme un billet d'admission. Or, quatre jours après, sans que rien jusque-là ne fît soupçonner de complications, survint une péritonite suraiguë qui l'emporta rapidement.

Ne vous fiez donc pas aux *symptômes apparents,* et réservez toujours le pronostic, quand vous aurez affaire aux contusions de l'abdomen.

Il y a cependant un élément qui ne trompe pas souvent; *c'est le facies du malade;* un visage abattu, exprimant une souffrance profonde, devra vous faire penser à l'existence d'une contusion viscérale.

Ce que je viens de vous dire vous permettra de résoudre une question qui peut vous être posée dans votre pratique et qui a trait à la médecine légale, à savoir : une contusion ne s'accompagnant point d'ecchymose des parois abdominales peut-elle déterminer une mort immédiate? Cette question fut posée, il y a quelques années, à un médecin légiste dans un procès resté célèbre : il s'agissait d'un accusé qui prétendait avoir tué une femme sans le vouloir, en lui donnant un coup de pied dans l'abdomen. Les juges demandèrent au médecin si ce coup de pied avait pu amener une

mort immédiate; le médecin répondit par la négative. Eh bien, je crois que cette réponse était tout au moins imprudente. Une contusion de l'épigastre, de cette région si importante, contenant le plexus solaire, auquel les anciens donnaient le nom de *cerveau abdominal*, peut en effet déterminer une syncope mortelle; en outre, une contusion de l'abdomen peut produire des déchirures du foie et de la rate, qui s'accompagnent parfois d'hémorrhagies foudroyantes; elle peut aussi amener des ruptures des gros vaisseaux et, par cela même, une mort subite. Je me rappelle avoir observé un cas très curieux de lésion des gros vaisseaux, consécutive à une contusion de l'abdomen : il s'agissait d'un homme qui avait présenté tous les signes d'une gangrène du membre inférieur gauche. Cet homme mourut; à l'autopsie, je trouvai une déchirure des deux tuniques internes de l'artère iliaque primitive gauche; ces deux tuniques étaient rebroussées dans l'intérieur du vaisseau et avaient oblitéré son calibre, tandis que la tunique externe avait résisté à la pression. Que serait-il arrivé si cette tunique s'était rompue? Il y aurait évidemment eu une hémorrhagie qui aurait emporté le malade en quelque instants. Je crois donc qu'une contusion violente de l'abdomen peut amener la mort subite, sans laisser de trace du côté des parois abdominales.

Quand vous avez interrogé le malade sur le mécanisme de l'accident, quand vous avez examiné son état général, vous devez vous poser cette seconde question : *Quel est le viscère atteint?* Le plus souvent l'état local ne vous donnera pas beaucoup de renseignements; toutefois une douleur à la pression, localisée au niveau de la *rate*, au niveau du *foie*, devra vous faire admettre la contusion de ces organes. Vous vous souvenez peut-être avoir vu cette année dans notre service un homme chez qui une douleur, localisée au niveau de la région hépatique, nous fit porter le diagnostic de contusion du foie; l'apparition d'un ictère quelques jours plus tard vint confirmer ce diagnostic.

Si les *reins* sont atteints, outre la douleur au niveau de la région lombaire, il y aura de l'hématurie; c'est précisément le cas de notre malade.

On peut donc, en se basant sur le siège de la douleur, arriver à faire le diagnostic de l'organe lésé; il y a cependant une contusion pour laquelle on ne peut se prononcer; c'est *la contusion de l'intestin*. Ces cas sont les plus trompeurs; car les malades peuvent marcher, reprendre leurs occupations pendant quelques jours saus présenter aucun symptôme alarmant; et cependant la situation est grave.

Que se passe-t-il, en effet, dans ces conditions? La contusion détermine une petite escharre de l'intestin; tant que cette escharre se forme le malade ne souffre pas; mais, du quatrième au sixième jour, elle se détache, et, si alors il ne s'est pas produit d'adhérences entre l'anse intestinale malade et les anses voisines, les matières fécales passent dans le péritoine; il se déclare une péritonite suraiguë, et c'est de cette façon que meurent les malades atteints de contusion de l'intestin.

Retenez ce fait; car c'est lui qui doit guider le traitement. Ayez toujours dans la pensée qu'il y a une escharre de l'intestin et comportez-vous de façon à éviter les accidents qu'elle peut amener.

Or vous savez avec quelle facilité le péritoine adhère aux parties voisines, vous savez, d'autre part, que ces adhérences constituent la seule chance de salut pour votre malade; faites en sorte de les favoriser; le meilleur moyen que vous ayez d'arriver à ce résultat, c'est l'immobilisation absolue de l'intestin. Ordonnez donc à votre malade le repos le plus complet; faites-lui prendre de l'opium à haute dose (10 centigrammes d'extrait thébaïque par jour), pour paralyser les contractions intestinales; recommandez une diète très sévère, proscrivez les aliments solides; permettez seulement quelques boissons légères par cuillerées à café, pour tromper la faim de votre malade, et continuez ce régime pendant plusieurs jours, pendant une semaine au besoin.

Immobiliser l'intestin, tel est donc le but que vous devez vous proposer.

Mais je suppose que, malgré toutes ces précautions, survienne une péritonite aiguë? Que devez-vous faire?

Il y a quelques années, je vous aurais répondu que vous n'avez rien à faire, que votre malade était fatalement perdu, quoi que vous employiez. Aujourd'hui j'ai modifié ma façon de voir et je crois qu'en pareil cas on peut intervenir. Je crois que, lorsque après une contusion de l'abdomen, qui au début n'a présenté aucun symptôme bien marqué, qui, pendant quatre ou cinq jours, n'a été accompagnée d'aucun signe de péritonite, survient vers le sixième jour une péritonite suraiguë, lorsqu'en un mot on a de grandes probabilités pour avoir affaire à une perforation intestinale consécutive à la chute d'une escharre, je crois qu'en pareil cas il faut faire la laparotomie, aller à la recherche de l'anse perforée et la suturer ou bien l'attirer vers les téguments et la fixer à la peau pour faire un anus contre nature. Je n'insiste pas sur la façon de faire la suture intestinale, toutefois je vous recommande la petite précaution suivante : si vous suturez l'intestin, passez un fil dans la suture et attirez l'anse intestinale contre la paroi, en fixant à l'extérieur le fil qui la retient; si votre suture intestinale manquait, il se produirait une simple fistule stercorale, et vous auriez de la sorte évité une péritonite mortelle.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Tumeurs carcinomateuses des ligaments larges, péritonite franche et carcinose aiguë ; mort.

Au nº 20 de la salle Sainte-Anne était couchée une jeune femme de trente-cinq ans, blanchisseuse, qui nous a été envoyée du service d'accouchements dans le nôtre, après être accouchée quelque temps auparavant, avant terme, d'un enfant mort-né. Elle est entrée dans nos salles avec la face grippée, les narines pincées, de la fièvre, un météorisme abdominal considérable, etc., en un mot tous les signes d'une péritonite. Dès que, au bout de quelques jours, ledit météorisme fut tombé, nous avons pu nous rendre compte de l'état de l'utérus resté encore volumineux, derrière la symphyse pubienne, ainsi que de la présence, de chaque côté de la matrice, d'une tuméfaction qui paraissait s'être faite aux dépens des ligaments larges. Ces tuméfactions nous ont semblé correspondre, selon toutes probabilités, à deux tumeurs de nature sarcomateuse ou carcinomateuse des ligaments larges.

Quelques jours après, une ascite s'est produite tellement considérable que l'asphyxie était imminente (s'accompagnant d'œdème prononcé des extrémités inférieures), et que nous dûmes faire d'urgence la paracentèse. Cette opération a donné issue à 8 litres d'un liquide très sanguinolent; elle n'a été suivie d'ailleurs d'aucun incident, et la malade en a éprouvé un véritable soulagement.

Néanmoins, de deux en deux jours ou de trois en trois jours, cette femme était prise, tout à coup, brusquement, de petits accès de péritonite avec nausées, vomissements bilieux, coliques sous-ombilicales, et quelques phénomènes fébriles qui permettaient de dire qu'elle allumait alors un peu de péritonite. Pendant ce temps, l'ascite — peu inflammatoire — reparaissait, le liquide se reproduisait avec une certaine rapidité, et assez abondant pour nécessiter une nouvelle ponction. Cette fois la quantité de liquide évacuée a été presque moitié moindre que lors de la première paracentèse (5 litres seulement au lieu de 8); de plus sa nature n'était plus la même, elle n'était plus du tout sanguinolente, mais absolument citrine et transparente. Cette seconde ponction produisit encore un certain soulagement, mais de très courte durée, car quarante-huit heures plus tard la malade nous présentait de nouveau l'aspect péritonéal, avec les narines pincées, la face grippée, le pouls très petit et très rapide, le refroidissement des extrémités, des douleurs abdominales spontanées et exagérées par la pression. Bref la péritonite avait pris une marche ascensionnelle, les vomissements devenaient incoercibles, porracés, verdâtres; en un mot notre malade présentait toute la symptomatologie péritonéale, si bien qu'elle succombait avant-hier soir à une péritonite inflammatoire surajoutée à son affection cancéreuse des ligaments larges. Je dis : inflammatoire et surajoutée, la péritonite due à ces tumeurs carcinomateuses restant généralement latente, évoluant généralement sans grand fracas.

Donc la veille de sa mort cette femme était dans un état des plus pénibles, l'ascite avait reparu mais le liquide n'était pas en quantité suffisante pour exiger une nouvelle ponction. Et pourtant nous n'avons pas su résister aux supplications de la malade, implorant une troisième ponction en raison du soulagement que les deux premières lui avaient procuré. Nous fîmes cette nouvelle paracentèse : 4 litres de liquide s'écoulèrent encore, liquide citrin et transparent comme lors de la deuxième ponction, mais le mal continuant ses progrès, le lendemain soir cette femme succombait.

L'autopsie a été faite hier matin, elle a confirmé le diagnostic de péritonite diffuse, adhésive, étendue des culs-de-sac au diaphragme; il y avait de la carcinose aiguë et de la péritonite franche. Les intestins étaient accolés entre eux, le péritoine pariétal et le péritoine viscéral étaient couverts de petites taches blanches, brillantes, polies comme de petites taches de bougies, variant de grosseur depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une très large lentille. D'autres formaient de petites tumeurs dont le volume variait aussi entre celui d'un gros pois et celui d'une noisette.

L'utérus avait son volume normal; derrière lui on découvrait deux tumeurs développées dans les ligaments larges droit et gauche. Cette dernière avait le volume d'un rein, tandis que celle de droite était grosse comme deux rates réunies. Il s'agissait bien de deux tumeurs carcinomateuses; on sait d'ailleurs que c'est bien là le genre de tumeurs que l'on rencontre dans le péritoine et non pas de l'épithélioma.

L'uretère gauche était très fortement comprimé; de là une dilatation de ce conduit au-dessus du point où s'exerçait la compression, une dilatation aussi du bassinet, en un mot une dilatation ascensionnelle du rein gauche.

Ces tumeurs carcinomateuses avaient déterminé une carcinose miliaire aiguë véritable, qui s'étendait sur le diaphragme pleural avec des traînées de lymphangite carcinomateuse, passant ainsi, grâce aux lymphatiques, de la cavité péritonéale dans la cavité thoracique. Cette carcinose était si généralisée, ou mieux, si diffusée, que les poumons présentaient aussi de la lymphangite et des nodules carcinomateux.

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION DES TROMPES D'EUSTACHE (1).

Par M. le docteur E.-J. MOURE (de Bordeaux).

Je désire appeler l'attention de mes confrères sur un mode de traitement des affections catarrhales de la trompe, qui m'a donné, durant ces derniers temps, d'excellents résultats. Tout le monde sait que, dans bien des cas d'inflammation subaiguë du conduit tubaire, la muqueuse plus ou moins tuméfiée est recouverte, surtout au niveau de son orifice, d'un mucus parfois assez épais qui empêche la douche d'air de pénétrer dans ce conduit et, partant, dans l'oreille moyenne. Dans quelques cas, c'est à peine si une insufflation consciencieuse et soigneusement faite permet d'envoyer dans la caisse quelques bulles d'air. Je sais bien que la pénétration de ce fluide, si minime que soit la quantité insufflée, suffit pour améliorer l'audition dans une certaine mesure; mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, ce n'est qu'après plusieurs séances et à des intervalles irréguliers que l'on entend l'air passer *avec peine* dans les trompes obstruées.

Ayant eu affaire, il y a plusieurs mois, à deux ou trois malades de ce genre, que la vue et surtout l'introduction de la sonde effrayait beaucoup, je commençais par anesthésier la muqueuse avec la solution de chlorhydrate de cocaïne habituelle (au 1/10e). Quelques minutes après, non seulement l'anesthésie était complète, mais la muqueuse étant considérablement rétractée, permettait l'entrée plus facile de la sonde dans les fosses nasales. Tout d'abord mes badigeonnages avaient été limités à la moitié environ de la longueur du conduit nasal. Un peu plus tard, je portais ma ouate jusqu'au niveau de la cavité naso-pharyngienne, et dès lors je constatais que l'air pénétrait bien plus facilement sur la trompe obstruée. Me rappelant alors ce fait bien connu que la solution de cocaïne rétracte les muqueuses hypertrophiées, au point de les accoler exactement sur le squelette qu'elles recouvrent, je songeai à me rendre la route plus large en instillant dans l'orifice du conduit tubaire, aussi profondément que possible, quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/15e. L'effet espéré ne tarda pas à se produire, et au bout de quelques minutes l'air pouvait pénétrer dans les caisses et améliorer notablement l'audition du malade.

Depuis cette époque, j'ai continué mes expériences et toujours avec succès.

C'est là, je crois, une nouvelle application utile de la cocaïne, dont les services sont considérables. Non seulement on produit ainsi l'anesthésie et on rend le cathétérisme absolument insensible chez les gens timorés; mais surtout dès la première séance on fait un traitement utile et agréable au malade : utile, parce qu'on peut insuffler les vapeurs émollientes ou plutôt légèrement astringentes ou balsamiques; agréable, parce que, dès le début, l'amélioration obtenue encourage le malade à continuer un traitement qui lui sera profitable.

Cet élargissement du conduit nasal, produit par la cocaïne, a déjà été mis à profit par M. le docteur Bryson-Delavau pour l'extraction de corps étrangers du nez, dont il facilite notablement la sortie. De même pour rendre perméables les trompes obstruées, il sera d'une utilité incontestable.

C'est là un petit point de pratique otologique qui me paraît

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 27 octobre 1886.

avoir son importance et que je prierai mes confrères de vouloir bien essayer.

Je me permettrai seulement de rappeler que pour bien réussir dans les cas graves, on devra d'abord dilater la cavité nasale avec un badigeonnage fait sur cette muqueuse et instiller ensuite, à l'orifice de la trompe, quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/15e au moins ou au 1/10e, si cela est nécessaire. Une fois l'orifice dilaté, si l'air pénétrait mal on ferait une nouvelle instillation de quelques gouttes qui pénétreraient plus profondément dans le conduit et rendraient l'insufflation plus facile après quelques minutes d'attente.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de la diphthérie. — Ce traitement, tel qu'il est employé par M. le docteur Folkert Kramer (d'Amsterdam), est ainsi conçu :

1° Badigeonner la gorge des diphthéritiques toutes les heures avec :

Iode tribromé.	50 centigrammes.
Bromure de potassium.	50 —
Eau distillée	250 grammes.

2° Badigeonner aussi la gorge trois fois par jour avec le mélange suivant :

Acide phénique.	1 gramme.
Esprit de vin.	25 —
Glycérine.	25 —

3° De plus, on fera des insufflations trois fois par jour avec la composition suivante :

Benzoate de soude.	15 grammes.
Poudre inerte	Q. S.

Les badigeonnages devront être faits avec une grande douceur, et l'on ne devra jamais chercher à enlever de force les produits diphthéritiques.

En même temps qu'il fait ces badigeonnages et ces insufflations, M. Folkert Kramer prescrit l'administration, à l'intérieur, de la potion suivante, dont on donnera une cuillerée par heure :

Benzoate de soude. Suivant l'âge, 6 à	25 grammes.
Eau pure.	150 —
Sirop d'écorces d'oranges amères. .	15 —

L'auteur dit avoir obtenu, par ces moyens, 143 guérisons sur 152 cas; 9 malades seulement auraient succombé ; soit une mortalité de 5,9 p. 100.

Comme traitement prophylactique, il recommande, en temps d'épidémie, de badigeonner pendant deux jours la gorge de l'enfant, dès qu'il présente le moindre malaise : une fois par jour avec la solution phéniquée ci-dessus et deux fois avec la solution bromo-iodée dont nous donnons plus haut la formule. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Tuberculose. — M. le professeur Potain prescrit aux malades tuberculeux la mixture suivante, à la dose d'une cuillerée à café tous les matins dans une tasse de lait.

Chlorure de sodium	10 grammes.
Bromure de sodium.	5 —
Iodure de potassium.	1 —
Eau distillée	100 —

Faites dissoudre. (*Union médicale*).

Blessure de la région cervicale par arme à feu. — Sous ce titre M. le docteur P. Buot, médecin aide-major de deuxième classe, publie une intéressante observation, dans laquelle il s'agit d'un garçon de vingt-cinq ans, d'origine marocaine, qui fut blessé d'une balle de révolver, tirée à 4 ou 5 mètres de distance par un berger dont il cherchait à voler un mouton. Le cou fut latéralement traversé par le projectile; l'hémorrhagie, peu abondante, s'arrêta d'elle-même au bout d'une heure et le malade fut amené le lendemain soir à l'hôpital de Tlemcen, dans le service de M. le docteur André, médecin chef.

Sans entrer dans les détails de l'observation, nous nous bornerons à mentionner les principales particularités sur lesquelles M. Buot insiste, c'est-à-dire :

1° La bénignité apparente de la blessure, malgré la fracture du corps de deux vertèbres et la section presque complète d'une des branches nerveuses cervicales, et l'absence d'aucun signe révélateur de ces lésions pendant près de trois semaines.

2° Le début brusque des accidents nerveux, survenant au vingtième jour.

3° L'intégrité parfaite des fonctions et, en particulier, de la respiration, intégrité persistant après la paralysie des quatre membres et faisant place à une asphyxie rapide.

4° Les lésions constatées à l'autopsie, qui rendent en partie compte de la marche des accidents. C'est, en effet, seulement par suite de la suppuration et du travail d'élimination des fragments osseux que les méninges rachidiennes ont été mises à découvert et que le canal rachidien s'est trouvé en communication avec la plaie. La lésion a suivi une marche principalement descendante, ce qui explique la paralysie des membres, alors qu'il n'y avait aucun trouble de la respiration. Ce n'est que plus tard, quand l'inflammation a atteint le niveau de la branche du nerf phrénique, que s'est produite l'asphyxie rapide à laquelle le blessé a succombé en quelques heures. (*Archives de méd. et pharm. militaires.*)

De l'antagonisme entre la strychnine et la cocaïne. — Des nombreuses expériences entreprises sur des chiens par M. le docteur Bignon, il résulte :

1° Que la cocaïne est l'antagoniste de la strychnine;

2° Qu'un chien, qui a ingéré par la voie stomacale une dose de strychnine cristallisée ne dépassant pas 2 milligrammes par kilogramme, peut toujours être sauvé en entretenant le délire cocaïque en excitation cérébrale par des injections hypodermiques de cocaïne jusqu'à complète élimination du poison;

3° Que l'expérience réussit, même après que le premier accès tétanique s'est produit;

4° Qu'à la dose de 3 milligrammes de strychnine par kilogramme, s'il est vrai qu'on réussit à combattre pendant bien des heures l'intoxication, l'animal n'en meurt pas moins, par suite des hautes doses de cocaïne administrées (plus de 2 centigrammes par kilogramme en injections) doses dépassant de beaucoup la dose toxique de la cocaïne. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Digestion stomacale du lait. — M. Reichman (de Varsovie) a entrepris de nombreuses recherches sur la digestion du lait dans l'estomac de l'homme. Elles ont été faites au moyen de la pompe stomacale chez un sujet bien portant, âgé de vingt ans, et ont porté aussi bien sur le lait cru que sur le lait bouilli et alcalin.

En voici les résultats : 300 centimètres cubes de lait cru sont évacués d'un estomac sain quatre heures après le moment où le lait a été ingéré, quoique sa digestion propre soit terminée déjà trois heures après. La coagulation de ce lait dans l'estomac a lieu déjà au bout de cinq minutes et ne dépend pas de l'augmentation de la quantité d'acide, mais elle dépend d'un tout autre agent, probablement du ferment présure. Le contenu de l'estomac présente, pendant la digestion de 300 centimètres cubes de lait, le plus grand degré de l'acidité moyenne (0,32 p. 100), au bout d'une heure et quinze minutes. Cette acidité est due, au début de la digestion du lait, à l'acide lactique aussi bien qu'à l'acide chlorhydrique, ce dernier n'apparaissant en plus grande quantité qu'au bout de quarante-cinq minutes après l'ingestion de 300 centimètres cubes de lait. Une demi-heure après que le lait a été avalé, la quantité de peptones est maximum et elle reste telle pendant une heure et demie; après cela elle diminue sensiblement. D'après M. Reichman, la peptonisation du lait s'effectue au début grâce à l'acide lactique, et ce n'est que plus tard que l'acide chlorhydrique y prend part aussi.

Le lait bouilli fut ingéré, dans les expériences de l'auteur, à des

températures de 16 à 26 degrés centigrades. On a pu s'assurer que 300 centimètres cubes se digèrent au bout de deux heures et demie : le contenu acide de l'estomac disparaît déjà au bout de trois heures. En général, le contenu de l'estomac, en tout ce qui concerne son acidité, se comporte absolument de la même manière que dans la digestion du lait cru. Après l'ingestion du lait bouilli, la peptonisation, plus énergique, commence plus tôt et les caillots de la caséine sont plus fins qu'après avoir pris le lait cru. L'auteur constate que plus la quantité du lait introduit dans l'estomac est petite, plus il est facile de constater la présence de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal. Il conclut avec raison que la sécrétion de cet acide a lieu dès les premiers moments qui suivent l'ingestion du lait et peut-être aussi des autres aliments.

Les expériences avec du lait alcalinisé ont démontré que l'alcalinisation du lait soustrait ce dernier à l'action peptonisante du suc gastrique; 100 centimètres cubes de lait alcalinisé au moyen de bicarbonate de soude quittent complètement l'estomac au bout de deux heures. L'alcalinisation n'empêche pas le lait introduit dans l'estomac de se coaguler sous l'influence de la présure.

M. Reichman ajoute que les résultats de toutes ces recherches faites sur un seul homme se sont confirmées dans des expériences faites ultérieurement par l'auteur sur neuf étudiants en médecine qui se sont prêtés à ce genre d'expérimentation. (*Archives slaves de Biologie.*)

Prurit diabétique des parties génitales de la femme. — M. le docteur Blanchet (de Vichy) conseille aux femmes diabétiques, grosses, grasses, chez lesquelles les démangeaisons sont parfois atroces : 1° des bains de siège alcalins dont la durée doit être de soixante minutes ; 2° des lotions avec la glycérine pure sur toutes les parties qui sont le siège de ces cuissons (grandes et petites lèvres, méat urinaire, vagin, face interne des cuisses) ; 3° si on est loin de Vichy, des bains de siège au son de froment et des injections vaginales faites avec le liquide du bain.

De plus, il prescrit des applications de la pommade suivante, qui lui a souvent réussi :

Oxyde de zinc	25 grammes.
Acide salicylique	1 —
Glycérolé d'amidon	25 —

D'autre part, Goodel prescrit contre le prurit vulvaire : 1° de laver doucement la région vulvaire avec une éponge baignée dans de l'eau *très chaude ;* 2° des onctions avec la pommade suivante :

Acide phénique	4 grammes.
Sulfate de morphine	60 centigrammes.
Acide borique	8 grammes.
Vaseline	70 —

(*Journal de la Société médicale de la Haute-Vienne.*)

De l'albuminurie chez des syphilitiques. — Le rapport présenté à la Société de médecine de Paris par M. le docteur Horteloup sur quatre observations d'albuminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires, observations communiquées par M. le docteur Wickham, se termine par les conclusions suivantes :

1° La syphilis, dans les premiers mois de son apparition, peut occasionner de l'albuminurie;

2° Cette albuminurie, facilement curable par le traitement antisyphilitique, ne laisse pas de trace ;

3° Cette albuminurie doit être distinguée de celle qui survient dans la deuxième et la troisième année de la syphilis, dont le pronostic est beaucoup plus grave, car elle peut être considérée comme le point de départ d'une néphrite chronique reconnue longtemps après ;

4° Un syphilitique, par la dépression que produit toujours la syphilis, devient plus susceptible au refroidissement et plus prédisposé à présenter de la néphrite *a frigore.* (*Union médicale.*)

Traitement de l'éclampsie puerpérale. — Dès que l'albuminurie est constatée, il faut établir le régime l[illegible] et faire une saignée de 300 à 500 grammes, surtout si la femme est robuste et pléthorique. Si l'éclampsie se déclare, saignée de 300 à 500 grammes ; chloral de 4 à 12 et 16 grammes en fractionnant les doses ; inhalations de chloroforme. Si la dilatation le permet, terminer l'accouchement ; — ne pas provoquer l'accouchement ni surtout l'avortement. — Dans le cas d'éclampsie survenue après la délivrance, employer le chloral et le chloroforme.

M. Delore formule le traitement de la manière suivante : 1° saignée si la femme est pléthorique ; 2° perchlorure de fer, si elle est anémique ; 3° chloroforme pour calmer les crises ; 4° chloral en lavements, à haute dose, d'heure en heure ; 5° bains froids ; 6° provoquer l'accouchement, si la maladie paraît grave et si l'enfant est vivant. (*Revue méd. chir. des mal. des femmes.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 décembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Accidents dus à l'emploi du sublimé. — **M. DOLÉRIS** a fait sur les animaux de nombreuses expériences, d'où il résulte que le lavage des plaies avec une solution de sublimé détermine chez les animaux des accidents d'intoxication mercurielle allant jusqu'à la mort, tandis que, appliqué sur une muqueuse saine, le sublimé ne détermine qu'une intoxication passagère. A l'autopsie des animaux morts à la suite de ces accidents d'intoxication mercurielle, on trouve les lésions de la néphrite parenchymateuse.

Il faut donc apporter la plus grande attention à l'examen des organes génitaux des femmes pansées au sublimé et supprimer ce pansement aussitôt qu'on aperçoit la moindre écorchure, la plus petite plaie.

Transplantation de peau de grenouille sur une plaie bourgeonnante de brulûre. — **M. DUBOUSQUET-LABORDERIE** fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Suture du nerf médian. — **M. BOUISSON** présente un malade auquel il a pratiqué la suture du nerf médian. Le mouvement et la sensibilité sont revenus dans les régions innervées par ce nerf ; mais ce malade présente les signes de réaction de dégénérescence du bout périphérique. Ce fait vient donc confirmer l'opinion soutenue par MM. Ranvier et Vulpian.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

Paris, 3 décembre 1886.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

La leçon intéressante de M. le professeur Trélat sur l'extension continue dans les fractures de cuisse, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 novembre dernier, avait amené de la part de M. le docteur Tillaux la revendication de l'invention de l'appareil employé et une lettre de mon ancien collègue, M. Sonrier, qui réfutait victorieusement cette prétention. Le débat semblait donc terminé, lorsqu'une autre lettre de M. le docteur A. Roger, de La Villeneuve, est venu le rouvrir, en présentant la question sous un autre point de vue.

Cet honorable confrère se demande : « Pourquoi on ne se sert pas plutôt de l'appareil si simple inventé par M. V. Raoult-Deslongchamps, médecin principal de première classe. Cet appareil, facile à se procurer partout, rend, surtout à la campagne, de grands services. Avec lui, la guérison sans aucun raccourcissement doit toujours être la règle, lorsqu'il est bien appliqué, comme j'en ai eu plusieurs fois la preuve. Il y a même à redouter

une légère élongation du membre, ce qui pourrait quelquefois être utile. »

Me trouvant ainsi mis en cause, sans l'avoir cherché ni désiré, je me crois en droit d'intervenir à mon tour.

L'assertion de M. le docteur Roger, disant que la guérison des fractures de cuisse sans raccourcissement, avec mon appareil, doit être la règle, si extraordinaire qu'elle puisse paraître, est, néanmoins, bien fondée. Mes propres observations, dont quelques-unes sont relatées dans mon livre, et plusieurs autres qui m'ont été envoyées par des praticiens de province la justifient pleinement. Dernièrement encore, une fracture sous-trochantérienne, chez un cuirassier de grande taille, traitée à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, avec mon appareil, par M. Barthélemy, médecin principal de deuxième classe, a été guérie sans raccourcissement appréciable.

M. le professeur Trélat constate avec satisfaction les progrès qui ont été faits dans le traitement des fractures de la cuisse. Il n'y a pas bien longtemps encore, en effet, il n'était pas rare de voir des guérisons avec 6, 8, 10, et même 12 centimètres de raccourcissement, tandis qu'aujourd'hui on s'en tire avec 1, 2, 3 ou 4 centimètres, et on se déclare satisfait! M. Trélat attribue ces résultats relativement favorables à l'extension continue mieux faite, plus énergique, et surtout plus aisément supportée par le blessé, grâce à la répartition de la traction sur toute la surface du membre par les larges bandelettes de diachylum. Il y a progrès, on ne saurait le nier; mais c'est loin d'être l'idéal, qui est la guérison sans raccourcissement, comme on peut, comme on doit l'obtenir avec mon appareil.

L'erreur des partisans de l'extension continue est de lui demander plus qu'elle ne peut fournir. La condition fondamentale de la consolidation d'un os fracturé est que les fragments soient bien aboutis et que, ce premier but atteint, ils ne puissent se déplacer, se disjoindre et surtout chevaucher. Il faut qu'ils restent immobilisés d'une façon invariable dans la bonne position qui leur a été donnée. Qui ne voit que ce *desideratum* ne peut être obtenu par l'extension continue isolée, de quelque manière qu'elle soit exercée? En effet, si l'extension est continue, la contrextension, représentée par le poids du corps, ne l'est pas. La contraction musculaire persiste et est même surexcitée par la traction. Malgré l'inclinaison du lit, malgré le décubitus dorsal permanent et l'immobilité du corps, si difficiles à supporter, malgré toute l'attention du patient, anéantie pendant le sommeil, le corps glisse sur le lit, et le chevauchement a lieu. Le lendemain matin, il faut replacer le patient dans une position plus convenable. C'est le travail de Pénélope.

Bien différent de celui de l'extension continue est le principe qui m'a guidé dans le traitement des fractures des membres et plus spécialement de celles de la cuisse, le voici en deux mots : *opérer le mieux possible l'extension, la contrextension et la coaptation, puis, celle-ci obtenue, s'efforcer de la maintenir d'une manière fixe et permanente, sans recourir à une extension ultérieure inutile, sinon nuisible*.

Avec mon appareil en zinc laminé, j'obtiens aisément ce résultat. Son action mécanique rend impossible le chevauchement; la compression qu'il exerce empêche tout déplacement latéral des fragments et fait disparaître bien vite la contraction musculaire. Quelques lacs à boucle, qu'on serre de temps en temps, lui permettent de suivre le retrait du membre, de sorte qu'il est toujours si exactement appliqué qu'il semble faire corps avec lui; aussi le blessé peut-il se soulever, sans aide, pour satisfaire ses besoins naturels, en prenant son point d'appui avec le membre fracturé presqu'autant qu'avec le membre sain, rester couché sur le dos ou sur le côté, s'asseoir dans son lit, lire, écrire, puis, bientôt, le quitter, pour une chaise longue, ou mieux, un fauteuil muni de l'appareil à suspension représenté dans mon livre. Le blessé n'éprouve aucune douleur, n'a pas de fièvre et *engraisse* pendant le cours du traitement, qui est bien moins long qu'avec les moyens généralement employés, et le résultat est si parfait qu'il est ordinairement impossible de reconnaître à la vue et même au palper que le membre a été fracturé.

M. Roger paraît exprimer de la surprise et des regrets du peu de bruit qu'ont fait mes appareils et attribuer le silence gardé à leur sujet à ce qu'ils se sont présentés tout à fait en dehors de l'enseignement de l'École. Il a peut-être raison, mais il peut se rassurer à leur sujet. Peu à peu ils ont fait leur chemin dans le monde, non seulement en France, mais encore à l'étranger. Ils sont d'un usage commun dans l'Amérique du Sud, surtout dans la Confédération argentine, dans tout l'ouest de la France, dans les hôpitaux de Bordeaux, Lyon, etc. On ne se sert plus que d'eux dans le petit hôpital modèle de Saint-Joseph, à Plaisance. Il en est de même dans la plupart de nos hôpitaux militaires. Enfin, par décision du 9 février dernier, le ministre de la marine les a adoptés pour tous les hôpitaux et bâtiments de la flotte sur lesquels ils sont répartis, et sous peu il va en être de même pour les hôpitaux et ambulances de l'armée de terre. On trouve, du reste, tous mes appareils chez MM. Collin et Mathieu, et je serai toujours heureux de fournir à mes confrères tous les renseignements qu'ils voudront bien me demander.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

V. Raoult-Deslongchamps,

Médecin principal de 1re classe en retraite, ex-médecin en chef des Écoles de cavalerie et polytechnique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Chautard est nommé aide de chimie et bactériologie au laboratoire de clinique des maladies des enfants.

M. Lhomme est nommé aide d'anatomie pathologique au laboratoire de clinique des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lefour, agrégé, est chargé d'un cours supplémentaire d'accouchements.

M. Carles, agrégé, est chargé d'un cours supplémentaire de chimie.

— La Société d'anthropologie de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1887 et proclamé : président, M. Magitot; premier vice-président, M. Pozzi; deuxième vice-président, M. Mathias-Duval; secrétaire général, M. Letourneau; secrétaire-adjoint, M. Hervé; secrétaires annuels, MM. Manouvrier et Fauvelle; conservateur des collections, M. Chudzinski; archiviste, M. Dally; trésorier, M. de Ranse. — La commission de publication est composée de MM. Dureau, Lagneau, Thulié.

— La troisième Conférence Broca aura lieu à la Société d'anthropologie, 16, rue de l'École-de-Médecine, le jeudi 9 décembre, à quatre heures.

M. le docteur E.-T. Hamy fera cette Conférence sur les Races humaines de la vallée du Nil. Elle sera suivie de la lecture du rapport sur le prix Broca, par M. Chudzinski. — On délivre des cartes au siège de la Société.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Émile Blanchard commencera son cours de zoologie (animaux articulés), mercredi prochain, 8 décembre 1886, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des caractères zoologiques, de l'anatomie et de la physiologie des insectes, des arachnides et des crustacés.

Il exposera en particulier les métamorphoses et le développement des crustacés et des arachnides et présentera certaines considérations relatives à la distribution des êtres à la surface du globe. (Entrée du cours par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 36.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20367

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce qui contribua peut-être le plus à la chute de l'Empire romain et à l'invasion effectuée sans peine par quelques poignées de barbares, ce furent les mesures vexatoires et l'ingérence continuelle de l'autorité dans la vie privée, au nom de l'intérêt public.

On avait créé, sous le nom d'archiatres, une série de médecins officiels. Les municipalités avaient reçu les pouvoirs les plus étendus pour assurer le bon état des villes et la mise en culture des terres. La liberté individuelle n'était plus qu'un mot. De toutes parts, pour échapper à des tracasseries incessantes, les Romains cherchaient des déserts au fond desquels ils pussent se cacher. L'écroulement du monde romain devenait une délivrance.

Et cependant, je ne sais pas si l'on alla jamais aussi loin dans ce sens que le propose aujourd'hui M. le docteur Henrot, dans le projet d'organisation de l'hygiène publique qu'il vient de soumettre à l'Académie.

M. Henrot est un hygiéniste doublé d'un maire. Il dirige en qualité de maire l'administration de la ville de Reims, où il est d'ailleurs professeur d'hygiène, etc. On s'en aperçoit en ce que son projet tend à transformer chaque maire en un véritable despote, pouvant, sur l'avis d'un médecin nommé par lui, faire saisir, s'il lui plaît, pour la faire transporter dans une maison de santé ou dans un hôpital, toute personne atteinte de quelque maladie jugée contagieuse. Et c'est là seulement un exemple entre mille. Le maire ainsi doublé du médecin de son choix a une multitude de prétextes pour pénétrer dans la maison ou dans la vie intime de ses administrés, pour les poursuivre de ses arrêtés, pour leur rendre dure l'existence.

Puis dans chaque département et au centre, dans la capitale, on imiterait une organisation médicale officielle que nous avons décrite pour l'avoir vue fonctionner en Égypte, il y a plus de vingt et un ans.

Des médecins qui n'exerceraient pas, qui se borneraient à être de hauts fonctionnaires bien payés, seraient en correspondance constante avec les médecins sanitaires des communes, et d'une autre part avec le directeur général de la santé publique.

Ils recueilleraient les statistiques, tiendraient les registres des morts et des causes de mort, des épidémies et de leur histoire, etc.; en d'autres termes feraient exactement ce que nous avons vu faire en Égypte par les médecins de province.

C'étaient d'excellents employés, presque tous Italiens, parce que le directeur général de la santé publique, homme très intelligent, qui n'avait jamais fait d'études médicales, était un Italien de race. Quand le choléra est arrivé, ce sont les directeurs provinciaux de la santé, médecins au moins de nom, mais n'exerçant jamais, qui recueillaient tous les renseignements sur la marche de la maladie, sur le nombre des morts ; qui firent occuper dans chaque ville par les agents de l'autorité les maisons dont les propriétaires avaient fui; qui mirent, lors de notre passage, à la disposition de la mission française, les plus belles de ces maisons de riches banquiers Arméniens, avec un nombreux personnel de domestiques; en un mot qui prirent les mesures comportées par la situation.

Dans un pays à peine civilisé et que poussait dans la voie du progrès un despote oriental, cette organisation nous avait paru fort ingénieuse. Mais nous ne songions pas alors qu'il pût jamais être question de l'appliquer à notre France.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Pleurésie purulente consécutive à une gangrène corticale du poumon. Opération de l'empyème; mort; autopsie.

(Leçon recueillie par M. Dardil, externe du service.)

Le 13 juillet dernier, on reçut dans mon service, salle Saint-Augustin n° 9, un jeune garçon de treize ans, Alphonse M..., qui paraissait être fort sérieusement malade. On remarquait chez lui, en effet, une dyspnée intense, accompagnée de toux et d'un mouvement fébrile très prononcé. Nous ne pûmes obtenir, sur son compte, que des renseignements incomplets. La mère de cet enfant, bien portante d'habitude mais obligée de travailler pour vivre, toute la journée hors de chez elle, avait été abandonnée depuis fort longtemps par son mari qui, disait-elle, était fréquemment enrhumé à l'époque ou il vivait avec elle et de santé assez délicate. Elle ne connaissait aucun tuberculeux ni aucun asthmatique parmi les parents paternels ou maternels du petit

malade, qui, lui-même, peu robuste dès les premiers temps de sa vie, ne fut jamais alité longtemps pour une affection grave, jusqu'au moment où, vers le milieu d'avril, il fut pris de la rougeole. Elle ne le fit rester au lit que pendant cinq ou six jours, et, obligée d'aller à son travail, elle ne put exercer sur lui une surveillance sérieuse. Il sortit de la chambre le neuvième jour qui suivit son éruption et, depuis cette époque, ne cessa plus de tousser.

Deux mois après le début de cette éruption, c'est-à-dire vers le 15 juin, on vit survenir sur différentes parties de son corps une poussée d'élevures comparables, nous dit-on, à celles produites par le contact des orties. La toux augmenta d'importance; il fallut faire reprendre le lit au jeune M... Un médecin fut consulté, il constata des symptômes de bronchite généralisée et recommanda de laisser l'enfant complètement couché si l'on voulait éviter une pneumonie. On suivit d'abord ses conseils; pendant quinze jours l'enfant toussa beaucoup et eut constamment la fièvre. Cette situation persista, sans s'aggraver notablement jusqu'au 3 juillet. Ce jour-là, le jeune malade eut l'imprudence de se lever, pendant qu'il était en nage, et de boire un verre d'eau froide. Dès le lendemain, le médecin qui lui donnait des soins depuis le 15 juin constata, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, les signes d'une pleurésie du côté droit. Cependant l'enfant ne se plaignit d'aucun point de côté et, bien que toujours toussant et toujours fiévreux, il ne perdit pas l'appétit, jusqu'au jour où il vint à l'hôpital. En y entrant, il fut pris de vomissements et de crachements de sang : ce dernier phénomène ne s'était jamais produit chez lui, jusqu'au moment de son arrivée dans la salle Saint-Augustin.

L'état de ce petit garçon me sembla grave, lorsque je le vis paraître à la consultation de l'hôpital, avant de lui donner un billet d'admission. Ma première inpression se trouva confirmée par l'examen auquel je me livrai quelques instants plus tard, quand il fut couché. Le chiffre de ses pulsations radiales s'élevait alors à 145, sa température axillaire à 38°,3. Son crachoir était à moitié rempli de crachats grisâtres, mélangés de matières sanguinolentes et d'une odeur fétide. On constatait en même temps une décoloration complète de la face avec une physionomie très anxieuse; une transpiration abondante recouvrait toute la partie supérieure du corps. Le malade, qui venait de cracher du sang pour la première fois et que cette circonstance effrayait visiblement, répondait avec peine à nos questions. Il respirait péniblement et sa poitrine se soulevait plus de cinquante fois par minute.

L'exploration du thorax nous démontra qu'une voussure très prononcée existait à droite, en arrière et près de la base, avec un œdème considérable de la paroi. Au niveau de cette voussure, on constatait une matité, absolue dans la moitié inférieure du thorax et qui devenait de moins en moins complète à mesure qu'on se rapprochait du sommet. En avant on ne trouvait que de la submatité dans les parties déclives, et la sonorité restait à peu près normale au-dessus et au-dessous de la clavicule. A la palpation, on pouvait sentir les vibrations thoraciques, légèrement affaiblies mais encore très nettes. A l'auscultation et du côté droit le murmure respiratoire, rude au sommet, était aboli à la base. On entendait également, dans le tiers inférieur du même côté, un gros souffle amphorique. Il n'y avait ni œgophonie, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone. A gauche, je trouvai une sonorité normale et je ne rencontrai, à l'auscultation, que quelques râles sous-crépitants à la partie déclive et postérieure, avec un faible souffle, qui me parut n'être qu'un phénomène de transmission.

L'existence d'un épanchement abondant dans la plèvre droite ne pouvait être mise en doute; l'aspect général du malade, la violence de la fièvre et surtout l'œdème de la paroi thoracique permettaient de penser, avec la presque certitude de ne pas se tromper, que le liquide était purulent. Il s'agissait donc d'une pleurésie suppurée; mais j'avais tout lieu de considérer cette pleurésie comme secondaire et de supposer qu'à une rougeole mal soignée avait succédé une bronchite puis un état congestif ou phlegmasique du parenchyme pulmonaire, suivi de gangrène partielle du poumon. En présence d'un pareil ensemble et en adoptant l'interprétation que je croyais être rationnelle, je devais regarder le pronostic comme extrêmement sombre. En outre, la nécessité d'une intervention chirurgicale très prochaine était de toute évidence; mais je me bornai, pour ce jour-là, à prescrire une potion additionnée de 20 grammes de rhum et de 1 gramme d'extrait de quinquina. Il fut convenu aussi qu'on l'alimenterait le mieux possible, et il accepta, dans l'après-midi, une certaine quantité de vin et de lait.

Le 14 juillet, je trouvai le malade dans le même état que la veille. Le thermomètre marquait 39°,5; je notai 140 pulsations et 65 respirations avec de l'orthopnée et en constatant tous les phénomènes stéthoscopiques que nous avions rencontrés vingt-quatre heures plus tôt. Mon collègue M. de Saint-Germain, dont je crus devoir prendre l'avis, pensa, comme moi, qu'on serait obligé, dans un bref délai, de donner issue au liquide et que, suivant toute probabilité, il faudrait, pour vider la cavité pleurale, recourir à l'incision de la paroi. Il fut décidé que l'opération aurait lieu dès que nous y serions autorisés par la mère du jeune garçon. La prescription resta la même que la veille.

Le 15 juillet, les symptômes constatés les deux jours précédents existaient sans modification importante. On pouvait considérer cet état stationnaire comme une heureuse circonstance, car nous n'avions pas encore reçu, pour faire la thoracentèse ou l'opération de l'empyème, l'autorisation maternelle. Cette autorisation ne parvint à l'hôpital que dans l'après-midi. Ce fut donc le lendemain 16 juillet que nous pûmes agir. Il eût été impossible d'ailleurs de temporiser davantage; car, à côté d'une température de 39 degrés, d'une accélération et d'une petitesse du pouls encore plus grande que précédemment, d'une pâleur et d'une expression d'anxiété de la face de plus en plus prononcée, on constatait une dyspnée excessive et un œdème de la paroi thoracique, plus étendu que la veille et l'avant-veille.

Nous fîmes d'abord, à l'aide d'un gros trocart, une ponction dans le sixième espace intercostal droit, à cinq travers de doigt de la gouttière vertébrale. Un liquide purulent, d'odeur repoussante jaillit immédiatement par l'ouverture; il en sortit ainsi 400 grammes, sans qu'aucun soulagement parût se produire et sans que l'on constatât de diminution dans la matité perçue au niveau de l'épanchement. Nous jugeâmes donc indispensable d'avoir recours immédiatement à l'empyème. Mon collègue, M. de Saint-Germain fit, à l'aide d'un bistouri, une incision d'à peu près 2 centimètres, partant de l'orifice qui venait d'être créé par la pointe du trocart, et l'on retira de cette façon une nouvelle quantité de 4 à 500 grammes de matière liquide brunâtre, d'une horrible fétidité, mélangée de sang et de lambeaux de tissu sphacelé. On fit ensuite un lavage dans la cavité pleurale avec une solution contenant 3 p. 100 d'acide borique: on introduisit, dans l'ouverture pratiquée avec le bistouri, un gros drain dont l'une des extrémités fut fixée à l'extérieur, puis on recouvrit la plaie d'un pansement antiseptique solidement maintenu.

Aucun incident fâcheux ne survint pendant l'opération et l'issue de la seconde portion du liquide fut immédiatement suivie d'un sentiment de bien-être que le malade exprimait nettement; mais, au même instant, on constatait une pâleur inquiétante de la face avec un pouls extrêmement petit et irrégulier et de l'abaissement de température aux extrémités. L'enfant fut anxieux et continuellement en mouvement pendant toute la journée. On lui fit prendre plusieurs fois des cuillerées de potion alcoolique avec du lait et du bouillon, qu'il n'accepta qu'avec une certaine répugnance. Le soir, le thermomètre tombait à 36°,8; la nuit ne fut pas plus calme que l'après-midi.

Le 17 juillet, à la visite du matin, on constatait 37°,7 avec 130 pulsations petites mais régulières, et 45 à 50 respirations. A l'auscultation on entendait, au côté droit et en arrière, du murmure vésiculaire rude mélangé de souffle et de tintement métallique; il ne nous fut possible de pratiquer ni la percussion ni la palpation, car le malade, prostré au plus haut point, n'aurait pas supporté l'examen. Le pansement fut refait et l'on renouvela le lavage avec la solution boriquée. La suppuration avait été d'ail-

leurs extrêmement abondante depuis vingt-quatre heures, et les matières qui sortaient de la plaie exhalaient une odeur encore plus épouvantable qu'au moment de l'opération.

Le 18 juillet, le petit malade était dans le collapsus le plus complet, avec un pouls imperceptible, une température de 37°,4 seulement et des mouvements respiratoires irréguliers au nombre de plus de 70 à la minute. Nous fîmes de nouveau le pansement et le lavage à l'eau boriquée, en constatant la fétidité toujours croissante des liquides qui s'écoulaient du thorax. Trois heures après la visite, l'enfant s'éteignait dans un coma dont il n'était pas sorti depuis le commencement de la journée.

L'autopsie, pratiquée quarante-deux heures après la mort, nous a révélé l'existence d'un foyer de gangrène corticale formant une caverne dans le lobe inférieur du poumon droit et communiquant avec la cavité pleurale. Ce poumon était hépatisé presque tout entier; la portion centrale de son sommet restait seule perméable à l'air et conservait à peu près sa consistance et sa coloration normale. Les ganglions du hile avaient subi la transformation caséeuse de la presque totalité de leur substance. Nous trouvâmes en outre de fortes adhérences de la plèvre avec la colonne vertébrale. On découvrit dans le quatrième espace intercostal droit, à trois travers de doigts du bord droit du sternum, une solution de continuité de 5 centimètres de long, évidemment produite par le sphacèle des muscles intercostaux. A ce niveau, la paroi thoracique n'était plus constituée que par le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané commençait lui-même à se gangrener. Du côté gauche, nous n'eûmes à constater que quelques adhérences peu étendues de la plèvre à la paroi thoracique en arrière et en haut, avec un emphysème généralisé du poumon gauche, qui avait conservé ses rapports normaux et dont la base seule présentait une légère hyperémie. Enfin nous ne rencontrâmes qu'un commencement de dégénérescence graisseuse du foie, sans augmentation de volume, un état normal des reins et du gonflement de la rate avec état congestif.

Il n'est pas nécessaire d'insister par de longues réflexions sur ce fait dont le dénouement n'offre rien qui puisse nous surprendre, si nous tenons compte des lésions que l'examen cadavérique nous a révélées. Il s'agissait bien, comme nous l'avions pensé de prime abord, d'un épanchement purulent de la plèvre, consécutif à une affection grave du parenchyme pulmonaire, et cette affection elle-même succédait, nous disait-on, à une rougeole. Peut-être même l'enfant était-il tuberculeux; l'état caséeux des ganglions bronchiques droits rend cette opinion très soutenable; peut-être la maladie pulmonaire datait-elle d'une époque très antérieure à l'éruption morbilleuse. Toutefois nous ne pouvons nous livrer, à cet égard, qu'à des conjectures, car la rapidité avec laquelle l'autopsie a été faite ne nous donne pas de certitude à ce point de vue, et ce que nous savons des antécédents du malade nous laisse également dans le doute. Quoi qu'il en soit, nous étions en face d'un cas de la plus haute gravité; nous ne pouvions temporiser et nous aurions même lieu de regretter de n'avoir pas agi un ou deux jours plus tôt, si nous n'avions rencontré, à l'ouverture du cadavre, une désorganisation profonde du poumon droit et de la paroi thoracique du même côté qui ne nous permettait pas de croire à la possibilité d'une guérison.

On sait que la pleurésie purulente doit être traitée chirurgicalement. On a publié quelques observations de guérison spontanée d'épanchements de cette nature, mais ce sont là des exceptions qu'on n'a pas le droit de faire entrer sérieusement en ligne de compte.

Il me semble également illusoire de s'en tenir à des moyens médicaux ou d'espérer une heureuse terminaison à la suite d'une vomique, quand on est certain que la purulence existe. M. Bouchut a cité des exemples de collections purulentes pleurales guéries, chez des enfants, par la ponction aspiratrice. Nous n'avons pas cru ici que cette méthode pût être suffisante, et la nature du liquide évacué, son abondance, son mélange avec des matières sphacelées démontrent que nous avons eu raison d'user d'un gros trocart pour vider la plèvre. Les lavages de la cavité pleurale, les pansements antiseptiques, ont été pratiqués avec des précautions minutieuses et la mort si prompte après l'opération doit être imputée non à des négligences commises dans les soins consécutifs, mais à l'ancienneté de la maladie, à l'excessive gravité des altérations du poumon, de la plèvre et de la paroi thoracique, ainsi qu'à l'épuisement du jeune sujet.

Notre malade a succombé en effet à la suite d'un état morbide qu'une fièvre éruptive avait fait naître ou qui, peut-être, méconnu avant le début de la pyrexie, s'était violemment manifesté pendant l'évolution des phénomènes éruptifs. Privé de toutes les précautions hygiéniques, si nécessaires en pareille occasion, abandonné à lui-même peu de jours après le commencement de la poussée exanthématique, cet enfant devait fatalement périr, et notre intervention est venue trop tard pour qu'elle pût avoir quelque chance de succès.

Nous avions appris depuis longtemps à redouter les complications thoraciques de la rougeole; notre observation montre une fois de plus combien elles peuvent être dangereuses.

THÉRAPEUTIQUE

Du bromhydrate de cocaïne.

Par M. le docteur Delmis.

Depuis longtemps célèbre, depuis trop longtemps peut-être, pour obtenir dans la thérapeutique la place équitable à laquelle elle avait droit, la coca aurait plus vite conquis scientifiquement cette place si elle eût été apportée vierge de toute expérimentation dans nos laboratoires; mais elle arriva précédée d'une réputation telle qu'elle éveilla immédiatement la méfiance, et, pendant longtemps, ses propriétés, si réelles, furent niées contre toute évidence.

De récents travaux ont réussi à dégager la coca de l'espèce de légende qui s'était formée autour d'elle, et l'ont fait brillamment entrer dans la thérapeutique. En effet, il n'est pas aujourd'hui de médecin qui ne fasse appel à ses propriétés dans quelqu'une de ses combinaisons. Oculistes, laryngistes, chirurgiens, tous, et tous les jours, ont recours à la cocaïne et à ses sels. Deux de ceux-ci : l'un, le chlorhydrate, fort employé déjà; l'autre, le bromhydrate, qui fera plus spécialement l'objet de cette étude, sont appelés à rendre de réels services à la thérapeutique.

La cocaïne est douée, vis-à-vis des muqueuses surtout, de propriétés anesthésiques et analgésiques excessivement remarquables, et c'est là son caractère physiologique essentiel; son contact détermine l'insensibilité de la plupart des tissus mous. Les muqueuses de l'œil ainsi que celles des voies digestives et respiratoires, sont anesthésiées et analgésiées par le contact de la cocaïne, mais la faible solubilité de cet alcaloïde lui fit préférer son chlorhydrate, qui peut s'employer dans des cas identiques. Jusqu'à ces derniers temps, on n'employa guère que ce sel, dont les applications, si elles sont assez nombreuses, demeurent cependant insuffisantes. C'est ici qu'apparaît l'utilité du bromhydrate de cocaïne.

Ce sel, chimiquement pur, est blanc, amorphe, inodore, très soluble dans l'eau, et d'un goût agréable. En dehors de la plupart

des cas où on peut l'employer comme la cocaïne, le bromhydrate de cocaïne convient mieux dans le traitement des troubles nerveux, dépendant d'un état d'atonie et de débilité, et dans les irritations de la moelle épinière. Mais, où il sera des mieux appropriés, c'est dans la dyspepsie gastralgique et les névralgies anciennes. On l'emploiera aussi avec succès contre l'hystérie, l'épilepsie, dans les pharyngites douloureuses chroniques et subaiguës, dans les spasmes de l'œsophage, les amygdalites.

Bien que donnant dans ces derniers cas des modifications applicables, ainsi que le constate M. le docteur E. Garcia (de Valence), la cocaïne a aussi toujours donné des résultats incomplets comme antispasmodique. Le bromhydrate, lui, est plus complet, et devient alors pour le médecin un agent supérieur, sédatif par son brome, et calmant par sa base. Il constituerait un précieux médicament pour combattre le mal de mer et les vomissements de la grossesse.

Le bromhydrate de cocaïne s'emploie à la dose de 1 à 10 centigrammes. Pour en faciliter l'administration, M. L. Lecerf, pharmacien à Paris, a eu l'heureuse idée de l'employer sous forme de pastilles.

Ces pastilles, qui sont titrées rigoureusement à un demi-centigramme de bromhydrate par pastille, et désignées sous le nom d'origine de la plante « Pastilles du Pérou », sont certainement appelées à rendre les plus grands services. Le médicament, sous cette forme commode, est ainsi d'une conservation indéfinie, et par conséquent d'un effet toujours sûr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre 1886. — Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Yvon et Chastaing, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. Émile Rivière, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section des associés libres ;

3° Une lettre relative à la question de savoir s'il convient de supprimer l'inspectorat des eaux minérales, par M. le docteur Le Bec, médecin-inspecteur des eaux de Gréoulx ;

4° Un rapport adressé à M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts sur les hôpitaux en Orient, l'aliénation mentale et la lèpre en Grèce, en Turquie, en Égypte, par M. Paul Aubry, chargé d'une mission dans ces pays.

RAPPORT

M. MARC SÉE lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Demons (de Bordeaux) relatif au drainage de la vessie après la taille hypogastrique (voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 498.)

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à M. Demons et de déposer sa note aux archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

COMMUNICATION

M. HENROT (de Reims) présente un projet d'organisation de l'hygiène publique en France.

L'auteur insiste d'abord sur l'importance des bureaux d'hygiène, sur les services qu'ils pourraient rendre s'ils étaient armés de lois précises pour l'isolement en cas de maladies contagieuses, etc.

Il raconte une épidémie de variole qui a récemment sévi à Reims et y a fait 150 victimes, parce qu'on n'a pas pu arrêter la contagion comme il l'eût fallu. En conséquence, il propose une série de mesures législatives et toute une organisation médicale dans la commune, dans l'arrondissement, dans le département, afin d'arriver à ce résultat : protéger la santé publique.

Il demande d'abord que tous les articles du Code civil, etc., relatifs à la déclaration obligatoire des naissances et des décès, soient appliqués à la déclaration des maladies contagieuses au moment où elles se produisent.

Dans chaque village, il existerait un médecin sanitaire ayant, d'accord avec le maire, toute autorité pour ordonner les mesures urgentes, pour isoler de force les malades, les faire traiter dans des maisons de santé ou des hôpitaux, au besoin, en un mot faire passer toujours l'intérêt public en avant des convenances individuelles.

Le médecin sanitaire communal aurait dans ses attributions la vérification des décès, le dépouillement des déclarations des maladies contagieuses faites à la mairie, l'indication des mesures prophylactiques à prendre par la famille et l'autorité municipale, la surveillance des établissements insalubres et dangereux, des logements malsains, de la loi Roussel, etc.

Il serait nommé et révoqué par le maire, qui resterait seul juge de l'opportunité des mesures proposées par lui.

Il serait en correspondance continuelle avec le chef sanitaire départemental.

Dans les villes importantes, un bureau d'hygiène remplacerait le médecin sanitaire commuual et jouerait le même rôle.

Au chef-lieu de département, un médecin sanitaire départemental dont les appointements seraient de 10000 francs au moins et souvent de 20000, serait à la fois :

1° Le chef du bureau d'hygiène départemental ;

2° Le médecin des épidémies du département ;

3° Le vice-président du conseil d'hygiène départemental ;

4° L'inspecteur général de tous les médecins sanitaires communaux et directeurs des bureaux d'hygiène du département, etc.

5° L'inspecteur général de tous les établissements insalubres, incommodes ou dangereux ;

6° L'inspecteur du vaccin et des vaccinations ;

7° L'inspecteur de la loi de la protection du premier âge, de la loi sur le travail des enfants ;

8° L'inspecteur général au point de vue de l'hygiène de tous les établissements publics, lycées, écoles, hôpitaux, hospices, maisons de secours, etc., etc. ;

9° Il aurait en outre la surveillance générale des grands travaux, construction de canaux, protection des sources, etc.

Un bureau d'hygiène départemental comprenant un médecin directeur à 10000 francs d'appointements, plus un chef de bureau, deux employés, etc. ; le tout pouvant coûter de 20 à 30000 francs, fonctionnerait également dans chaque département.

Enfin, afin de centraliser toute l'administration sanitaire, il serait créé un directeur général de l'hygiène publique siégeant à Paris.

Le projet est renvoyé à une commission composée de MM. Brouardel, Proust et Rochard.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. TERRILLON place sous les yeux de l'Académie des flacons renfermant du liquide et des calculs extraits de la vésicule biliaire et du canal cystique à la suite d'une opération qu'il résume de la façon suivante :

Hydropisie de la vésicule biliaire due à la présence d'un gros calcul dans le canal cystique; laparotomie, ouverture de la vésicule; ablation du calcul qui obturait le canal cystique, résection d'une partie de la vésicule, soudure de la paroi à la plaie abdominale. Fistule biliaire consécutive. — Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui, ordinairement bien portante, avait eu deux grossesses sans accidents. N'ayant présenté jusque-là aucun symptôme qui pût rappeler une crise de colique hépatique; elle s'aperçut par hasard, il y a six mois environ, que dans la partie supérieure de l'abdomen, à droite, existait une tumeur arrondie, non douloureuse.

Cette tumeur grossit progressivement. En même temps cette jeune femme maigrissait et perdait ses forces. Les digestions devenaient lentes, la respiration un peu gênée; elle entra à la Salpêtrière le 18 mai. Au-dessous du foie on sentait une tumeur arrondie, mobile, semblant légèrement piriforme. En la retour-

nant en arrière, elle semblait s'enfoncer dans la région des reins. Rien d'anomal ni dans les urines ni dans les matières fécales.

Le 23 novembre on pratiqua une incision sur la ligne blanche, en haut et en bas de l'ombilic. Le bord du foie apparaît, très descendu sous l'épiploon. On trouva la vésicule blanchâtre, très distendue. Une ponction aspiratrice donna 250 grammes de liquide clair, chatoyant.

La vésicule fut fixée aux deux angles de la plaie abdominale et ouverte largement. Les bords de la section saignaient beaucoup. On sentit deux calculs, dont l'un, libre dans la cavité, fut extrait facilement, et dont l'autre, enchâtonné dans le canal cystique, ne put être enlevé que par morceaux et avec difficulté.

Le fond de la vésicule fut ensuite réséqué et les bords de la cavité furent suturés à la paroi abdominale par des fils d'argent. On plaça deux tubes à drainage et on appliqua un pansement à l'iodoforme et à l'ouate hydrophile.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Il n'y eut aucune trace de fièvre. Les fils furent enlevés le huitième et le dixième jour. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une fistulette qui laisse écouler un peu de bile durant la nuit.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1).

Le quarantième volume du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* vient de paraître. Ce volume clôt l'une des deux grandes œuvres scientifiques de notre époque. Commencées en même temps, inspirées toutes deux par une même pensée d'utilité et de progrès, conçues dans un même but, celui d'exposer l'état présent de la médecine, elles ne diffèrent l'une de l'autre que par l'étendue du cadre et le plan d'exposition. C'est ainsi que l'une embrasse dans sa généralité encyclopédique toutes les branches de la médecine et toutes les sciences qui lui sont afférentes, soit qu'elles en procèdent, soit qu'elles y aboutissent, lui donnant ou en empruntant des applications qui établissent entre elles des liens et des relations nécessaires. L'autre, beaucoup plus restreinte dans son cadre, a borné son objectif principal à la médecine et à la chirurgie proprement dites, à l'obstétrique, à l'hygiène et à la médecine légale, qui entrent tous les jours de plus en plus dans les nécessités et les exigences de la pratique médicale, non sans tenir compte, toutefois, de quelques parties essentielles de l'anatomie, de la physiologie et des sciences physiques et naturelles, dans les rapports les plus intimes qui les unissent, en vue même de la pratique, à la pathologie et à la thérapeutique.

Beaucoup plus bornée dans ses sujets et d'une allure plus leste et plus dégagée, par suite même de cette limitation, il était naturel que celle-ci arrivât la première à son terme. C'est ce qui a eu lieu, en effet. C'est donc du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* seul que nous allons nous occuper aujourd'hui.

Vingt-deux ans séparent son achèvement de son début. Lors de la publication des premiers volumes, nous avons dit à cette même place dans quel esprit et d'après quel plan l'ouvrage était conçu; nous avons dit dans quels termes le directeur de cette entreprise, notre éminent confrère, M. Jaccoud, s'était engagé à traiter spécialement et avec tous les développements qu'exigent les progrès de la science et les intérêts les plus immédiats de la pratique, tous les sujets qui ressortissent directement à la médecine et à la chirurgie. Nous n'y reviendrons pas.

L'énumération la plus rapide possible que nous allons faire des nombreux sujets traités dans ces quarante volumes, en substituant à l'ordre alphabétique un classement *grosso modo* par matières, suffira, nous l'espérons, pour donner une idée de l'exécution de l'œuvre dans son ensemble, et les noms des auteurs, pour la plupart au moins, seront une garantie de sa valeur.

I

Les sujets d'anatomie, d'histologie et de physiologie ont été traités par MM. B. Anger, P. Bert, R. Blanchard, E. Bœckel, Mathias Duval, Gombault, Hanot, Heurtaux, Maurice Laugier, Le Dentu, Lépine, Longuet, Lorain, Luton, G. Marchant, Oré, Ranvier, Ch. Richet, etc. Nous signalerons plus particulièrement dans cet ordre de faits les articles : *Absorption, Asphyxie, Chaleur animale, Céphalométrie, Curare, Digestion,* par l'éminent physiologiste qui vient d'être si cruellement enlevé à la science et à son pays, P. Bert; les articles : *Capillaires, Épithélium,* par Ranvier ; *Tissu connectif, Larynx,* par Eug. Bœckel ; *Alimentation, Aliments,* par Oré; *Circulation, Estomac,* par Luton ; *Croissance,* par Gombault; *Génération, Goût, Greffe animale, Histologie, Microscope, Muscle, Nerfs, Système nerveux cérébro-spinal,* où l'on trouve toutes les considérations anatomiques et physiologiques nécessaires à l'interprétation de la pathologie de l'encéphale et de la moelle ; *Nutrition, Ouïe, Ovaires, Pouls, Respiration, Rétine, Sécrétions, Sommeil, Vaso-moteurs,* etc., par Mathias Duval; *Tissu glandulaire,* par Th. Laënnec; *Système lymphatique,* par Le Dentu et Longuet.

Les quelques points de physique et de chimie plus particulièrement applicables à la médecine ou utiles à l'intelligence des phénomènes physiologico-pathologiques, ont été confiés à la compétence bien connue de Buignet, qui a fourni les mots : *Air* atmosphérique, au point de vue physique et chimique (le même mot a été traité au point de de vue hygiénique et thérapeutique, par A. Tardieu), *Eau* (physique, chimie et économie domestique), *Acides, Alcali, Azote ;* de Hébert, pour *Acétates, Acide acétique, Alcool, Alcoolatures, Alun ;* de Roussin, pour *Albumine, Ammoniaque ;* de Ory, pour *Oxygène, Ozone.*

L'histoire naturelle médicale y est représentée par Léon Marchant, auteur des articles : *Absinthe, Aconit;* Joannès Chatin, pour les mots : *Parasites* (animaux et végétaux), *Sangsues ;* Chapuis, pour *Strychnées.*

En hygiène et en médecine légale, on trouvera les mots : *Bains,* par Oré; *Boissons,* par Hébert; *Chauffage, Eclairage,* par Gallard ; *Désinfectants, Désinfection,* par J. Roussin; *Diète, Diététique,* par Hirtz et Bernheim ; *Hôpital,* par Ch. Sarazin ; *Inanition,* par Lépine ; *Lait* (hyg., diétét. et thérapeut.), par Straus ; *Lit,* par Poncet ; *Méphitisme,* par Hallopeau ; *Putréfaction,* par G. Bergeron ; *Professions, Maladies professionnelles, Régime sanitaire,* par A. Proust ; *Ventilation,* par J. Bez ; *Vaccin, Vaccination,* par d'Espine ; *Arsenic, Asphyxie, Avortement, Exhumations, Fœtus, Identité, Infanticide,* par A. Tardieu ; *Empoisonnement,* par Roussin ; *Viol* et *Attentat aux mœurs, Syphilis* (au point de vue hygiénique et médico-légal), par Vibert ; *Maladies simulées, Strangulation, Viable, Viabilité,* par Maurice Laugier.

(1) 40 vol. in-8° à 10 francs le volume. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

II

C'est en pathologie surtout, pathologie générale, pathologie spéciale, médicale et chirurgicale, en thérapeutique, en médecine opératoire, en médecine et chirurgie pratiques proprement dites, objet plus spécial de ce Dictionnaire, que nous allons avoir à signaler à la fois et le plus grand nombre et les plus importants des articles de ce recueil.

Pour la pathologie générale, nous placerons en première ligne les articles très remarquables : *Maladie, Cachexie, Diathèse,* par Maurice Raynaud. Au mot : *maladie,* sont condensées les considérations les plus générales sur la notion abstraite de la maladie, sa cause, son support, les lois qui la régissent, le symptôme, la lésion, l'évolution morbide, son espèce et sa place nosologique, le rôle de la nature médicatrice, celui de l'intervention médicale. Cet article constitue, à lui seul, un véritable petit traité résumé de pathologie générale, conçu d'après les principes de cette sage doctrine vitaliste, éclectique, formulée en quelques mots par Jaccoud dans l'Introduction, doctrine qui, loin d'exclure aucun des documents nouveaux, tributs quotidiens des travaux d'amphithéâtre et de laboratoire, se les assimile et les vivifie en quelque sorte à son contact. On retrouvera ce même esprit dans les articles : *Cachexie* et *Diathèse.*

Les autres articles de pathologie générale et de séméiologie, tels que : *Congestion, Contagion* et *Maladies contagieuses, Infection, Constitutions médicales, Crises, Catarrhe, Dégénérescence, Néoplasme, Inflammation, Anémie, Antagonisme, Atrophie, Endémie, Epidémie, Hérédité, Habitus extérieur, Pouls, Convalescence, Métastase, Douleur, Hydropisies, Ramollissement, Rétrécissement, Sclérose, Ulcérations, Végétations, Tumeurs, Peau, Sang, Urines,* etc., sont dus à Bernutz, Bœckel, Hirtz, Hanot, Sarazin, Luton, Dieulafoy, Cuffer, A. Voisin, Fernet, Brissaud, Gilson, Letulle, Danlos, Balzer, Rigal, etc.

La pathologie spéciale, en raison de l'extrême multiplicité des sujets qu'elle comporte, demande à être subdivisée en divers groupes, si nous voulons mettre quelque ordre dans les citations nombreuses que nous allons avoir à faire.

Dans le nombre des articles consacrés aux maladies primitivement locales ou secondairement localisées, nous mentionnerons, entre les plus importants : *Apoplexie, Encéphalite, Méningites,* par Jaccoud ; *Angines,* par Desnos ; *Stomatite,* par Chauffard ; *Bronchite,* par H. Gintrac ; *Pleurésie,* par Fernet ; *Pneumonie lobaire aiguë,* par Lépine ; *Poumons* (congestion, hyperémie), par Gaucher; (embolies) par Balzer; (emphysème, abcès) par Homolle ; (néoplasme) par Letulle ; *Phthisie,* tuberculose pulmonaire, par Hanot ; *Asthme,* par G. Sée ; *Angine de poitrine, Endocardite,* par Jaccoud ; *Cœur* (maladies du), *Péricardite,* par Maurice Raynaud ; *Aorte* (maladies de l'), *Estomac, Intestins, Voies biliaires* (pathologie), *Dyspepsie,* par Luton ; *Ascite,* par Gintrac ; *Foie* (pathologie), par J. Simon ; *Rein* (maladies du), par Labadie-Lagrave ; *Ovaires* (maladies des), par Kœberlé ; *Péritonite,* par Siredey et Danlos.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, invitée à présenter au ministère de l'Instruction publique, deux candidats pour la chaire de pathologie comparée vacante au Muséum d'histoire naturelle de Paris par suite de la mort d'Henri Bouley, a désigné dans sa séance de lundi dernier, par la voie du scrutin : en première ligne, M. A. Chauveau ; en deuxième ligne, M. P. Gréhant.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Assaky, agrégé, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques.

M. Quilliet est chargé des fonctions de préparateur de chimie minérale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Duzéa est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Taty est nommé chef de clinique des maladies mentales.

M. le docteur Éraud est nommé chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Guérin, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques.

M. Bagnéris est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Castagné est nommé aide de médecine opératoire.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Bricard, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Morin, licencié ès sciences physiques, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Caubet, professeur de pathologie interne, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Gautrand est nommé préparateur de chimie.

M. Imbert est nommé préparateur de physique.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Schmitt, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Meslin est chargé d'un cours complémentaire de physique.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Couzi, licencié ès sciences mathémathiques et physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Boulouch, appelé à d'autres fonctions.

— M. Brown-Séquard, professeur de médecine au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1886-1887, par M. d'Arsonval.

M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, par M. Franck (François).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les jours et heures des conférences de physiologie de M. le docteur Ch. Richet, professeur agrégé, sont changés : à dater du 9 de ce mois, ces conférences auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à quatre heures, dans l'amphithéâtre Laënnec.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Samedi prochain, 11 décembre 1886, à trois heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de mathématiques, M. Lindet soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Combinaison des chlorures et des bromures acides avec les chlorures et les bromures d'or.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20395

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement chirurgical de la péritonite.

« Traitement chirurgical de la péritonite », voilà un titre qui eût paru d'une singulière hardiesse il y a quelques années seulement et qui, loin de nous choquer aujourd'hui, n'éveille dans nos esprits que des idées de sécurité et de ressources thérapeutiques inconnues de nos prédécesseurs immédiats et dont s'étonnent encore, même aujourd'hui, quelques-uns de nos contemporains. En effet, tandis que naguère, la crainte des accidents péritonéaux consécutifs à l'ouverture de la séreuse abdominale retenait généralement la main des opérateurs, soit dans le traitement des péritonites localisées, soit dans celui des péritonites généralisées, aujourd'hui on traite les péritonites enkystées et l'on se demande si un traitement opératoire ne serait pas applicable à certaines péritonites diffuses, et l'intervention chirurgicale dans les péritonites purulentes, même généralisées, s'affirme de plus en plus par des faits de jour en jour plus nombreux.

A quoi tient un si grand changement? Chacun y a fait déjà la réponse : à la méthode antiseptique et à l'ensemble des progrès considérables réalisés de nos jours dans la technique des opérations et des pansements.

Voyons ce que va nous apprendre le travail de M. le professeur agrégé H. Truc (de Montpellier) sur les résultats connus de l'intervention chirurgicale dans les péritonites, entre lesquelles il distinguera, pour faciliter son travail, les péritonites traumatiques et les péritonites non traumatiques. Dans les péritonites traumatiques sont comprises les péritonites post-opératoires ou chirurgicales; les péritonites traumatiques ou accidentelles, péritonites sans lésions viscérales ou avec lésions viscérales (lésions de la rate, du foie et des voies biliaires, de l'estomac et des intestins, des reins, de la vessie ou de l'utérus). Dans l'ordre des péritonites non traumatiques, il passera en revue : les péritonites par ulcérations et perforations viscérales, les péritonites par inflammation, gangrène ou rupture de tumeurs intra-abdominales, par étranglement herniaire ou occlusion intestinale, simples ou purulentes, puerpérales, chroniques, tuberculeuses, localisées, etc., etc.

Résumons les faits, les résultats et les conclusions qui se rapportent à chacune de ces divisions.

La péritonite post-opératoire ou chirurgicale, — relativement très peu fréquente et beaucoup moins qu'on n'aurait été porté à le croire, en raison de la multiplicité des opérations que l'on pratique aujourd'hui sur l'abdomen, — ne saurait être combattue par une nouvelle action chirurgicale que lorsqu'elle détermine la production d'une collection sanieuse ou purulente entraînant une septicémie générale menaçante. Dans ce cas-là, que l'inflammation péritonéale soit causée par infection directe de la plaie opératoire ou qu'elle soit déterminée par un épanchement de sang, de bile, d'urine ou de matières fécales dans l'abdomen, l'indication est de parer aux accidents péritonéaux qui menacent l'opéré, en donnant issue aux liquides infectieux. C'est ce qui a été fait plusieurs fois avec succès par des manœuvres diverses, soit en séparant la partie inférieure des lèvres de la plaie opératoire et établissant un drainage par cette ouverture, soit en incisant et drainant le cul-de-sac vaginal postérieur et en pratiquant avec soin des lavages antiseptiques.

La péritonite traumatique, sans lésions viscérales, dont il n'existe dans la science que de rares exemples, a pu être enrayée et promptement guérie par une intervention chirurgicale hardie et énergiquement conduite. Témoin le fait si remarquable dans lequel, il y aura bientôt deux ans, le professeur Lannelongue, se trouvant en présence d'un enfant qui avait une plaie épigastrique de trois doigts et ayant senti avec le doigt le foie, l'estomac et le cœur, débrida aussitôt le péritoine, retira les caillots, fit sourdre par la pression le liquide rougeâtre contenu dans la cavité, appliqua un drain volumineux et fit des lavages boriqués. Peu de jours après l'enfant sortait guéri.

Dans la péritonite avec lésions viscérales, les indications thérapeutiques sont variables naturellement, suivant les viscères lésés. En général, dans les péritonites avec ou sans plaie abdominale, résultant d'un épanchement intra-péritonéal de liquides gastro-intestinaux, par exemple, l'un des cas les plus fréquents, la mort étant presque certaine, l'intervention armée est nettement indiquée, car non seulement elle peut permettre de désinfecter le péritoine, mais encore de fermer l'ouverture viscérale acccidentelle et empêcher une infection nouvelle.

La catégorie des péritonites non traumatiques par ulcérations ou perforations viscérales, par inflammation, par gangrène, par étranglement herniaire, ainsi que les péritonites puerpérales, chroniques, tuberculeuses, etc., prêtant à des développements et à des détails qu'il ne nous serait pas possible de suivre ici, nous allons résumer, avec M. Truc, ce qui les concerne.

La péritonite par rupture ou ulcérations pathologiques impose des réserves formelles au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. L'état de faiblesse ordinaire des sujets, les conditions morbides générales, le caractère éminemment infectieux des lésions péritonéales, l'incertitude où l'on est sur le siège exact de la lésion, tout semble s'opposer à une intervention active. Cependant, considérant l'intensité et la rapidité des accidents et la mort qui en est l'inévitable conséquence, on est autorisé à tenter dans quelques circonstances une thérapeutique radicale. Mais on ne serait fondé à agir ainsi qu'avant et en dehors du collapsus final et dans les circonstances où un diagnostic suffisant permettrait, comme dans un cas de pérityphlite, par exemple, d'avoir une notion approximative du siège de la lésion. Une laparotomie large et médiane serait indiquée.

La péritonite par inflammation ou gangrène de tumeurs diverses, lorsqu'elle est diffuse et menaçante, nécessite une opération hâtive et quelquefois immédiate. L'ablation de la tumeur enflammée ou gangrenée, la toilette et l'antiseptie péritonéales sont des conditions indispensables pour la guérison.

La péritonite par rupture de collections kystiques ou enkystée, quand il ne s'agit que de kystes séreux, n'implique aucune intervention active. Mais il n'en est pas de même quand il s'agit de rupture de kystes hématiques, gélatineux, purulents; ceux-ci exigent une action énergique et immédiate : laparotomie, ablation de la tumeur et toilette péritonéale.

La péritonite par étranglement herniaire comporte, outre la kélotomie, le drainage par l'ouverture du sac de la hernie et quelquefois des lavages détersifs et antiseptiques de l'abdomen, lorsqu'on constate l'existence d'un épanchement sanieux ou purulent dans la cavité.

La péritonite par occlusion intestinale réclame une laparotomie immédiate, autant en vue de l'occlusion elle-même que de la péritonite qu'elle a produite.

La péritonite simple, non purulente, ne comporte généralement qu'un traitement médical. La ponction, souvent superflue, ne conviendrait que dans les épanchements abondants.

La péritonite purulente généralisée exige le plus souvent un traitement chirurgical, inutile, toutefois, quand la péritonite est la manifestation d'une septicémie générale, ordinairement efficace dans d'autres conditions. Cette intervention devra consister, suivant des indications particulières, en ponctions évacuatrices, suivies du drainage et de lavages détersifs ou antiseptiques, en incision ombilicale, qui a donné plusieurs fois, chez des enfants notamment, des résultats rapides et satisfaisants. Dans les cas graves, sans tuméfaction localisée, chez les adultes en particulier, la laparotomie, suivie de la toilette péritonéale avec ou sans drainage, paraît indiquée, principalement quand le contenu péritonéal est épais, grumeleux ou très septique.

La péritonite puerpérale, hors les cas à marche foudroyante, se prête à l'intervention chirurgicale, surtout lorsqu'il existe un épanchement septique notable, purulent ou sanieux. Cette intervention devra être d'autant plus précoce et énergique que les accidents infectieux seront plus menaçants. Elle consistera en une simple ouverture au bistouri sur le point proéminent, suivie de drainage et de lavages dans les péritonites localisées; dans la laparotomie, lorsqu'elle est généralisée.

La péritonite tuberculeuse, lorsqu'elle est généralisée, ne comporte aucune opération; localisée, elle peut être traitée chirurgicalement dans le cas où elle est constituée par une lésion isolée et enkystée.

Les péritonites enkystées, en général, quels que soient leur origine, leur siège, leur volume, pourront bénéficier de l'intervention armée, en l'absence de résolution spontanée.

Enfin les opérations exploratrices peuvent être utiles dans les péritonites d'origine et de nature inconnues ou incertaines. Elles sont autorisées quand la vie du sujet est gravement menacée et qu'il y a lieu d'espérer que l'on pourra arrêter ou amender l'inflammation péritonéale ou en supprimer la cause.

Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse.

Dans une série de leçons cliniques faites à l'hospice Saint-Julien, de Nancy, M. le professeur agrégé Em. Demange, chargé du cours de clinique des maladies des vieillards, a fait une étude clinique et anatomo-pathologique très intéressante et très approfondie des conditions organiques de la sénilité, qui peut être considérée comme le commentaire et la démonstration de cette proposition de Bichat : « L'homme qui s'éteint à la fin d'une longue carrière meurt en détail : ses fonctions extérieures finissent les unes après les autres. »

De la succession des trois phases par lesquelles passe l'être humain dans son évolution, la phase de développement, celle d'état et celle de déclin, dans lesquelles les systèmes organiques subissent des modifications régressives et atrophiques qui amènent l'usure des organes, le ralentissement des fonctions, et en définitive le terme de la carrière, cette dernière seule a fait l'objet de cette étude (1). Comment débute, comment s'effectue cette destruction lente ou involution sénile, comme on l'a désignée? Quelles en sont les causes ou conditions initiales? Quelles sont les lésions qui surviennent sous leur influence, dans quel ordre de succession ou d'enchaînement se manifestent-elles? Tels sont les points que M. Demange, s'aidant des faits déjà acquis à la science et de ce que ses études cliniques et anatomo-pathologiques personnelles l'ont mis à même d'y ajouter, a successivement étudiés dans les dix-huit leçons ou chapitres dont se compose son travail.

On ne s'attendra pas à ce que nous le suivions dans tous ces développements; mais nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour nos lecteurs de mettre sous leurs yeux un résumé de cette étude.

Voici en quels termes M. Demange résume lui-même, en un coup d'œil général, l'ensemble des lésions et des phénomènes successivement étudiés en détail dans ces leçons :

Dans tous les organes, tissus ou appareils des vieillards, il a reconnu des altérations analogues, reliées entre elles par une cause commune, aboutissant à des modifications fonctionnelles du même ordre.

(1) Voir sur le même sujet la Revue clinique du 8 mai.

Ces lésions sont déterminées par les mêmes processus, lesquels se modifient un peu suivant les points intéressés qui, en somme, sont les mêmes dans leur nature.

L'élément noble, la cellule, s'atrophie d'abord, puis subit la dégénérescence granuleuse et granulo-graisseuse qui est sa fin. La trame conjonctive s'épaissit par un travail de sclérose qui contribue encore, dans une certaine mesure, à l'étouffement, à l'atrophie des éléments dont elle est le support. Enfin, les petits vaisseaux artériels, soit ceux qui sont dévolus seulement à la nutrition de l'organe, soit ceux qui en même temps servent à sa fonction, sont atteints, en proportion variable, mais d'une façon constante, d'une lésion caractérisée anatomiquement par l'endopériartérite, et qui a pour résultat immédiat le rétrécissement du calibre du vaisseau et, par suite, une gêne dans la circulation à laquelle il est destiné.

En somme, l'atrophie, les dégénérescences, la sclérose, l'endopériartérite des petits vaisseaux, et parfois l'atrophie et la dégénérescence des capillaires, telles sont les lésions anatomiques de la sénilité.

Cherchant à se rendre compte des causes de ces modifications dans la structure des organes et à en trouver l'explication, M. Demange accepte comme un fait démontré et parfaitement exact que c'est une propriété inhérente à la cellule de se développer, de vivre, de mourir en subissant les phases de l'évolution et de l'involution, et que l'être organisé est composé de cellules qui passent toutes par ces phases en un temps déterminé, mais limité. Il en induit que les éléments anatomiques meurent et se renouvellent sans cesse dans l'intimité de nos tissus. Ceci est démontré pour la plupart des tissus au moins, sinon pour tous, par la mue des épithéliums, la destruction et la dégénération de certaines cellules glandulaires pendant leur fonctionnement, celle des globules sanguins qui constitue une des phases de l'hématopoïèse, ainsi que par la rénovation moléculaire qui se fait pendant la convalescence des fièvres graves et que traduisent les pertes de déchets organiques, la chute et le renouvellement des cheveux, la desquamation épidermique, etc. D'où l'on arrive forcément à cette conclusion : qu'il existe chez l'être organisé supérieur un renouvellement constant.

Or c'est là, ajoute-t-il, un phénomène de nutrition interstitielle qui continue tant que les éléments reçoivent les aliments de leur nutrition en qualité et en quantité suffisantes. Mais ces conditions de nutrition régulière définie ne sont remplies qu'autant que la circulation est intacte et que le plasma sanguin est suffisamment réparateur. Dès que la circulation vient à être mal assurée et que le plasma sanguin nutritif n'a plus les qualités voulues, la cellule commence à dégénérer ; elle ne se reproduit plus et meurt.

C'est ce qui arrive dans la vieillesse. L'endopériartérite ayant envahi les petits vaisseaux, les capillaires s'atrophiant et devenant graisseux, la nutrition de l'organe étant par conséquent compromise, la réparation ne se faisant plus, il en résulte nécessairement un trouble des fonctions hématopoïétiques et nutritives générales, en un mot l'involution rétrograde de toute l'économie.

En même temps que l'atrophie et la dégénérescence des éléments nobles, on voit apparaître, sous l'influence de l'action irritative qu'elles exercent autour d'elles, l'hyperplasie conjonctive ou la sclérose qui accompagne si souvent la lésion sénile des organes.

L'athérome artériel, en dernière analyse, est le point de départ et la cause initiale de tous les phénomènes des dégénérescences et des lésions de la sénilité : altérations scléreuses soit simultanées, soit successives, du rein, du cœur, du foie, ou ramollissement cérébral, gangrène, etc. C'est, en un mot, par l'extinction successive et graduelle ou la mort partielle des éléments constituants de chacun des organes et des appareils dont l'association et les actions synergiques constituent, avec les échanges permanents qui s'effectuent entre l'organisme et le monde extérieur, les conditions essentielles de l'entretien de la vie commune, que survient la mort naturelle.

Traitement de la diphthérie (croup et angines couenneuses) par le benzoate de soude associé au sulfure de calcium, pulvérisations et vaporisations antiseptiques.

Un de nos honorables correspondants nous informe que, dans les diverses communes où il exerce, une épidémie de diphthérie (croups et angines couenneuses) sévit avec une grande intensité et il nous prie de lui faire connaître les médications les plus nouvelles ou celles qui sont le plus usitées en ce moment, à l'hôpital des Enfants-Malades ou ailleurs; il nous le demande en son nom et au nom d'une population affolée et déjà cruellement éprouvée.

Il serait sans doute superflu ou tout au moins hors de propos de rappeler ici la méthode de Delthil par les fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de houille, et celles de MM. Renou et Bouchard (de Saumur) par les vapeurs d'acide phénique, d'acide salicylique et d'acide benzoïque. Il en est de même du traitement par le camphre en poudre, proposé par le docteur Moty, et de la méthode antiseptique mise en pratique par le docteur Bitterlin (de Saint-Maur), consistant dans l'usage intus et extra des vapeurs antiseptiques d'une solution d'alcool, d'acide phénique, d'acide salicylique et d'acide thymique. Toutes ces méthodes, après avoir donné, au début, des succès invraisemblables, paraissent avoir eu successivement des hauts et des bas dans leur fortune, ce que les lecteurs de la *Gazette* connaissent d'ailleurs aussi bien que nous. Nous ne rappellerons pas non plus les quelques succès que nous avons pu obtenir nous-mêmes, soit par le saccharolé ou simplement la poudre de poivre de cubèbe, par le jus de citron ou par les badigeons d'acide phénique. Nous arrivons à la médication la plus récemment parvenue à notre connaissance. Elle procède, comme on le verra, de la méthode générale antiseptique, dont nous venons de rappeler déjà quelques applications ; mais avec un *modus faciendi* qui peut être pour quelque chose dans le succès à peu près constant que lui attribue son auteur. C'est un médecin d'Alger, le docteur A. Brondel, qui, dans une lettre adressée au savant directeur du *Bulletin général de thérapeutique*, expose en ces termes le traitement dont il s'agit :

La base de ce traitement est le benzoate de soude déjà préconisé par Letzerich, qui considère cet agent comme le véritable spécifique de la diphthérie. M. Brondel ajoute au benzoate de soude le sulfure de calcium soit en sirop mélangé ou non à l'acide phénique, soit en granules de 1 centigramme, d'après la méthode de Fontaine.

Il fait d'abord administrer, toutes les heures, une cuillerée à soupe d'une potion de 150 grammes contenant 4 à 5 grammes de benzoate de soude, suivant l'âge de l'enfant ; le sulfure de carbone est donné en même temps que la potion, qu'il soit granulé ou sous forme de sirop. Enfin, il se

sert, pour faire les pulvérisations, d'une solution de benzoate de soude à 10 p. 100, et ces pulvérisations doivent être faites toutes les demi-heures régulièrement, nuit et jour dans les cas graves, en respectant le sommeil dans les cas moyens.

Il faut tenir à ce que le traitement soit rigoureusement conduit. Les pulvérisations, lorsqu'elles sont bien faites, ont l'avantage de ne pas exercer le moindre traumatisme sur le pharynx et de pénétrer très profondément, à la condition de faire largement respirer les malades par la bouche.

Sous l'influence de ce traitement, dit M. Brondel, on voit les fausses membranes pâlir, perdre de leur consistance, devenir de plus en plus gélatineuses et disparaître, enfin, dissoutes par le benzoate de soude, en laissant au-dessous d'elles le derme cicatrisé.

Enfin il complète ce traitement par des vaporisations continues, selon la méthode de Renou, d'acide phénique, d'essence d'eucalyptus et de térébenthine.

Cette médication est secondée par une alimentation avec des jus de viande, des œufs, de la viande tendre, saignante, si l'état de la gorge le permet ; et par des potions toniques, de l'arséniate de strychnine ; des sels de quinine, de l'aconitine ou de l'antipyrine, pour combattre la fièvre ou l'hyperthermie ; enfin en faisant ouvrir largement les fenêtres et désinfecter tous les linges et toutes les déjections.

Après la guérison, il faut procéder à l'antiseptie de la chambre par l'acide sulfureux.

Quelque compliquée que paraisse au premier abord cette médication, dont M. Brondel assure avoir obtenu des succès constants jusqu'à présent (il affirme que depuis cinq ans qu'il exerce à Alger, où la diphthérie fait d'énormes ravages, il n'a jamais perdu un malade sur plus de 200 cas), elle nous paraît en somme assez rationnelle pour que nous n'hésitions pas à en recommander l'essai.

KYSTE SÉREUX DU PAVILLON DE L'OREILLE

Par M. le docteur E. Le Bec.

M. R..., trente-neuf ans, a vu, il y a six semaines, une petite tumeur blanchâtre et transparente se former à la partie supérieure de la conque de l'oreille gauche, sur l'anthélix.

La tumeur était indolente. Un médecin fit une ponction avec une seringue de Pravaz, aspira un liquide filant, légèrement jaunâtre ; au bout de huit jours le liquide s'était reformé.

Quand M. R... vint me voir, en octobre 1884, la petite tumeur occupait la moitié supérieure de l'anthélix. Elle se prolongeait en dedans vers le conduit auditif, mais sans y pénétrer. Elle décollait l'ourlet, surtout à sa partie supérieure.

La fluctuation était parfaitement évidente, surtout à la face externe du cartilage. Pas de transparence. Un peu de douleur à la partie supérieure. Je porte le diagnostic de kyste séreux, formé peut-être aux dépens du cartilage dont une minime partie est sans doute détruite.

Opération, 28 novembre. — Ouverture au bistouri. Il coule un liquide huileux, de teinte jaunâtre. Grattage de la poche ; cautérisation avec de l'acide phénique à 10 p. 100 ; suture. Je ne place pas de drain tant la poche paraissait petite.

29 novembre. — L'oreille est gonflée et douloureuse. Je défais la suture, la poche s'est remplie. Je place un petit drain.

1er décembre. — Cautérisation de la poche à la teinture d'iode.

9 décembre. — J'ai cautérisé souvent avec l'iode, mais en vain. Je cautérise au nitrate d'argent la poche qui ne se ferme pas.

12 décembre. — Il se détache un morceau sphacelé large comme l'ongle.

14 décembre. — Le bourgeonnement se faisait bien et tout fut fermé le 22.

Janvier 1886. — L'oreille est revenue au volume normal. Il reste dans le haut, au sommet du bourrelet, une petite dépression de un demi-centimètre. C'est la trace du cartilage qui s'est exfolié.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1).

III

Au nombre des affections des grands systèmes organiques, on trouvera pour le système vasculaire : *Artères* et capillaires artériels, *Hématidrose*, *Gangrène*, par M. Raynaud et par Nélaton (pour la chirurgie) ; *Veines* (maladies des), par Bernier. Pour le système nerveux : *Nerfs* (maladies des), par Labadie-Lagrave ; *Nerveux* (système), *Moelle épinière* (pathologie médicale), par Hallopeau et par Oré et G. Poinsot (au point de vue chirurgical) ; *Ataxie locomotrice*, par Trousseau ; *Chorée*, par J. Simon ; *Paralysie agitans*, par Fernet ; *Convulsions*, par Foville ; *Hydrophobie*, par Labadie-Lagrave ; *Rage*, par Doléris ; *Trophonévrose*, par Leloir ; *Sensibilité* (altération de la), par Ballet.

— Névroses et maladies mentales : *Névroses*, par Luton ; *Epilepsie*, *Amnésie*, *Aphasie*, *Alalie*, A. Voisin ; *Hystérie*, *Tétanos*, Poncet ; *Délire*, *Démence*, *Dipsomanie*, *Folie*, *Hypochondrie*, *Kleptomanie*, *Paralysie générale*, *Nymphomanie*, Foville ; *Crétinisme*, Lunier ; *Démonomanie*, Michéa ; *Hallucinations*, *Illusions*, Motet ; *Vertiges*, Gilson ; *Suicide*, P. Moreau (de Tours) ; *Asiles d'aliénés*, Pain.

— Maladies des organes des sens. Oculistique : *Accommodation*, *Amaurose*, *Astigmatisme*, etc., Liebreicht ; *Glaucome*, Cusco ; *Rétine*, Panas ; *Daltonisme*, *Diplopie*, *Emmétropie*, *Vision*, Javal ; *Héméralopie*, *Nystagmus*, *Strabisme*, Abadie ; *Ophthalmoscopie*, Rémy. — Otologie : *Oreille* (pathologie), Després, Poinsot ; *Surdité*, *Surdimutité*, Gellé.

— Maladies du système musculaire : *Muscles* (pathologie médicale) Straus, (pathologie chirurgicale) Le Dentu ; *Atrophie musculaire progressive*, *contracture*, *crampes*, Jules Simon ; *Diaphragme*, Després.

— Maladies de la peau. Dermatoses : Au professeur Hardy, dont le long et retentissant enseignement à l'hôpital Saint-Louis a laissé de profondes traces, revenait de droit la rédaction du plus grand nombre des articles de dermatologie. Aussi est-ce un Traité presque complet qui est sorti de sa plume. Il serait beaucoup trop long de les énumérer tous ici.

Parmi les sujets de cet ordre qui ont été confiés à d'autres collaborateurs, nous citerons : *Péliose*, par d'Heilly ; *Verrues*, par Heurtaux ; *Xanthelasma*, *Xeroderma*, par Bruchet.

— Les maladies syphilitiques et vénériennes ont eu pour interprètes, Ricord, à qui l'on doit les mots : *Aphrodisiaque* et *Antiaphrodisiaque* ; A. Fournier ceux de *Blennorrhagie*, *Balanite*, *Chancre*, *Phagédénisme*, *Inoculation* ; Martineau celui de *Céphalée* ; Jullien, *Prostate*, *Scrotum* ; Gognard, *Spermatorrhée* ; Barthélemy et Balzer, *Syphilides* ; Homolle, *Syphilis*.

— Maladies infantiles. — La pathologie générale infantile est traitée presque en entier au mot : *Pœdiatrie*, de

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1157.

d'Heilly. Il convient d'y ajouter les mots : *Rougeole*, par d'Espine; *Scarlatine*, par Picot; *Coqueluche*, par Devilliers; *Muguet*, par J. Simon; *Croissance*, par Gombault; *Amygdales, Circoncision, Encéphalocèle, Oxyures, Cestoïdes, Hydrocèle congénitale*, par de Saint-Germain, et les articles *Orthopédie*, de Panas; *Gymnastique*, de Du Mesnil.

— Maladies fébriles, Pyrexies, Fièvres éruptives. — La *Fièvre typhoïde* a pour historiens : Homolle, pour la partie descriptive, Dreyfous, pour le traitement; la *Fièvre intermittente*, la *Fièvre hectique*, Hirtz ; la *Fièvre récurrente*, E. Richard; la *Variole*, Balzer et Dubreuilh.

— Affections humorales, dyscrasiques, diathésiques, constitutionnelles. — Nous citerons sous ce chef les articles : *Arthritisme*, par Desnos; *Albuminurie*, *Diabète*, par Jaccoud; *Goutte*, par Jaccoud et Labadie-Lagrave; *Chlorose*, par Lorain; *Mélanémie*, par Hallopeau; *Mélanose*, par Heurtaux; *Rachitisme*, par Lannelongue; *Scrofule*, par Brissaud.

— Maladies virulentes, infectieuses, spécifiques. — *Charbon*, Affections *charbonneuses*, par Raimbert; *Diphthérie*, par Lépine et Lorain; *Morve*, *Farcin*, par Martineau.

— Maladies par intoxication : *Alcoolisme*, par Fournier; *Mercure* (intoxic. par le), par Baraillier; *Plomb* (intoxic.), par Manouvriez; *Urémie*, par Labadie-Lagrave.

— Maladies épidémiques, endémiques ou endo-épidémiques. — Nous grouperons sous ces deux titres les articles : *Acrodyme*, *Choléra*, de Desnos; *Choléra infantile*, de Lorain; *Grippe*, de H. Gintrac; *Peste*, de Proust; *Fièvre jaune*, de Barailler; *Suette miliaire*, de Doléris; *Typhus*, *Méningite cérébro-spinale*, de E. Richard; *Crétinisme*, de Lunier.

— La Géographie médicale, la Climatologie et les maladies exotiques sont, naturellement, échues aux médecins de la marine : à H. Rey la *Géographie médicale*, le *Mal de mer*, la *Maladie du sommeil;* à J. Rochard, *Acclimatation, Climats, Air marin, Beriberi, Dengue;* à Barailler, *Bouton d'Alep, de Biskra, Calenture, Dyssenterie, Éléphantiasis.*

IV

Maladies chirurgicales et Médecine opératoire. — Pour la pathologie chirurgicale, nous citerons, en outre de ceux qui ont été déjà cités plus haut, les mots : *Abcès, Brûlures, Commotion, Congestion, Contusion, Encéphale*, de Laugier; *Anatomie chirurgicale, Aisselle, Vaisseaux axillaires, Larynx, Lipomes*, de Bœckel; *Abdomen* (anat. chir.), *Ankylose*, de Denucé; *Anus, Blépharite, Conjonctivites, Érysipèle, Œil, Os, Testicule*, de Gosselin; *Plaie*, de J. Rochard; *Atrophie*, de Sarazin; *Anthrax, Purulente* (infection), *Septicémie*, d'Alp. Guérin; *Anévrysme, Carotide*, de Richet; *Avant-bras, Exophthalmie, Langue*, de Demarquay; *Fistules, Incontinence*, de Desormeaux; *Cicatrice, Cicatrisation*, de Panas; *Coxalgie, Fracture, Luxations*, de Valette; *Étranglement, Grenouillette, Hémorrhagies, Intestins, Mâchoires, Nez, Oreille*, de Després; *Emphysème traumatique*, de Jacquemet; *Face, Hernies, Main, Phlegmon*, de Le Dentu; *Hématocèle du scrotum, Hémorrhoïdes, Glandes lacrymales, Mamelles, Rachis, Vertèbres*, Colonne *Vertébrale*, de Lannelongue; *Hématurie*, de Larcher; *Jambe*, de Chauvel ; *Os, Synoviales* articulaires et tendineuses, *Veines* (pathol. chirurg.), *Utérus*, de Schwartz; *Pied* (pathol. chirurg.), Delorme; *Varicocèle*, de Paul Segond; *Vagin* et *Vulve* (au point de vue médico-chirurgic.), de Levrat et Vinay.

La médecine opératoire et la thérapeutique chirurgicale sont représentées, dans leurs plus importantes parties, par les mots suivants : *Acupuncture, Acupressure*, par Giraldès; *Transfusion*, par Oré; *Drainage, Pansement*, par J. Rochard; *Bandage*, par Sarazin; *Amputation, Autoplastie*, par A. Guérin; *Lithotritie*, par Demarquay; *Cathétérisme*, par Desormeaux; *Écrasement linéaire*, par Valette; *Hémostase*, par Desprès; *Résections*, par Delorme; *Taille*, par Bouilly; *Trépan*, par Poulet.

En obstétrique et gynécologie, nous trouverons les noms du professeur Stoltz avec les articles : *Accouchement, Dystocie, Grossesse, Puerpéralité, Menstruation, Couches, Opération césarienne;* de Bailly, avec les articles *Bassin, Éclampsie, Fœtus;* de Devilliers, *Avortement, Délivrance, Nourrices, Sevrage;* Tarnier, *Céphalématome, Embryotomie, Forceps;* Hergott, *Toucher, Version;* Charpentier, *Utérus;* Bernutz, *Aménorrhée, Hématocèle utérine;* Siredey, *Dysménorrhée, Métrorrhagie, Stérilité.*

— La thérapeutique et la matière médicale ont été confiées à Hirtz, Baraillier, Desnos, Luton, L. Marchand, Jeannet. Le *Dictionnaire* doit à l'ancien et regretté professeur de Strasbourg, enlevé prématurément à la science, les savants articles : *Absorbants, Altérants, Aconit, Alcool, Alcalins, Amers, Antimoine, Arsenic, Digitale, Contre-stimulants, Éméto-cathartiques, Méthode endermique, Médication narcotique, Opium, Expectation*, etc.; à Baraillier, les mots *Antiscorbutiques, Chaux, Chlore* et *Chlorure, Diurétiques, Éthers, Méthode Iatraleptique, Hyposthénisants, Mercure;* à Desnos, le mot *Eaux minérales* en général; à Luton, les mots : *Dérivation, Tonique, Purgatif;* à Gues, *Rubéfiants, Tannin, Térébenthine, Vésicants;* à Jeannel, *Dépuratifs, Diascordium;* à Marchand (L.), *Absinthe, Aconit*, etc.

Desnos, Labat, Verjon, Cyr, ont eu à se partager la thérapeutique thermale.

Enfin nous signalerons, pour la technique médico-chirurgicale, les mots : *Akidopeirastique, Chloroforme*, par Bœckel; *Auscultation*, par Luton; *Dynamoscopie*, par Michéa; *Mensuration*, par Rigal: *Pulvérisation*, par Beni-Barde; *Ophthalmoscopie*, par Remy; *Thermométrie*, par Witz; *Électricité*, par Jaccoud et par Saint-Germain; *Cardiographie*, par Lorain; *Sphygmographie*, par Blondel; *Ambulance, Technique chirurgicale, Bandage*, par Sarazin.

V

Tels sont les articles que nous avons trouvé à signaler en parcourant au pas de course les 39 volumes du *Nouveau Dictionnaire* parus jusqu'en septembre dernier, sans nous dissimuler que, dans cette course rapide, nous avons pu en omettre quelques-uns, et peut-être des meilleurs. Lorsque, il y a une quinzaine de jours environ, nous est parvenu le quarantième et dernier volume, nous avons dû nous livrer aux mêmes recherches. Ce volume contient, avec le dernier mot : *zymotiques* (maladies), un supplément comprenant tous les mots relatifs aux principaux faits nouveaux qui se sont produits en médecine pendant le cours de cette publication. Ces mots ont trait soit à des médicaments nouvellement introduits dans la pratique, soit à des méthodes thérapeutiques et opératoires nouvelles, soit aux travaux les plus récents en pathologie expérimentale.

Ce dernier volume, dans lequel se résument les derniers progrès de la science médico-chirurgicale, mériterait, à lui seul, en raison de son intérêt tout particulier, un article bibliographique à part. Nous allons tâcher d'y suppléer en en résumant en quelques lignes le contenu.

L'article *Zymotiques* (maladies), dû à M. J. Schmitt, est une sorte de synthèse générale de toutes les notions que les études et les recherches les plus récentes de pathologie

expérimentale sont venues ajouter à ce que nous avaient appris déjà l'observation et l'expérience traditionnelles sur les grandes questions que soulève l'histoire des maladies infectieuses. On y trouvera une étude et une discussion savantes des grands faits d'infection, de contagion, de réceptivité, de prédisposition ou d'immunité de l'organisme vis-à-vis des agents infectieux ou contagieux, ainsi qu'une exposition méthodique de tout ce que présentent de commun entre elles les maladies réputées infectieuses ou contagieuses : incubation, évolution, production de contages dans l'économie, immunité constituée par une première atteinte, nature et origine des agents infectieux, théorie du *contagium vivum*, qui a conduit à celle des microbes pathogènes ; développement sporadique, épidémique, endémique, des maladies infectieuses ; leur classification, physiologie pathologique, diagnostic, pronostic et indications générales de leur thérapeutique préventive et curative.

Dans le supplément, qui occupe la plus grande partie de ce volume, nous signalerons : pour les médicaments nouveaux, les articles *Antipyrine, Arenaria rubra, Acide borique, Chloral, Cocaïne, Evonynin* et autres cholagogues américains, *Kairine, Muguet* (convallaria maïalis), *Résorcine*, par P. Decaye; *Baume de Gurjun, Boldo, Bromure de camphre, Chlorure de méthyle, Coto* (écorude), *Drosera, Duboisia, Gautherie, Gelsemum, Hamelia, Virginica, Kola, Naphtaline, Nitroglycérine, Papayer, Paraldéhyde, Gelletiérine, Terpine*, etc., par Ch. d'Ivors ; *Bromure d'éthyle, Jequirity*, par L. Robert.

Dans l'ordre des questions de physiologie, de pathologie générale, de pathogénie et de pathologie spéciale, nous citerons les mots : *Alimentation artificielle, Suralimentation, Athrepsie, Forces, Hébéphrénie, Hémichorée*, de P. Decaye ; le mot *Microbes*, de J. Schmitt, qui complète le mot maladies zymotiques et donne, sur ce nouvel ordre de faits, l'état présent de la science avec les points de doute qu'il comporte et l'appel à l'avenir concernant le rôle et le mode d'action des microbes réputés pathogènes.

En médecine légale le mot *Secret médical* traité magistralement par le professeur Brouardel, et le mot *Autopsie* au double point de vue médico-légal et anatomo-pathologique, par Vibert.

En dermatologie, les mots *Mycosis* et *Myxœdème*, par le professeur Hardy.

En chirurgie et médecine opératoire, on trouvera l'article : *Olécranienne* (région et fracture), par P. Coudray; *Opération d'Alexander*, par P. Decaye ; *Opération d'Estlander* et *Tarsotomie*, de L. Robert.

En technique médico-chirurgicale les mots : *Electricité* dans ses nouveaux procédés et ses nouvelles applications, *Thermocautère* et *Lavage de l'estomac*, par P. Decaye.

Un grand nombre de figures intercalées dans le texte facilite l'intelligence des descriptions anatomiques et histologiques, de certains sujets d'histoire naturelle, des principaux procédés opératoires et des instruments et appareils de la technique chirurgicale.

Enfin une table analytique des matières contenues dans tout l'ouvrage, placée à la fin du dernier volume, vient heureusement en aide aux recherches qu'on aura à y faire.

Nous considérons comme un devoir, en terminant, de déclarer que directeur, collaborateurs et éditeurs de cet important recueil ont tous bien mérité de la Science.

Dr B...

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

17. M. Launois. Contribution à l'étude des hémorrhagies dans les néphrites. — 18. M. Audiat. Des kystes hydatiques des muscles. — 19. M. Rebory. De l'emploi du phosphate de chaux contre les sueurs des phthisiques. — 20. M. Renault. De la diphthérie consécutive à la rougeole. — 21. M. Léonard. De l'hystérie pendant la grossesse et le travail de l'accouchement. — 22. M. Bourrée. Contribution à l'étude de la grenouillette aiguë sublinguale. — 23. M. Bertrand. Essai critique sur le traitement étiologique de la tuberculose. — 24. M. Bouchut. Des hallucinations chez les enfants. — 25. M. Braine. Traitement chirurgical du kyste hydatique du foie (laparotomie et hépatotomie). — 26. M. Verlet. De la vulvite des petites filles au point de vue médico-légal. — 27. M. de Madec. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — 28. M. Foy. Du traitement des épanchements traumatiques du genou par la compression ouatée, localisée et forcée. — 29. M. Goulon. Des divers modes de traitement de l'hygroma prérotulien, et en particulier du traitement par l'incision antiseptique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le conseil général des Facultés et Écoles supérieures, délibérant aux termes de l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, a fixé les congés du jour de l'an ainsi qu'il suit : La fermeture des cours aura lieu à partir du lundi 27 décembre inclus ; la réouverture aura lieu le lundi 3 janvier 1887.

— La séance publique annuelle de l'Académie de médecine vient d'être fixée au mardi 21 décembre 1886.

— La question donnée pour la seconde épreuve orale (pathologie interne) aux candidats de la première division du concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris (internes de troisième et de quatrième années) a été : Du rhumatisme cérébral.

Les lauréats sont : Prix : Médaille d'or, M. Hallé (Adrien-Joseph), interne de quatrième année à l'hôpital Trousseau ; — Accessit : Médaille d'argent, M. Hartmann (Henri-Albert), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière ; — Première mention honorable, M. Roger (Georges-Eugène), interne de quatrième année à l'hôpital Tenon ; — Deuxième mention honorable, M. Marfan (Bernard-Jean), interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour l'épreuve orale de pathologie aux candidats du concours pour l'externat des hôpitaux de Paris sont : 1° De la manière de faire une autopsie ; — 2° L'érysipèle ; — 3° Des brûlures ; — 4° Des indications et des applications de sangsues ; — 5° Symptômes des fractures en général.

La question suivante a été donnée pour l'épreuve orale de pathologie, dans une séance supplémentaire : L'atlas et l'axis.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Théodore Brongniart, décédé à Paris le 9 décembre 1886.

— *Muséum.* — M. le professseur Edmond Perrier commencera son cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), mercredi prochain, 15 décembre 1886, à deux heures et demie de l'après-midi, dans la galerie de zoologie, et le continuera à la même heure, les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Le professeur exposera méthodiquement, dans une série de leçons successives, l'histoire complète des embranchements inférieurs du règne animal ; il traitera, cette année, des protozoaires et des zoophytes.

Des conférences réservées aux candidats à l'agrégation et au doctorat inscrits au laboratoire auront lieu le samedi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20395

33

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

DE L'ECZÉMA CHRONIQUE, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Dépôt pour la vente en gros : COIRRE et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

31

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

Le principal mérite de cette préparation consiste dans l'association du sous-carbonate de bismuth à la pepsine et à la pancréatine. Ce produit, étudié jadis par le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles, jouit de propriétés remarquables. C'est un absorbant par excellence, sa solubilité dans le suc gastrique, dont il neutralise, en se décomposant, les acides en excès, est parfaite, et il provoque rarement de la constipation. Cette action neutralisante du sous-carbonate de bismuth a aussi pour avantage de conserver à la pancréatine toute son action en faisant disparaître en même temps que l'hypersécrétion gastrique l'acidité du chyme. On sait, en effet, que ce ferment n'agit bien qu'à la condition de se trouver dans un milieu aussi peu acidulé que possible.

On a choisi pour cette préparation la forme pulvérulente en raison de l'incomplète solubilité de la pepsine et de la pancréatine dans les élixirs, vins, sirops, etc., et surtout parce qu'il est reconnu que : « *Ce sont les médicaments sous forme de poudre fine qui conviennent le mieux aux affections gastro-intestinales.* »

Ce rapide énoncé indique tout le parti que l'on peut tirer de la Poudre toni-digestive de Royer contre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques.* Elle combat très efficacement les vomissements de la grossesse.

Une cuillerée à café à chaque repas.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

110

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR,** O. ✻✻. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

13

QUINOIDINE-DURIEZ 10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.

Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

90

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre **REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.**

55

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat dela Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »

(Gaz. des Hôpitaux.)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » *(Un. Méd.)*

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 | **Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10** } Bromure de Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

71

PILULES BENZOIQUES AU BROMURE DE LITHIUM ROCHER

Essence de juniperus et alcaloïdes du quinquina (quinine, cinchonine, cinchonidine).

Succès sans précédent contre diathèse urique et phosphatique, maladies des reins et de la vessie, catarrhe, cystite, prostatite, néphrite, gravelle, goutte, rhumatismes, névroses du col de la vessie, etc. 5 centigr. de chaque produit par pilule.

Fl. : 5f. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

78

LE SALICYLATE DE LITHINE

SUPÉRIEUR A TOUS LES REMÈDES CONNUS

contre **la goutte et le rhumatisme articulaire chronique** dans ses périodes avancées, lorsque les jointures sont *déformées, gonflées, ankylosées.*

(Académie de médec., séance du 8 déc. 1885.)

Le *Salicylate de lithine*, soluble dans l'eau, a une saveur agréable. En prendre 4 à 5 gr. par jour.

(Boîtes, prises dosées à 50 centigr., 5 francs.)

Exiger marque *Schlumberger et Cerckel*, 26, rue Bergère, Paris.

Préparé par A. CHEVRIER, pharmacien de première classe, rue Faubg-Montmartre, 21, Paris.

12

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE DEFRESNE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux.

ADOPTÉE OFFICIELLEMENT PAR LA MARINE.

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote; 0,69 p. 100 Acide phosphorique Fer et bases Alcalino-terreusses, 0,71 p. 100.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour dans eau tiède et salée. — Ration d'entretien : 8 cuillerées à bouche : *5* francs.

POUDRE — CACHETS — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

2, rue des Lombards et toutes pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine**.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.**

97

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

21

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1o En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2o En **Pilules**, à 10 centigr.; 3o En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les *maladies des muqueuses*, des voies respiratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. DOURY, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

52

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

29

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

24

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme, etc., etc.**

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 145. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 14 DÉCEMBRE 1886. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Gastrite ulcéreuse chronique et cancer de l'estomac.

Je voudrais vous parler aujourd'hui du malade du n° 23 de la salle Saint-Charles. Cet homme, maçon, âgé de trente-sept ans, est entré hier matin à l'hôpital pour des troubles digestifs. Il est maigre, pâle, très anémié, sans avoir cependant le facies cachectique ni cette teinte jaune paille caractéristique d'une affection organique de l'estomac, ni œdème des extrémités, ni albumine dans les urines.

C'est depuis dix-huit mois environ qu'il maigrit et qu'il souffre d'une douleur continue, sourde, dans la région épigastrique, limitée en haut par l'appendice xyphoïde et sur les côtés par le rebord des fausses côtes. Cette région est un peu proéminente, un peu rénitente, et présente un certain empâtement diffus. La douleur est constante lorsqu'elle n'est par engourdie par les injections de morphine; elle occupe tout le triangle épigastrique, irradiant vers les fausses côtes. Elle n'est pas exacerbante et n'est pas augmentée par la déglutition ni par l'ingestion des aliments; mais elle est plus aiguë lorsque le malade s'assied dans son lit ou lorsqu'il se lève et prend l'attitude verticale.

Chez lui aussi l'appétit est conservé et s'il ne mange pas, ce n'est pas parce que les aliments augmentent sa douleur, mais parce qu'il a remarqué que moins il mangeait, moins il était sujet à vomir. Cette conservation de l'appétit est un fait important dans le diagnostic différentiel de sa maladie d'estomac d'avec le cancer, où l'apepsie est l'un des meilleurs signes.

C'est ainsi que cette conservation de l'appétit nous a permis, certain jour, à mon maître M. Hardy et à moi, de révoquer en doute le diagnostic de cancer, porté par un autre médecin, chez une femme que nous avons considérée au contraire comme atteinte de gastrite ulcéreuse chronique et que nous suivons depuis trois ans.

L'apepsie domine donc, en général, le cancer de l'estomac, je dis « en général », toute règle ayant ses exceptions.

Notre malade de la salle Saint-Charles n'a pas une gastrite chronique vulgaire, la gastrite chronique ulcéreuse simple de Cruveilhier, mais une certaine variété de gastrite chronique avec *ulcères;* ce sont là deux affections dont la symptomatologie présente des différences notables. C'est ainsi, par exemple, qu'il n'a pas en mangeant l'exquisité de la douleur de la maladie de Cruveilhier; sa douleur n'est pas limitée à la région xyphoïdienne avec retentissement dans la région dorsale, mais elle occupe tout le triangle épigastrique.

De plus, bien souvent la maladie de Cruveilhier ne se révèle pour ainsi dire qu'au dernier moment. C'est ainsi que certain jour un jeune homme de vingt ans, garçon marchand de vin, sans aucun antécédent morbide, ayant bu un verre d'eau en travaillant, est pris immédiatement d'une douleur subite dans le ventre, de vomissements et meurt quelques heures plus tard. A l'autopsie, on trouve un ulcère simple de l'estomac, la gastrite chronique de Cruveilhier, laquelle, jusqu'au dernier moment, avait passé inaperçue.

Notre malade, je le répète, a une tout autre symptomatologie, avec un œdème sous-muqueux, un empâtement de la muqueuse, présentant une grande analogie avec le cancer en nappe de l'estomac. Il digère beaucoup mieux les aliments solides que les aliments liquides, qu'il lui arrive de vomir quelquefois longtemps après leur ingestion, tandis que les solides sont conservés et digérés. A plusieurs reprises et notamment hier, ses vomissements ont présenté une teinte marc de café, comme dans le cancer de l'estomac, due à la matière colorante du sang. Une fois même il a eu, à la suite d'un effort, une véritable hématémèse. Ces vomissements avec leur coloration ne sauraient donc suffire à diagnostiquer un cancer de l'estomac, puisqu'on les rencontre aussi dans la gastrite chronique ulcéreuse. L'âge n'est pas non plus un signe suffisant; je pourrais vous citer certain garçon de vingt-cinq ans qui, quelques mois après une chute dans les fossés des fortifications, était pris de troubles gastriques avec vomissements incoercibles pour lesquels on l'amenait à l'hôpital, où il succombait au bout de quelques heures à un cancer du pylore. D'autre part je pourrais vous citer aussi l'observation d'un vieillard de soixante-trois ans, absolument cachectisé, avec vomissements, hématémèses, etc., que nous avions pris pour un cancéreux, et qui succombait à un ulcère de l'estomac, situé au niveau des artères épiploïques, lequel avait évolué jusque-là silencieusement.

Notre malade, en somme, n'est pas cachectique, et si, d'une part, il laissait quelques présomptions d'un cancer

de l'estomac, d'autre part certains signes de cette affection feraient absolument défaut. Il a toujours été dyspeptique depuis l'âge de dix-huit ans; ses antécédents héréditaires sont nuls.

Un jour il a fait une chute du haut d'un échafaudage, chute dans laquelle l'estomac a porté contre un moellon. Ce n'est pas que je veuille attacher une trop grande importance à ce fait, quoiqu'on doive cependant se soucier toujours un peu du traumatisme dans la gastrite chronique ulcéreuse. D'ailleurs, antérieurement, il souffrait déjà depuis longtemps de l'estomac. Chez lui nous ne trouvons pas non plus trace d'alcoolisme. Mais nous savons quelle malheureuse influence sur la santé a le vinage, l'adultération actuelle des vins; combien, depuis que cette coutume si pernicieuse pour la santé publique a été tolérée, nous voyons de dyspeptiques chez lesquels cette adultération est la seule cause de leur état stomacal.

Est-ce également là l'une des causes de la maladie de notre homme? Toujours est-il qu'il a fait depuis dix-huit ans une gastrite chronique avec formation de tissu conjonctif sous-muqueux abondant. Peut-être, par-dessus le tout, vient-il aussi s'enter quelque affection organique de son estomac, car rien ne prédispose au cancer de cet organe comme la dyspepsie chronique. C'est là un fait d'observation vulgaire. Serait-il donc entré alors dans la période cancéreuse? L'évolution seule des symptômes pourra nous le dire.

En résumé, notre pronostic est forcément des plus réservés. S'il s'agit d'une gastrite chronique, une médication appropriée pourra le soulager assez pour lui permettre de reprendre sa vie ordinaire. S'il s'agit au contraire d'une affection cancéreuse, l'évolution en est fatale.

Aussi nous devons le traiter intensivement, mais sans l'anémier; le traiter par des révulsions sans suppuration (pointes de feu sur la région épigastrique), par des applications d'emplâtre de Vigo; nous devons endormir sa muqueuse par la morphine, non pas en injections, mais portée directement par la voie buccale dans l'estomac, sous la forme de gouttes blanches; nous y ajouterons l'iodoforme, divisé en pilules de 1 centigramme, qui a le triple effet calmant, antiseptique et cicatrisant.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Indications de la castration utérine et de la castration ovarienne.

Le nom de castration, chez la femme, est habituellement réservé à l'ablation totale des ovaires et des trompes. C'est à dessein que nous employons également ce nom pour désigner l'ablation de l'utérus, attendu qu'elle produit des résultats analogues, souvent même plus complets, au point de vue de la guérison d'un certain nombre de maladies de ces divers organes.

Les succès que les chirurgiens ont obtenus, depuis longues années déjà, dans l'ablation des grandes tumeurs de l'utérus et de ses annexes, les ont portés à pratiquer couramment l'ablation de ces organes, lors même qu'ils n'étaient que le siège de petites tumeurs, d'anomalies, de déplacements ou de simples névralgies. A coup sûr, une pareille conduite aurait été jugée sévèrement à l'époque où ces opérations étaient considérées comme dangereuses. Aujourd'hui il n'en est plus de même. Après avoir démontré, pour notre compte, comme tant d'autres chirurgiens expérimentés, que ces opérations sont peu dangereuses lorsqu'elles sont appliquées pour des tumeurs de quelque importance, nous serions plutôt disposés à craindre qu'elles soient faites trop facilement pour des affections qui sont susceptibles de céder à un traitement médical ou à de simples moyens mécaniques. Que dire, par exemple, de ceux qui, pour des névralgies utéro-ovariennes que les médecins guériraient facilement, n'hésitent pas à pratiquer la castration utérine ou ovarienne? Que dire de ceux qui, sous le prétexte qu'il est peu dangereux d'enlever l'utérus, n'hésitent pas à le faire pour des prolapsus, dont un pessaire suffirait à corriger les inconvénients? Nous pensons que les chirurgiens devront se garder d'entrer dans cette voie. Il n'en est pas moins vrai cependant qu'en dehors des grandes tumeurs qui nécessitent l'ablation de l'utérus ou de ses annexes, il y a une série d'affections, dont ces organes sont le siège, et qui sont justiciables de cette opération. C'est aujourd'hui le point sur lequel nous voulons insister.

Il semble, au premier abord, qu'il soit toujours facile de distinguer les affections de l'utérus de celles de ses annexes; il en est ainsi pour peu qu'il s'agisse de tumeurs ayant un certain volume. Mais, même dans ce cas, que de difficultés ne voit-on pas surgir dans la pratique? Tantôt c'est une tumeur solide que l'on croit avoir pris naissance dans l'utérus, tandis qu'en réalité elle siège dans les ligaments larges, dans l'ovaire ou dans les trompes, et ce sont les adhérences qui se sont établies progressivement qui induisent en erreur. Il en est de même, à plus forte raison, pour un certain nombre de tumeurs liquides, dont les limites et la consistance sont moins nettes; or s'il en est ainsi pour celles de moyen volume, on conçoit que l'erreur sera bien plus facile à commettre lorsqu'il s'agira de tumeurs de petit volume, en particulier de celles qui sont dues à un état inflammatoire chronique, parfois même simplement névralgique; il ne faut pas croire que de pareilles difficultés n'existent que pour des chirurgiens peu exercés. Ceux mêmes qui ont le plus d'expérience savent à l'avance que maintes fois ils se trouveront aux prises avec de semblables difficultés et qu'ils devront en tenir le plus grand compte pour régler leur ligne de conduite.

S'il était facile, en effet, dans tous les cas, d'être assuré que c'est dans l'utérus et non dans ses annexes que siège la maladie qui nécessitera l'intervention du chirurgien, on conçoit qu'il n'y aurait jamais de doute dans son esprit et que, de propos délibéré, il enlèverait l'un ou l'autre de ces organes, celui qui est atteint. Il n'aurait donc plus qu'à discuter le meilleur mode opératoire pour y parvenir. Savoir, par exemple, si la voie vaginale ou la voie abdominale sera la plus sûre pour enlever une tumeur de l'ovaire, des trompes, du ligament large, et aborder, sans crainte, par la voie vaginale, l'utérus quand il est seul et sûrement le siège d'une tumeur dont le volume n'est pas excessif. Mais, dans les cas douteux, que faire? A coup sûr, pour ce qui concerne le plus grand nombre des maladies qui siègent dans les annexes de l'utérus, la voie abdominale est préférable; la gastrotomie hypogastrique faite aussi largement qu'il convient, permet, en effet, presque sans danger, de voir l'état de ces organes, de bien explorer les régions voisines, en particulier le fond du bassin, et d'exciser avec précision les points malades. Pour tous ces motifs, la voie vaginale sera donc rarement préférée toutes les fois qu'il y a une

tumeur manifeste dans les annexes de l'utérus. Elle conviendra cependant à celles qui sont bénignes, petites, bien circonscrites, liquides, suppurées, tuberculeuses ou non, qui feront au fond du vagin une saillie prononcée.

Quant à celles qui ont pour point de départ l'utérus, toutes les fois qu'elles seront bien limitées, faciles à reconnaître, petites, il faudra les extraire, avec ou sans l'utérus, par la voie vaginale.

Mais quelle conduite le chirurgien devra-t-il tenir quand il se trouvera en présence de ces états morbides décrits sous le nom de névralgies utéro-ovariennes idiopathiques, qui ont résisté à tous les moyens médicaux? Faudra-t-il, comme tant de chirurgiens l'ont proposé surtout à l'étranger, pratiquer la castration ovarienne? Sera-t-il préférable de pratiquer la castration utérine seule?

Chez quelques malades dont nous avons publié les observations dans ces dernières années, après avoir enlevé les deux ovaires et les deux trompes qui toujours étaient malades, nous avons été obligé ensuite d'enlever l'utérus lui-même, et la guérison des douleurs n'a pu être obtenue qu'à ce prix, bien qu'il soit beaucoup moins altéré, comme s'il eût été un centre d'où partaient des actions réflexes indépendantes de ceux qui siègent dans ses annexes. A plusieurs reprises nous avons suivi une méthode inverse, et chez des malades qui avaient des douleurs semblables nous avons enlevé l'utérus et laissé ses annexes : dans ce cas les résultats immédiats et consécutifs nous ont paru préférables, comme si cet organe enlevé, ses annexes tendaient à s'atrophier.

Mais en raison des difficultés du diagnostic dont nous parlions tout à l'heure, il ne faudrait pas se hâter de croire que, chez des malades qui ont pendant des années des douleurs intolérables, qu'aucun traitement médical ne peut amoindrir, il suffira d'enlever l'utérus pour les faire disparaître; dès l'instant où le toucher vaginal combiné au toucher rectal et au palper hypogastrique ne permettent pas de reconnaître de tumeurs dans ses annexes, il peut arriver, en pareil cas, que l'utérus enlevé permette au doigt introduit ensuite par le fond du vagin de reconnaître une tumeur ayant pris naissance dans ses annexes et qui avait passé inaperçue parce qu'elle était petite et qu'elle avait contracté des adhérences avec un des points inaccessibles de la face interne du bassin. Nous avons trouvé dans des cas analogues de petites tumeurs solides et surtout des tumeurs liquides, en particulier des kystes sanguins, purulents, fœtaux. En pareil cas le chirurgien ne doit pas hésiter à faire disparaître le corps du délit, soit par la voie vaginale, si cela est possible, soit en faisant, séance tenante, la gastrotomie abdominale, si cette voie est indispensable pour aborder comme il convient la tumeur. Mieux vaut, en effet, faire cette double opération en une seule séance si le chirurgien est exercé, sinon il vaudra peut-être mieux qu'il la fasse en deux séances.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que ces sortes d'opérations, en supposant qu'elles soient suivies d'un succès immédiat puissent être faites sans prendre les plus grandes précautions; quand on agit par la voie vaginale en particulier, il ne suffit pas d'éviter la contusion ou la blessure de la vessie ou du rectum qui exposerait à des fistules fâcheuses, il faut éviter avec soin d'irriter inutilement les uretères sous peine de voir ces organes s'enflammer et propager l'inflammation aux reins et entretenir des néphrites qui sont, à leur tour, douloureuses et rebelles.

En résumé, de ce que nous venons de dire, il résulte : 1° que s'il est difficile chez un certain nombre de malades affectées de grandes tumeurs de l'utérus et de ses annexes, de reconnaître à l'avance leur siège et leurs rapports avec ces organes et avec les organes voisins, il l'est souvent aussi pour les petites tumeurs; parfois même ces dernières sont méconnues alors qu'elles sont le point de départ de douleurs rebelles à tout traitement médical; 2° que l'ablation des tumeurs des annexes de l'utérus exige presque toujours de préférence la castration de ces organes pratiquée par la voie hypogastrique; 3° que la castration de l'utérus seul lorsqu'il est le siège de petites tumeurs, doit toujours être faite par la voie vaginale; 4° que pour les névralgies dites utéro-ovariennes la castration de l'utérus donne habituellement les résultats meilleurs que la castration de ses annexes; 5° que le chirurgien ne doit pas se hâter de conclure de ce qu'il ne trouve aucune tumeur reconnaissable dans cet organe ou dans ses annexes qu'il n'en existe pas à coup sûr, attendu que la voie nouvelle qui lui est ouverte par l'ablation de l'utérus lui permettra souvent alors de reconnaître une tumeur qui auparavant passait inaperçue; 6° que dans ce cas s'il est difficile d'enlever la tumeur par le fond du vagin, il ne doit pas hésiter à l'enlever séance tenante par la voie hypogastrique.

On trouvera à l'appui de ces assertions, dans nos statistiques, des faits nombreux qu'il serait trop long de reproduire ici.

TRANSPLANTATION DE PEAU DE GRENOUILLE

SUR UNE PLAIE BOURGEONNANTE DE BRULURE.

Par M. le docteur DUBOUSQUET-LABORDERIE.

Paul Bert, un des premiers, avait émis l'idée que la greffe animale pourrait rendre de grands services à la physiologie et à la médecine opératoire, mais on ne croyait pas au succès de transplantations entre animaux d'espèces éloignées, bien que M. Brown-Séquard ait cité des exemples de ce genre et qu'il y ait eu des succès à l'étranger. Au courant de ces faits et médecin d'usines, je m'étais bien promis de faire des essais dans cette voie de chirurgie réparatrice, tout en n'y ayant qu'une médiocre confiance.

Le 12 mai dernier, j'étais appelé auprès du jeune B..., âgé de vingt ans, qui venait de se brûler le pied avec de la fonte en fusion ayant coulé, circonstance plus aggravante, entre son soulier et le pied. Il présente deux grandes brûlures participant à la fois des troisième et quatrième degrés. La douleur, excessivement vive au moment de l'accident, est nulle au moment de ma visite et je puis exercer des pressions assez fortes sans déterminer de douleur, ce qui prouve bien que le corps muqueux est détruit. Jusqu'au 20 juin, les plaies ne font aucun progrès, elles sont couvertes de beaux bourgeons charnus, mais ne présentent aucune tendance vers la cicatrisation et mesurent, l'une, qui s'étend de la naissance des trois derniers orteils jusque sur le dos du pied, 9 *cent. de long sur* 4 *de large*, et l'autre, qui s'étend de la naissance du gros orteil jusque sur la plante du pied, 11 *cent.* 1/2 *de long sur* 6 *de large*. Pour avoir un terme de comparaison, quatre greffes prises sur le jeune homme sont posées sur le dos du pied, et quatre lambeaux de peau de grenouille, larges comme l'ongle du pouce, sont mis sur la plus grande plaie, celle de la plante du pied.

Le 21 juin, vingt-quatre heures après, le pansement est enlevé, et malgré bien des précautions, une greffe humaine et un des lambeaux de grenouille restent dans le pansement. Toutes les autres greffes sont adhérentes, bien qu'en les touchant avec la pointe d'une épingle on puisse encore les mobiliser.

Jusqu'au 30 juin, les lambeaux de peau de grenouille ont conservé leur couleur, mais à partir de ce jour elles perdent leur pig-

mentation pour prendre absolument la même couleur que celle des greffes humaines.

Dès les premiers jours il faut prêter une très grande attention pour voir la coloration des pellicules de grenouille, le fond rouge de la plaie faisant transparent et masquant la coloration de la mince membrane qui ne fait pas plus de volume entre les doigts qu'un papier à cigarette mouillé. Si on ne regarde pas bien et de très près, on peut croire que les fragiles lambeanx ont été enlevés.

Le 10 juillet, la grande plaie est réduite de plus d'un quart, tandis que l'autre a fait moins de progrès.

A partir de cette époque, la cicatrisation a été si rapide, qu'on pouvait en suivre les progrès chaque jour, et le 20 juillet la grande plaie est entièrement cicatrisée; sur l'autre plaie, il reste encore environ 1 centimètre dénudé.

La cicatrice obtenue avec les lambeaux de peau de grenouille est molle, élastique, souple, indolore; l'autre est un peu plus tendue, plus dure, légèrement douloureuse. Quelques jours après, le jeune homme reprenait son travail sans exprimer la moindre gêne.

Le 15 septembre, le jeune homme a été mené au laboratoire de la clinique médicale de la Charité, où M. Gaucher, directeur du laboratoire, l'a examiné au point de vue du fonctionnement de la peau. Le papier à photographie ne donne aucune trace de sueur sur les cicatrices où il n'y a pas non plus de poils.

J'attribue le résultat de ma tentative aux nombreuses et minutieuses précautions antiseptiques que j'ai prises, outre les conditions de terrain fort difficiles à préciser. Il faut d'abord que la plaie soit bien bourgeonnante, il faut éviter tout écoulement de sang ainsi que la suppuration, ce qu'on ne peut obtenir qu'avec des pansements rigoureusement antiseptiques et faits avec le plus grand soin. Dans son cas, il n'y a pas de suppuration. Immobilité complète pendant quarante-huit heures au moins, tant que l'adhérence n'est pas parfaite. Du reste j'ai eu affaire à un garçon très courageux et très docile, ce qui entre pour une grande part dans son succès opératoire. Quant au manuel opératoire, voici comment il a été procédé :

Lavage de la plaie à la solution phéniquée forte; nettoyage au coton hydrophile pour la déterger entièrement; application rapide des lambeaux préalablement lavés deux ou trois fois dans la solution faible. Pour éviter d'enlever ces fragiles lambeaux en défaisant le premier pansement, on les recouvre avec une triple rondelle de papier buvard d'un diamètre moindre que celui du lambeau, afin que le lambeau restant visible au moins à sa périphérie, on puisse y exercer une légère compression quand on enlève les bandelettes contentives de diachylon. Les rondelles sont graissées avec de la vaseline phéniquée, et les bandelettes de diachylon sont réduites à la largeur la moins grande possible pour que leur contact avec la plaie ne détermine pas de suppuration; ces bandelettes doivent exercer une constriction assez forte sur les rondelles de buvard et les lambeaux. Le tout est recouvert d'un pansement de Lister sur lequel on fait encore une légère compression avec de la ouate et des bandes. La compression exercée par les bandelettes de diachylon et le pansement ont ici deux avantages : 1° celui de mieux faire adhérer les greffes; 2° celui d'amener une anémie relative, favorable, de la surface de la plaie, M. Marey ayant démontré que les bords des plaies, légèrement tiraillés et comprimés, cicatrisent plus vite. Je préfère le pansement phéniqué parce que Reverdin avait eu surtout à s'en louer, et que c'est un des pansements qui suppriment ou diminuent le mieux la suppuration. Il est nécessaire que pendant cinq ou six jours les pansements soient faits par la même personne.

Toutes ces conditions de succès peuvent se résumer en quelques lignes :

1° Plaie bourgeonnante.

2° Éviter de faire saigner, la coagulation du sang empêchant le contact immédiat entre les cellules de la greffe et celles des bourgeons charnus.

Éviter la suppuration qui entraînerait avec elle les minces pellicules de grenouilles.

3° Docilité et immobilité complètes du sujet pendant les trois ou quatre premiers jours.

4° Faire soi-même les pansements et apporter le plus grand soin au premier pansement, *qui est le plus important et qui doit être compressif*.

En terminant, je ferai remarquer que le succès me paraît très problématique pour les plaies atones, comme les ulcères de jambe, tout au moins avant de les avoir profondément modifiées. Dernièrement j'ai fait une tentative sans résultat sur un vaste ulcère variqueux, modifié cependant avec l'iodoforme et l'acide phénique.

Je citerai un dernier fait qui m'a paru intéressant au point de vue physiologique : la greffe humaine enlevée, en défaisant le premier pansement, avait laissé sur le fond rouge de la plaie un petit point de couleur cendrée qui s'est développé et a fourni un îlot avec prolongements comme les trois autres greffes, ce qui tendrait à faire supposer que la couche de Malpighi fait à elle seule les frais de réparation, les éléments vivants ou jeunes cellules de cette couche agissant par leur présence pour déterminer la transformation des cellules embryonnaires en cellules épidermiques. Il y a très probablement là un fait de simple contact.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1886. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Épanchement pleural survenu à la suite d'une grippe intense. — M. ROQUES, après avoir rappelé les rapports qui existent entre la grippe et les affections intra-thoraciques, en particulier la pleurésie, communique l'observation suivante :

Une enfant de neuf ans et demi, née de parents non rhumatisants, n'ayant jamais eu elle-même de rhumatisme, est prise, après un refroidissement, de céphalée intense, d'otalgie, de rachialgie, de vomissements répétés, de prostration; la langue est saburrale, il y a une complète inappétence, le ventre est ballonné et douloureux, constipation, urines rares, respiration accélérée, pouls 120, température 40°,3. Rien dans la poitrine. Cet état dure deux jours, puis il se produit une légère amélioration qui s'accentue les deux jours suivants; le pouls tombe à 85; la température à 37°,4. En même temps la percussion thoracique révèle une matité absolue dans le tiers supérieur du côté droit, et l'auscultation un souffle œgophonique. Deux jours après, tout avait disparu.

Cette observation est un exemple de grippe avec prédominance de phénomènes nerveux, inquiétants, pouvant faire croire à des lésions cérébrales graves. Cette malade était donc atteinte depuis huit jours d'une grippe intense avec accidents cérébraux graves. Le huitième jour, les symptômes nerveux s'amendent et dès le lendemain on constate un épanchement pleural notable avec un état général très satisfaisant; vingt-quatre heures après, l'épanchement a disparu et tout est rentré dans l'ordre.

Un épanchement à évolution aussi rapide ne saurait être rattaché à une pleurésie franche ordinaire, à un travail phlegmasique qui demande un certain temps pour parcourir ses trois phases. D'un autre coté on sait que les localisations de la grippe sont superficielles, fugaces, fluxionnaires. De véritables fluxions se développent ainsi dans le poumon. Ne pourrait-il pas exister une fluxion pleurale de même origine capable de produire un épanchement à évolution aussi rapide? M. Roques en cite d'autres exemples.

Donc, dit-il, un épanchement pleural à évolution rapide peut se développer à la période terminale de la grippe, au moment de la défervescence et présenter les caractères d'un phénomène critique. Les malades dont M. Roques vient de citer les observations n'étaient nullement rhumatisants; ils n'ont présenté ni affection cardiaque, ni albuminurie. Pourquoi ne pas admettre une hyper-

émie, une fluxion de cette séreuse se traduisant par une sor sueur pleurale.

Existe-t-il une forme curable de cirrhose alcoolique du foie? — **M. TROISIER** a déjà posé cette question devant la Société. De la discussion qui a suivi sa communication, il ressort ce fait que l'ascite peut disparaître dans le cours de la cirrhose du foie. Même la cirrhose atrophique peut évoluer sans qu'il y ait jamais d'ascite. Aujourd'hui M. Troisier va plus loin ; il se demande s'il n'existe pas une forme anatomique particulière de cirrhose alcoolique n'aboutissant pas nécessairement à l'état granulé du foie et permettant d'espérer la guérison dans quelques cas. Voici le nouveau fait, bien singulier, que M. Troisier soumet à la Société, en présentant le malade, un homme de soixante-huit ans, qui offre actuellement toutes les apparences de la santé. Or M. le docteur Séailles a pratiqué sur cet homme, du 28 janvier au 5 novembre 1885, dix-huit ponctions qui ont donné issue à 165 litres de liquide. La sérosité était chaque fois limpide, légèrement citrine. M. Séailles avait porté le diagnostic de cirrhose du foie.

Voici d'ailleurs le résumé de l'observation : cet homme a cessé son travail le 24 décembre 1884; depuis un mois il avait peu d'appétit et digérait mal; bientôt le ventre augmenta de volume, les jambes s'œdématièrent. L'ascite s'accrut rapidement, et au bout d'un mois la première ponction donnait 10 litres de liquide. La reproduction du liquide ne tarda pas à se faire et l'on dut ainsi pratiquer de nouvelles ponctions tous les quinze ou vingt jours. M. Séailles a pu constater que le foie débordait les fausses côtes de 4 à 5 centimètres. Chaque ponction amenait du soulagement mais l'amaigrissement et l'état cachectique s'accentuaient de plus en plus, et l'on voyait le malade dépérir de jour en jour. Après la dix-huitième ponction, le liquide se reproduisit, et l'on était sur le point d'en faire une dix-neuvième quand l'urine, qui était rare, épaisse et rouge, devint claire et abondante. Cette diurèse dura plusieurs jours. En même temps le ventre diminuait de volume et l'épanchement ascitique se résorbait en grande partie. Le malade reprenait des forces, augmentait de poids et recouvrait la santé. Depuis septembre dernier il se considère comme absolument guéri. Il présente en effet toutes les apparences de bonne santé. Le foie est resté un peu volumineux.

Il faut noter que cet homme n'avait jamais été malade antérieurement. Depuis la guerre il avait pris des habitudes alcooliques. Au moment du début de sa maladie, il ne présentait aucun des symptômes de l'alcoolisme.

Ainsi voilà une affection qui a évolué comme une cirrhose du foie et qui paraît aujourd'hui guérie. Comment interpréter ce fait? S'agit-il d'une lésion du foie? M. Troisier le croit sans pouvoir l'affirmer. Est-ce une lésion interstitielle, une lésion parenchymateuse? C'est ce qu'on ne peut décider. On ne peut invoquer ici la syphilis.

M. BUCQUOY dit que tous les médecins ont constaté des cas de guérison spontanée de cirrhose. Il a lui-même rencontré plusieurs cas où cette guérison s'est maintenue pendant plusieurs années. Il cite un cas dans lequel il y avait une ascite si considérable que le malade semblait près de succomber; six semaines après il était complètement vidé et tout à fait guéri. M. Bucquoy a eu, dans sa clientèle, un autre cas analogue. Ces deux malades étaient des alcooliques renforcés.

Cancer du foie. — **M. MOUTARD-MARTIN** présente des pièces provenant d'un jeune homme de dix-huit ans. Plusieurs médecins avaient diagnostiqué un épanchement suppuré du foie ou dans le voisinage du foie. Trois ponctions furent pratiquées et ne donnèrent que du sang. Il tomba dans un état cachectique et succomba. Comme antécédent, alcoolisme et masturbation. A l'autopsie on trouva un cancer des ganglions pelviens et du testicule. Le cancer encéphaloïde avait envahi tout le foie. Ce fait est intéressant en raison de l'âge du malade et de l'altération secondaire du foie.

Péritonite tuberculeuse prise pour un kyste du foie. — **M. CADET DE GASSICOURT** communique une observation de tuberculose pulmonaire avec épanchement tuberculeux du foie pris pour un kyste hydatique suppuré. Il s'agit d'un garçon de treize ans qui s'était enfui de la maison paternelle et qui erra presque sans manger pendant six semaines. Il entra à l'hôpital avec des signes de scrofule et de broncho-pneumonie tuberculeuse. Bientôt une congestion nouvelle se fit à la base du poumon droit.

Après plusieurs examens successifs, M. Cadet de Gassicourt crut reconnaître l'existence d'une poche suppurée hépatique. Il fit une ponction qui donna issue à 200 grammes de pus sans bacilles. Il s'arrêta donc au diagnostic d'abcès scrofuleux du foie. Deux autres ponctions furent faites dont la dernière fut suivie de l'application d'un tube à drainage et de lavages phéniqués. L'écoulement du pus persista. La fièvre s'alluma ; on procéda à une opération radicale ; M. Lannelongue ouvrit la poche avec le thermocautère. On reconnut alors que la poche siégeait dans l'épiploon sus-hépatique. L'enfant guérit assez rapidement. C'est bien là un exemple de guérison de deux manifestations graves de la tuberculose, broncho-pneumonie et péritonite.

Ces guérisons ne seraient-elles que temporaires qu'elles seraient encore encourageantes pour le médecin.

PRÉSENTATION

M. MILLARD présente de la part de M. Lalesque (d'Arcachon) une brochure sur cette station. Il s'attache à démontrer qu'il n'y a pas d'impaludisme.

A 4 h. 3/4 la Société procède aux mutations dans les hôpitaux. (Voir aux nouvelles.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 décembre 1886. — Présidence de M. Gréhant.

COMMUNICATIONS

Thérapeutique des fièvres. — **M. ALBERT ROBIN** continue l'exposé de ses recherches sur ce sujet. Pour la fièvre typhoïde, en particulier, il résulte de ces recherches qu'il faut recourir aux médicaments qui augmentent les oxydations, tels que l'oxygène, les bains froids, les révulsifs cutanés, le chlorate de potasse, les iodates et les bromates, et qu'il faut, au contraire, éviter ceux qui les diminuent, tels que le sulfate de quinine, l'antipyrine.

Le chlorate de potasse, les iodates et les bromates étant toxiques à hautes doses, ne peuvent être employés. Aussi M. Robin propose-t-il de les remplacer par des médications qui favorisent indirectement les oxydations, tels que l'alcool, les boissons abondantes, le lait, etc.

M. DUBOIS demande à M. Robin s'il a constaté que les inhalations d'oxygène augmentent sensiblement la température et les combustions.

M. ROBIN répond qu'il a vu le chiffre d'urée, chez les typhiques, augmenter de 11 p. 100 sous l'influence des inhalations d'oxygène.

M. D'ARSONVAL dit que les résultats obtenus par M. Robin avec les bains froids s'accordent avec les résultats des recherches qu'il a faites lui-même sur la calorimétrie chez les animaux. Il a aussi expérimenté l'oxygène et n'a pas constaté l'augmentation de chaleur chez les animaux.

M. ROBIN est d'accord avec M. d'Arsonval relativement à l'influence nulle de l'oxygène chez les gens sains ou les animaux. Mais il n'en est plus de même chez les typhiques.

Amyotrophie. — **M. ROTH** (de Moscou) fait une communication sur l'examen microscopique des fibres musculaires dans l'amyotrophie. Il résulte de ces recherches qu'un faisceau primitif peut s'atrophier seulement dans une partie de sa longueur. En outre, il arrive d'observer que certaines parties des muscles paraissent hypertrophiées.

Culture du bacille de la tuberculose. — M. NOCARD a fait, avec M. Roux, des recherches sur la technique du microbe de la tuberculose. L'addition de la glycérine au milieu de culture active singulièrement la végétabilité du microbe de la tuberculose.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 décembre 1886, M. Berthelot (de l'Institut), sénateur, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

— Au moment où nous mettons sous presse, l'Académie des sciences vient de procéder à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 53, majorité 27, M. Sappey a été élu par 33 voix, contre 10 données à M. Ranvier, 8 à M. Dareste et 2 bulletins blancs.

— Par suite du décès de M. le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, de la retraite, pour limite d'âge, de M. le professeur Hardy, médecin de la Charité, de M. le docteur Moutard-Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu, et de la création d'une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Antoine (fondation Moiana), les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain parmi les médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris :

M. Dumontpallier passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; — M. Blachez de Necker à la Charité ; — M. Hutinel de Saint-Antoine à la Pitié ; — M. Troisier de Saint-Antoine à la Pitié ; — M. Hanot de Tenon à Saint-Antoine ; — M. Gingeot de Sainte-Périne à Saint-Antoine ; — M. Robert Moutard-Martin de Tenon à Saint-Antoine ; — M. Tapret du Bureau central à Saint-Antoine ; — M. Dieulafoy de Saint-Antoine à Necker ; — M. Roques de l'hospice des Incurables à Tenon ; — M. Moizard de l'hospice de Bicêtre à Tenon ; — M. Cornil de la Pitié à Laennec ; — M. Legroux de Laennec à Trousseau ; — M. Dejerine du Bureau central à l'hospice de Bicêtre ; — M. A. Gombault du Bureau central à l'hospice des Incurables ; — M. Barth du Bureau central à Sainte-Périne.

— Par décret, en date du 5 décembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bernard, Franceschi, Fouché, Mordagne. Julien, Archambault, Wident, Lesur, Declercq, Magnier, Chevallier, Bidon, Rouiller, Coutray de Pradel et Duriez.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 décembre 1886, la deuxième session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique, en 1886, s'ouvrira le mardi 28 décembre.

La durée de cette session sera de dix jours.

— Par décret, en date du 11 décembre 1886, M. Ambriel, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Richet, professeur de clinique chirurgicale.

M. Reclus, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique chirurgicale.

Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bouchard, professeur de pathologie générale.

M. Troisier, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de pathologie générale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Desart (Paul-Gustave) est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, des fonctions d'aide-préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Behague, démissionnaire.

M. Bulté (Armand-Auguste) est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Derœux, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé, pendant l'année scolaire 1886-1887, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berne, professeur de pathologie externe.

MM. les docteurs Josserand et Leclerc sont nommés, pour deux ans, chefs de clinique médicale, en remplacement de M. Dufourt, dont le temps d'exercice est expiré, et de M. Audry, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Lapeyre est nommé prosecteur, en remplacement de M. Batigue, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Janot et Sturel sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Ruotte et Cardot, démissionnaires.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Thiébault est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Ramakers, appelé à d'autres fonctions.

M. Hanoune est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de préparateur de chimie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Heitz est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Girod, chargé du cours d'histoire naturelle, est nommé professeur d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Janet, agrégé des sciences, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique.

— *École de médecine de Nantes.* — Sont nommés : prosecteur, M. Guibert, en remplacement de M. Colonne, démissionnaire; aides d'anatomie, Voyez, en remplacement de M. Monnier, démissionnaire, et Valentin.

M. Perron est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, eu remplacement de M. Perrouin, démissionnaire.

M. le docteur Touaille de Larabie est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. Audrain, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médiacle.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Thierry est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Bleicher, professeur d'histoire naturelle médicale, est nommé assesseur du directeur à ladite École.

— Sont nommés, pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les pharmaciens de première classe, candidats au diplôme supérieur, dont les noms suivent : MM. Boutron, bourse entière ; François, bourse entière.

M. Moreau, candidat au grade de pharmacien de première classe (première année), est nommé, pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursier près la Faculté de médecine de Lyon, bourse entière.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours de médecine opératoire, le vendredi 17 décembre à huit heures du soir à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves seront exercés aux opérations.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20395

N° 146. — JEUDI 16 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 16 DÉCEMBRE 1886. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Gustave Lagneau a l'érudition courte, nous nous en sommes souvent aperçu. C'est très innocemment que, dans le but de faire l'historique d'une question, il cite, comme l'ayant soulevée, non point celui qui l'a traitée le premier, mais, au hasard, quelqu'un de ceux qui en ont parlé après lui.

Nous sommes persuadé que c'est de bonne foi qu'il attribue à M. Voisin le puissant argument tiré de la belle constitution des paludiers du bourg de Batz, près du Croisic, pour démontrer l'innocuité des mariages consanguins entre gens bien portants d'ailleurs. Il ignore que cet argument avait été, antérieurement, longuement développé par nous, dès 1864, devant le Congrès médical de Lyon, bien que la *Gazette des hôpitaux* et la plupart des journaux d'alors en aient parlé, bien que le résumé de notre discours sur ce sujet ait été publié dans les actes de ce Congrès (1). Voici un extrait de ce résumé, très sommaire :

« Sur la côte de Bretagne, près du Croisic, il existe une population qui se livre exclusivement à l'exploitation des marais salants ; cette population ne s'unit jamais à celle de la côte voisine. Les paludiers ne se croient même pas d'origine bretonne, ils se figurent être Saxons. Leur langue, très différente de celle des côtes voisines, se rapproche beaucoup plus de l'idiome parlé à l'extrémité du Finistère ; et il paraîtrait, en effet, d'après d'anciens titres, qu'ils ont été transportés de là sur les marais qu'ils exploitent. Ils se marient toujours entre eux, et le plus souvent le jeune homme cherche sa future au plus près, dans le même hameau, et s'il est possible, dans la même famille. En effet, toujours occupés à la récolte du sel, à l'entretien des étiers, etc., etc., les jeunes gens n'ont guère le temps de songer à l'amour, et lorsque le momemt est venu d'entrer en ménage, ils le font pour être capables de prendre à ferme un marais, où mari, femme, enfants, chacun aura son rôle ; les gains ne sont pas considérables, quatre cents francs au plus pour un ménage qui doit sur cette somme entretenir un cheval. Il est vrai que le cheval est aussi sobre que les maîtres. Eh bien ! toute cette population, issue de mariages consanguins, sans cesse répétés de temps immémorial, est bien la plus belle que j'aie vue.

« Tandis que les affections scrofuleuses sont très communes dans les villes et dans les ports du voisinage, au Croisic, à Guérande, etc., c'est à peine si chez les paludiers des marais salants on rencontre, lorsqu'ils sont très jeunes, quelques traces de lymphatisme. A partir de l'adolescence, ils jouissent en général de la santé la plus florissante, quoique ne buvant jamais de vin, de cidre, de bière ou de liqueurs et se nourrissant exclusivement de pommes de terre et de poissons salés. Ici l'influence des mariages consanguins n'a pas été certainement de créer, mais de maintenir intactes, la vigueur et la beauté exceptionnelles de cette race. »

— Aujourd'hui, disons-le, bien que les résultats du recrutement soient encore des plus favorables, cette population, dont les conditions d'existence ont bien changé, se trouve en pleine décadence.

La culture des marais salants ne se fait plus comme autrefois. On ne voit plus, de tous côtés, des enfants, courant au grand galop sur des chevaux montés à nu, les exciter à la fois du talon et du poing pour porter plus vite, aux navires venus dans ce but au Croisic, le sel recueilli et mis en sac. Il ne vient plus de navires norvégiens pour emporter ce sel. Les mauvaises années ont fait abandonner en partie les salines, et le produit du reste est enlevé sur des voitures, surtout pour des raffineries. L'exercice violent, au grand air, ne contribue plus de la même manière au développement physique pendant l'enfance et l'adolescence. Les jeunes hommes deviennent moins grands, moins beaux, moins forts. D'ailleurs, l'isolement a cessé. Le bourg de Batz est maintenant une station de bains de mer, et, à ce qu'il paraît, la vertu des femmes est loin d'y être une garantie contre le croisement des races. Les auberges, les cabarets, les débits de boisson se multiplient ; les anciennes mœurs se perdent : et déjà c'est à ne plus reconnaître le pays et ses habitants.

Il y aurait donc lieu de les étudier plus que jamais avec persistance, afin de voir comment une race d'élite, créée par certaines conditions de vie, dont l'influence favorable était élevée au summum par les mariages consanguins et par l'isolement absolu, perd peu à peu ses avantages, se détériore et se dégrade quand les croisements interviennent et quand elle change de manière de vivre.

---

(1) Voir p. 451 et suivante le discours de M. Revillout sur la question *consanguinité*.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Lymphosarcome considérable de la région cervicale. II. Chondrome de la parotide.

I. Nous avons opéré, récemment, une tumeur énorme du cou, sur un malade entré depuis quelque temps dans nos salles. Cette tumeur paraissait formée par l'agglomération des ganglions de la région cervicale comprise entre les insertions supérieure et inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, c'est-à-dire depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule et le sternum. Les ganglions sus-claviculaires étaient également enveloppés dans cette énorme masse ganglionnaire.

Ainsi que je vous l'avais dit avant de procéder à l'opération, j'ai mis tous mes soins à ce que celle-ci ne laisse aucune trace visible. En effet, j'ai pratiqué une incision demi-courbe de façon à longer la demi-lune de l'os maxillaire pour que la cicatrice y reste par suite cachée et soit rendue ainsi à peu près invisible sous les favoris. Ce côté plastique de l'opération a parfaitement réussi du reste et la plaie, aujourd'hui cicatrisée, est à peine visible; dans quelque temps on n'en apercevra plus aucune trace.

Donc j'ai fait mon incision ainsi que je viens de vous le dire et, après avoir disséqué mon lambeau cutané, je l'ai renversé sur la face pour aller droit aux vaisseaux, afin de les avoir à découvert devant moi et de pouvoir ainsi les ménager. J'arrive ensuite sur la tumeur, je la sépare du corps thyroïde, je la dissèque autour de la carotide ainsi qu'autour du plexus nerveux, en ayant soin de ménager aussi le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Quelques petits filets nerveux, bien entendu, ont été incisés, mais cela d'abord était inévitable et, de plus, n'avait pas grande importance.

En tous cas, aucun des accidents que nous avions prévus, parce qu'on doit toujours y songer, ne s'est heureusement réalisé ; aucune grosse veine, aucune grosse artère n'a été ouverte pendant le cours de l'opération ; quelques tout petits vaisseaux seulement ont été lésés.

J'avais diagnostiqué, avant l'opération, comme nature possible de la tumeur, un lymphadénome. Ce diagnostic a été en partie confirmé par l'opération, je dis, en partie, parce qu'il n'a pas été tout à fait prouvé par le microscope. La tumeur était bien formée par de nombreux ganglions agglomérés et cimentés par du tissu cellulaire; la tumeur avait un aspect grisâtre ; il s'agissait bien d'une hypertrophie de ces ganglions, et la tumeur ne contenait ni tubercule ni pus. Cependant elle ne nous en a pas moins laissé quelques doutes sur sa nature véritable en raison de la souplesse exagérée du tissu qui la contenait. Voici, d'ailleurs, ce que l'examen au microscope nous a révélé : des cellules à noyaux multiples, rondes, serrées les unes contre les autres, c'est-à-dire les éléments d'un sarcome, d'un lymphosarcome, soit une tumeur un peu plus maligne que nous l'avions pensé, à récidive facile quoique à longue échéance peut-être, d'où un pronostic plus sérieux.

Cependant je crois devoir faire quelques réserves sur les conséquences de l'examen microscopique, par cela que j'ai déjà enlevé des tumeurs de ce genre chez des malades qui ont parfaitement guéri et sont restés guéris sans la moindre récidive.

Chez notre homme, la plaie a été traitée à la fois par des lavages au sublimé et par un pansement à l'extérieur avec l'iodoforme; et aujourd'hui, septième jour, la réunion est obtenue, le malade est hors de danger, sa température est à 37 degrés, il mange bien et pourra sortir, sous peu de jours, complètement guéri.

II. Au n° 2 de notre salle des femmes se trouve une jeune fille de vingt et un ans, dont les antécédents se bornent à une fièvre typhoïde et à une angine.

Il y a six ans elle s'est aperçue, pour la première fois, qu'elle avait derrière l'oreille gauche une petite tumeur et consulta un médecin. Celui-ci, croyant à un ganglion hypertrophié, passa un petit séton à travers la tumeur afin de la faire suppurer et la détruire ainsi sans être obligé d'en arriver à une opération et de laisser, par suite, une cicatrice disgracieuse. Le séton n'ayant eu aucun résultat, il se décida à inciser la tumeur; cette opération ne donna issue qu'à du sang et la plaie se cicatrisa, malgré tous les efforts tentés pour l'empêcher de se fermer.

Depuis lors, la tumeur a continué à se développer peu à peu et, aujourd'hui, elle a acquis le volume d'une grosse noix verte. Elle est située dans le sillon mastoïdien; elle est élastique, simulant un certain degré de fluctuation; elle n'est douloureuse, ni spontanément ni à la pression; elle n'est pas transparente et la peau qui la recouvre est seulement un peu rouge.

A quelle affection ces caractères répondent-ils? A une adénite parotidienne? Non, car elle serait alors caractérisée par des tumeurs multiples, ce qui n'existe pas ici. A un cancer, à une tumeur maligne? Pas davantage, elle n'en a aucun des caractères, et de plus, comme je viens de le dire, elle est élastique et uniformément résistante. S'agirait-il alors de quelque adénome parotidien? Non plus ; notre tumeur n'est pas molle comme elle devrait l'être en pareil cas. Que nous reste-t-il donc comme tumeur à laquelle nous puissions la comparer? Un chondrome? Oui, en effet, nous sommes bien en présence d'un chondrome de la parotide, affection d'ailleurs qui n'est pas rare.

Quelques chirurgiens ont voulu considérer ces tumeurs comme une sorte d'expansion des cartilages de l'oreille. Je n'insiste pas. Et, quoi qu'il en soit, le chondrome est une affection dont l'opération réussit bien et est toujours suivie de guérison. Parfois seulement par suite de la section du nerf facial, qu'il n'est pas toujours possible d'éviter, elle laisse après elle une paralysie partielle de la face.

Chez notre jeune malade le nerf facial semble passer au-dessous de la tumeur, néanmoins nous devons dans la dissection du chondrome aller à sa recherche afin, autant que possible, de ne pas le léser. D'ailleurs, le plus souvent, ces chondromes de la parotide peuvent être opérés par énucléation, ce qui est une meilleure garantie contre toute blessure des vaisseaux et des nerfs. En tous cas, nous ferons notre incision de la peau et des tissus sous-jacents, de façon que la cicatrice de la plaie se trouve cachée dans les plis de la peau derrière la mâchoire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

Énorme kyste hydatique du rein.

Le malade dont je voudrais vous parler — à défaut de la clinique hospitalière qui ne nous présente aujourd'hui rien de bien important — est un malade de la ville que j'ai opéré hier. C'est un homme de trente-huit ou trente-neuf

ans, de bonne apparence quoique un peu pâle et amaigri, qui m'a été adressé il y a quinze jours environ par M. Brouardel pour une tumeur kystique de l'abdomen.

En 1870 ou 1871 il s'est aperçu d'une grosseur dans la région gauche du ventre, grosseur qui n'était pas alors assez considérable pour le préoccuper sérieusement. Et ce n'est qu'en 1874, la tumeur ayant pris un certain accroissement, qu'il consulta M. Péan, lequel pratiqua une ponction. Celle-ci donna issue à 4 litres environ d'un liquide limpide dont tous les caractères lui permirent de diagnostiquer sûrement un kyste hydatique de l'abdomen. Cependant la localisation exacte de la tumeur resta difficile à déterminer.

Quelque temps après le liquide commençait à se reproduire et la tumeur peu à peu augmentait de volume, si bien qu'en 1879, le malade, inquiet de l'intumescence du ventre, consulta de nouveau, et de nouveau aussi fut ponctionné, mais à blanc cette fois; le trocart ne faisant sortir aucun liquide, l'on supposa que la tumeur transformée s'était peu à peu solidifiée. Cet homme resta ainsi pendant quatre nouvelles années, c'est-à-dire jusqu'en 1883, époque à laquelle une troisième ponction fut pratiquée, mais quelques gouttes seulement d'un liquide séro-purulent s'écoulèrent.

Enfin de 1884 jusqu'en ces derniers jours, les choses restèrent à peu près en l'état, si ce n'est que le ventre augmenta considérablement de volume, déterminant, par suite, une gêne plus grande, des troubles digestifs et notamment des vomissements après les repas, une respiration difficile, une certaine faiblesse générale, tous symptômes malgré lesquels cet homme, doué d'un certain courage, put continuer à s'occuper des affaires de sa librairie.

C'est dans ces conditions que M. Brouardel me l'envoya il y a quinze jours, et voici le résultat de l'examen que j'ai pu faire : Homme de bonne apparence, un peu amaigri, pâle, mais nullement cachectique, un peu oppressé. Saillie de toute la région épigastrique et de l'hypochondre gauche, produite par une tumeur bombée, hémisphérique ; fausses-côtes soulevées du côté gauche, distancées de la région lombaire du même côté ; déjettement en avant de l'appendice xyphoïde. Lorsqu'on palpe la tumeur par la partie supérieure, on la sent s'enfoncer sous les fausses-côtes et l'appendice xyphoïde, tandis qu'en bas elle est facile à délimiter jusqu'au niveau de l'ombilic et que latéralement elle dépasse, à droite, la ligne médiane d'un travers de main environ ; enfin, à gauche, descendant un peu plus bas, elle va se perdre dans la région lombaire.

Percussion. — Sonorité intestinale normale au-dessous de la tumeur ainsi que dans le flanc gauche ; du côté du foie la percussion montre que cet organe occupe sa situation ordinaire, qu'il n'est ni remonté ni plus volumineux que d'habitude. D'où il nous est permis de conclure vraisemblablement que la tumeur n'a aucun rapport avec l'organe hépathique ou du moins avec son lobe droit. A gauche, la matité remonte jusqu'à deux travers de doigt du mamelon. Enfin la fluctuation est très nette dans toute l'étendue de la tumeur.

En résumé, le diagnostic était facile ; d'ailleurs une ponction antérieure l'avait déjà établi ; la seule question difficile était de déterminer le siège précis de la tumeur.

Tout d'abord la zone de sonorité existant entre le foie et la tumeur, la situation de celle-ci à gauche et la conservation du volume de l'organe hépatique nous permettaient d'exclure le foie. Fallait-il songer à la rate ? L'évolution de la tumeur n'était pas celle des tumeurs de cet organe qui se développent surtout vers l'hypochondre et la fosse iliaque gauche, beaucoup plus que vers l'épigastre, et, de plus, nous ne constations aucun phénomène de compression de la veine-porte, aucune ascite.

Je n'ai pas songé au rein, je l'avoue, en raison du siège de la tumeur, et surtout de l'absence de troubles urinaires depuis le début de la maladie. De sorte, qu'en somme, j'en arrivai au diagnostic de kyste hydatique développé en plein dans la cavité péritonéale, diagnostic qui me fut incité aussi par le souvenir d'une observation analogue de kyste intra-péritonéal et qui fut complètement vérifié par l'opération.

Bref, le diagnostic fixé, l'opération à pratiquer était la laparotomie, ainsi que M. Brouardel en avait émis aussi l'avis ; le malade d'ailleurs désirait vivement être opéré. Elle a été pratiquée hier. Bien que la tumeur eût surtout son siège à gauche, elle faisait un relief assez considérable au milieu de l'abdomen et même un peu du côté droit pour que je fisse la laparotomie médiane. Je pratiquai donc une incision, couche par couche, sur la ligne médiane, incision étendue de l'appendice xyphoïde à l'ombilic ; j'ouvris ensuite le péritoine, et alors m'apparut une tumeur énorme, libre, d'un aspect blanc nacré ; ceci était déjà une première surprise, mais lorsque avec la main je cherchai à isoler la tumeur, je pus la circonscrire aisément en haut sur les parties latérales droite et gauche sans rencontrer d'adhérences avec la paroi abdominale. De plus, elle était recouverte d'un feuillet péritonéal, de sorte que nous avions affaire en réalité à une tumeur rétro-péritonéale. Par contre, à la partie inférieure, à droite et à gauche, elle avait contracté des adhérences très solides avec le péritoine et l'intestin. Aussi fallait-il renoncer à toute énucléation, pour songer seulement à ouvrir la tumeur et à en réséquer la plus grande partie possible après avoir fait adhérer la poche à la paroi abdominale pour en faciliter la suppuration.

Je pratiquai donc immédiatement une première ponction avec un petit trocart, mais je n'obtins qu'un peu de pus, ce que voyant je me servis d'un trocart plus gros, et grâce à l'aspiration il s'écoula 1 litre 1/2 environ de pus, après quoi l'évacuation s'arrêta. J'attirai alors la poche à l'extérieur, et fixant avec soin le kyste à la paroi abdominale, de façon à préserver le plus complètement possible la cavité péritonéale de toute pénétration de liquide, j'ouvris largement la tumeur. Immédiatement un flot de liquide purulent s'échappa avec une quantité innombrable d'hydatides suppurées de toutes dimensions, voire même jusqu'au volume du poing pour quelques-unes. Mais, autre surprise, au cours de mon incision je coupai une portion du tissu d'apparence charnue, musculaire, de teinte violacée, lie de vin comme un muscle fortement congestionné, qui saigna abondamment. Ce n'était autre qu'une portion du tissu rénal, d'où mon diagnostic se trouvait infirmé et remplacé par celui de kyste hydatique du rein gauche. Une fois l'évacuation de la poche terminée, j'en fis le nettoyage complet, après en avoir reséqué la plus grande partie possible, puis pansement : deux tubes de caoutchouc et gaze iodoformée dans la poche ; cellulose au sublimé à la surface et bandage de corps.

En somme l'opération dura environ une heure et demie et ne donna lieu à aucun incident particulier ; le malade qui avait été chloroformé se réveilla parfaitement calme.

J'ai revu le malade : d'abord dans la soirée, il était aussi bien que possible ; ensuite, ce matin à huit heures, la température était à 37 degrés ; la nuit avait été calme, aucun vomissement ne s'était produit, une tout petite hémorrhagie seulement avait eu lieu par le tissu rénal. J'ai refait le pansement superficiel. Notre malade a ainsi actuellement franchi la première étape dangereuse post-opératoire.

En résumé, donc nous avons eu affaire à un de ces kystes hydatiques du rein d'un volume inconnu mais qui s'explique par la date reculée du début (quinze à seize ans). La tumeur s'était développée par la partie supérieure de l'organe rénal dont la substance s'est laissée distendre peu à peu sans cependant en arriver au point d'envelopper complètement celle-ci.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 décembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

Un travail sur les mirobolans, leurs principes actifs et leur action thérapeutique, par M. Pierre Apery, pharmacien à Constantinople.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

La commission présente : en première ligne, M. Nocard ; en deuxième ligne, M. Weber ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Barrier et Raillet ; en quatrième ligne, M. Magnin.

Le nombre des votants étant de 75, majorité 38,

M. Nocard obtient. . . . . 46 suffrages.
M. Magnin . . . . 17 —
M. Weber. . . . . 11 —

En conséquence, M. Nocard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire.

LECTURE

Considérations sur la pathogénie des kystes dits séreux de l'orbite, à propos d'une nouvelle observation. — M. Panas commence par rappeler les trois théories au moyen desquelles on a voulu expliquer la formation des kystes congénitaux de l'orbite :

1° Celle de *l'inclusion embryonnaire*, supposant un germe fœtal inclus dans un autre, comme un parasite ;

2° Celle de *l'hétérotropie plastique*, d'après laquelle des tissus normaux pourraient se former spontanément dans n'importe quelle région du corps ;

3° Celle de *l'enclavement* d'une portion du tégument dans des parties plus profondes de l'embryon, théorie qui tend à dominer et d'après laquelle ces tumeurs ont reçu le nom de *dermoïdes*.

Relativement aux kystes de l'orbite envisagés d'une façon spéciale, M. Panas s'attache à établir :

1° Que ces kystes, sans exception, sont tous d'origine congénitale, alors même qu'on n'en aurait constaté l'existence qu'à un âge plus avancé ;

2° Qu'ils présentent des sièges d'élection en rapport avec les fentes bronchiales de l'embryon ;

3° Que leur contenu (épithélium, poils, dents, graisse solide ou liquide, comme de l'huile d'olive) peut varier sans que leur origine dermique soit douteuse, et cela grâce à la constitution histologique de leur paroi.

Ceci posé, M. Panas arrive à cette conclusion que, sans doute, le derme invaginé est un derme muqueux et non un derme cutané.

Pour preuve, il rapporte une observation toute récente. Une jeune fille de douze ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 10, le 16 novembre 1886, présentait au niveau de la paupière inférieure du côté gauche une saillie arrondie, molle, fluctuante et élastique, que l'on pouvait refouler dans l'orbite mais non réduire.

Lorsqu'on pressait cette tumeur d'avant en arrière à travers la paupière, on voyait saillir *sous le repli semilunaire de la conjonctive*, un kyste transparent du volume d'un gros noyau de cerise : on n'y distinguait aucune tache laiteuse analogue à celle qui caractérise le cysticerque sous-conjonctival. Il y avait un peu de *diplopie croisée inférieure* tenant au refoulement de l'œil par la tumeur.

Le diagnostic de kyste séreux étant posé, le 22 novembre on enlève ce kyste à l'aide d'une incision horizontale le long du rebord orbitaire inférieur.

La tumeur était formée de deux poches : une antérieure, sous-palpébrale, grande, remplie d'un liquide visqueux, brunâtre, et une autre, beaucoup plus petite, à contenu également visqueux, mais transparent. C'était le petit kyste comme enchâtonné sous la membrane semilunaire. Entre eux deux il existait une espèce de masse fibreuse qui adhérait à toute la face inférieure de la tumeur et se prolongeait profondément dans l'orbite, ayant des connexions intimes d'une part avec la sclérotique et d'autre part avec la gaine du muscle petit oblique.

Le contenu du grand kyste, examiné à l'état frais, fut trouvé constitué par un liquide glaireux contenant de gros leucocytes et des hématites altérées.

La tumeur fut alors plongée dans le réactif de Kleinenberg, qui permit d'en faire des coupes histologiques.

On constata ainsi que les deux kystes se trouvaient réunis par un long aqueduc tortueux et irrégulier, de nature glandulaire, autour duquel on trouva notamment des éléments embryo-plastiques, des vaisseaux sanguins, des îlots de cartilages, des amas de vésicules graisseuses et enfin des leucocytes en abondance.

Dans la paroi du petit kyste on trouvait un stroma conjonctif avec des vaisseaux sanguins infiltrés et, séparé de ce stroma par une membrane basale peu prononcée, un revêtement d'épithélium cylindrique.

La composition de la paroi du grand kyste était analogue, sauf que la membrane basale était très nette, et le revêtement épithélial un peu altéré.

Il s'agissait donc ici d'un kyste bilobé, formé d'un tégument membraneux contenant des glandes mucipares acineuses et recouvert d'un épithélium cylindrique.

Le contenu des kystes s'était coagulé en masse par les réactifs à l'instar de l'albumine du sang. La position de ce kyste et de tous les analogues à la partie inféro-interne de la cavité orbitaire, la présence de glandes acineuses semblables à celles de la pituitaire : tout prouve que leur origine est dermo-muqueuse et les rattache à un enclavement de la muqueuse des fosses nasales ou du sinus maxillaire.

D'ailleurs si l'on recherche les faits semblables observés jusqu'ici, on verra que parfois on a observé un épithélium à cils vibratiles comme sur la muqueuse des fosses nasales, parfois seulement un épithélium cylindrique, comme en présente la muqueuse du sac et du canal nasal bien qu'elle soit une dépendance de la muqueuse des fosses nasales.

« Le jour où cette pathogénie des kystes dits séreux de l'orbite sera définitivement acceptée, dit M. Panas, l'obscurité très grande qui plane actuellement sur ce sujet se dissipera, et l'on aura deux classes de kystes orbitaires congénitaux bien définies.

L'une comprenant les kystes *dermoïdes*, c'est-à-dire ceux provenant d'un enclavement du tégument externe.

L'autre, les kystes mucoïdes, reconnaissant pour cause première l'emprisonnement de la muqueuse des voies aériennes dans l'orbite, que ces kystes soient petits ou grands, simples ou non : composés, purs ou transformés, communiquant avec les cavités voisines ou non, arrêtant le globe oculaire dans son évolution, ou

tout cela pourrait ne constituer que des questions de degré et de temps dans le mouvement évolutif des *kystes mucoïdes orbitaires* et rien de plus. »

RAPPORTS

M. PLANCHON, au nom la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources nouvelles. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans observation.

M. LÉON LABBÉ lit un rapport sur une observation, de M. le docteur Dubar (de Lille), intitulée : *Pierre de la vessie et double fistule uréhtro-pénienne, taille hypogastrique, uréthroplastie dans la même séance; résultats.*

M. le rapporteur rappelle les détails de cette double opération, pratiquée sur un enfant de douze ans, et qui réussit pleinement. Il insiste sur l'ingéniosité de M. Dubar, qui mit à profit l'opération même de la taille pour assurer le succès d'une autoplastie uréthrale très étendue. En effet, la taille fut pratiquée à la région hypogastrique ; et les tubes, placés de manière à ne pas appuyer par leur extrémité contre la paroi vésicale, donnèrent plein passage à l'urine, de telle sorte que pas une goutte n'en traversa l'urèthre pendant les dix-sept premiers jours. La verge est redressée, l'urèthre reconstitué, à peine reste-t-il une très petite fistulette qui laisse échapper quelques gouttes d'urine pendant la miction.

« Votre commission, dit en terminant M. Labbé, frappée du remarquable succès obtenu par M. Dubar et pensant que l'opération pratiquée par ce chirurgien constitue un véritable progrès, vous propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De renvoyer son travail au comité de publication;

3° De recommander sa candidature à la commission chargée de présenter les candidats aux places vacantes de correspondants nationaux, division de chirurgie. » (Adopté.)

M. G. LAGNEAU fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Aubert, intitulé : *Étude statistique et médicale sur le recrutement dans le département de la Loire-Inférieure.*

Dans ce département, la population s'accroît légèrement par excédent des naissances sur les décès, mais surtout par immigration vers les villes de Nantes et Saint-Nazaire. Par leur taille peu élevée, par la largeur et la convexité de leur poitrine, par leur brachycéphalie, par la couleur brune de leurs cheveux, la plupart des habitants, les deux tiers au moins, se rattachent à la race celtique, anciennement représentée par les Namnètes au nord de la Loire, par les Pictons au sud de ce fleuve. Par leur taille élevée, leur teint blanc, leur chevelure blonde, d'autres habitants, moins nombreux, principalement du littoral, paraissent descendre des anciens immigrés Germains, Saxons, Nordmanns, qui, de la Germanie septentrionale et de la Scandinavie, vinrent à diverses époques occuper cette région maritime.

Dans ce département, la belle et saine population du bourg de Batz, dont près d'un cinquième des habitants porte le même nom de famille, offre un bel exemple de l'innocuité des mariages consanguins, lorsque la consanguinité est indemne de toute hérédité morbide.

M. Lagneau rappelle à ce sujet que M. Voisin avait signalé, en 1865, la beauté de cette population issue de mariages consanguins.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Épidémies et Hôpitaux.

Par M. Ch. Desmaze.

Nous terminerons notre emprunt aux si intéressantes « Curiosités des anciennes justices d'après leurs registres » par quelques notes sur les épidémies et les hôpitaux.

I

De tout temps, des précautions ont été prises pour signaler et combattre la contagion des épidémies. Un arrêt du Parlement de Paris, du 13 septembre 1533, prescrit que les maisons des pestiférés seront désignées par une croix de bois aux fenêtres et une audessus de la porte. Les malades doivent être indiqués aux dizainiers, qui en préviendront le commissaire du quartier ; les logeurs ne pourront recevoir personne pendant qu'ils auront chez eux un pestiféré. En 1619, on oblige les pestiférés qui n'occupaient pas une maison ancienne à se faire panser dans des hôpitaux spéciaux ; les médecins, les prêtres chargés des pestiférés ne doivent pas se rendre auprès des autres malades; il en est de même des trois prévôts de santé et de leurs archers (1).

Pendant la contagion de 1533 à Paris, on avait nommé dans chaque quartier quatre sergents à verge pour faire enterrer les corps, aérer les maisons, les marquer d'une croix, le tout sous l'inspection des prévôts de la santé. On prescrivait aussi de nettoyer les rues, les maisons, et de purifier l'air par des feux et des aspersions de vinaigre. Une ordonnance du Châtelet de Paris du 18 juillet 1596 enjoint à tous bourgeois, chefs d'hôtel, de fournir du bois deux fois la semaine, le jeudi et le dimanche, en leur dizaine, pour faire du feu matin et soir. Plus sage que le Parlement de Paris, qui faisait pendre dans les vingt-quatre heures ceux qui ne retournaient pas chez eux, le Parlement de Rouen, en 1622, ordonna aux paroisses de garder et nourrir leurs pauvres.

1307. — « Frais kemuns de l'hospital de Saint-Jean en l'Estrée d'Arras, pour IIIXX et XIII cors portés enfouis..... XXI sols XI deniers. Pour les fosses de ces cors, XXXVIII sols III deniers (2). »

7 février 1632. — « Plusieurs notables personnes allèrent vers Jehan de Meulan, quatre-vingt-huitième évesque de Paris, auquel firent entendre la nécessité et misère des pauvres enfants orphelins de père et de mère, gisans en rue, sans aucune retraite, qui périssaient de famine et froidure, et celle des pauvres filles, violées de nuit. Pour à quoi obvier, ledit évesque leur donna permission d'ériger une confrérie, aux fins de bâtir un hôpital (3).

Dès 1198, une bulle d'Innocent III était accordée à l'ordre du Saint-Esprit, qui avait ouvert le tour à Montpellier et à Rome.

1400. — « Le 26 avril, presque tous messeigneurs du Parlement étaient malades de reumes et fièvres tout ensemble, par une pestilence d'air qui a couru, et en la chambre du Parlement est telle tousserie de tous côtés qu'à peine le greffier, qui a été surpris de ladite maladie à huit heures, peut enregistrer au vray. Diex par sa grâce y veuille pourvoir (4). »

1455. — Arrêt du Parlement de Toulouse, ordonnant l'élargissement de prisonnières, en donnant caution, pour cause de la mortalité dans la ville de Toulouse (5).

1455. — Le Parlement va siéger à Lavaur, à cause de la grande mortalité à Toulouse.

7 avril 1456. — « En caresme, Philippe d'Allennes, bailli de Douai et les eschevins assemblés en halle, ont consenti qu'à cause de la mortalité de maladie qui règne dans la vieze tour, les prisonniers que l'on enverra dans cette prison de la ville puissent être menés par Pierre Poulle, bailli du châtelain, dans sa maison, pour qui bon lui sembleroit, et qu'il les tînt là à tels périls et fortunes qu'ils seroient demeurés dans ladite vieze tour (6). »

1456. — Élargissement de prisonniers, sous caution, à cause des ravages de la peste à Toulouse (7).

---

(1) Règlement du 13 septembre 1533. — Arrêt du Parlement du 2 juillet 1561.

(2) Manuscrits, collection Monteil. Comptes des recettes des hôpitaux d'Arras, 1307-1336.

(3) *Antiquités de Paris*, par Jacques du Breuil.

(4) Bibliothèque impériale (manuscrits), 8608.

(5) Archives de la Haute-Garonne. Parlement de Toulouse, B. 1. reg.

(6) Archives de Douai, extrait du cartulaire T, armoire 27.

(7) Archives de la Haute-Garonne, série B. 1.

1464. — « Pouvoir donné par le roy Louis XI à Me Jehan Balue, de pourvoir à tous les bénéfices, hôpitaux et maladreries qui sont à la nomination du roy (1). »

1498. — Arrêt d'interruption des audiences, pour cause de la peste.

1502. — Délibération pour aller à Grenoble, la peste étant à Gaillac (2).

— En présence de la peste, le Parlement recommande aux parties de remettre leurs pièces sur le coffre et de se retirer au plus vite (14 novembre 1502).

— Bientôt, le 30 septembre 1522, il demande au roi de faire cesser ses audiences : « Ce jour, après avoir oy, par serment, quatre médecins, assavoir le Cirier, de Rull, Barilhon et de Gomois, qui ont rapporté que, de leur temps, ils n'ont apparceu, en ceste ville, le dangier et mouvement de peste si grand qu'il est de présent, et qu'il n'y avoit paroisse ne rue où il n'y eust danger, tellement que les assemblées sont fort dangereuses, et leur semble que, pour obvier à un plus grand inconvénient et pour le bien de tout le peuple, il serait expédient de donner vaccations. Aussi oys les curés de Saint-Germain l'Auxerrois, vicaires de Saint-Étienne du Mont de Paris, Saint-Séverin et Saint-Eutace, qui ont relaté les dangiers de la peste en leurs paroisses, a esté délibéré, toutes les chambres assemblées, que les troys présidents du Parlement, appelés deux de ceulx des enquestes, yront devers le roy, estant de présent aux Tournelles, luy remonstrer lesdits inconvénients, et que son plaisir soict permectre que fin soit mis à ce Parlement. »

1505. — Déclaration du Saint-Père, par laquelle des indulgences spéciales sont accordées aux habitants de Paris qui feront des aumônes en argent ou en nature aux malades de l'Hôtel-Dieu.

Cette déclaration est aussi désignée sous le nom de *Grand Pardon de l'Hôtel-Dieu* (3).

1507. — Séance du Parlement à Montauban, à cause de la peste (4).

1521. — Le Parlement de Toulouse se retire à Lavaur, à cause de la peste et commet les officiers qui restent à Toulouse au jugement des criminels de la Conciergerie (5).

12 novembre 1523. — La Cour déclare qu'attendu que la peste est à Bordeaux, elle se rendra en la ville de Libourne et qu'elle y séjournera pour l'expédition des affaires, jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné.

2 mai 1524. — Ordonnancement du compte de déménagement des tapisseries, tableaux et bancs de la Cour, à Libourne, pour y tenir ses audiences (6).

— La Cour, à cause de l'imminence de la peste régnant à Bordeaux, interdit l'entrée de la Cour, sauf aux avocats, procureurs, gens d'Église, gentilshommes et gens de qualité (7).

23 juillet 1528. — « Lettres patentes du roy François Ier, pour authoriser la visite et correction sur les hospitaux et maladreries de France, à exercer par le grand aumosnier du royaume. »

5 juin 1532. — « Le Parlement de Bordeaux, sur le danger de peste survenu en ladite ville, ordonne la visite des boutiques d'apotiquaires par les médecins Gabriel Tivraque et Antoine Prodio (8). »

22 novembre 1535. — « Lettres patentes de François Ier sur la réformation des hospitaux et maladreries de France (9). »

(1) Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 8133.
(2) Parlement de Toulouse. Archives de la Haute-Garonne, B. 11, reg.
(3) Placard in-folio, imprimé en caractères gothiques, en tête duquel sont les armes papales.
(4) Parlement de Toulouse. Archives de la Haute-Garonne, B. 13.
(5) *Ibidem*, B. 19.
(6) Parlement de Bordeaux, B. 17, registre.
(7) *Ibidem*, B. 26, registre.
(8) Bibliothèque impériale (manuscrits), Sérilly, 395.
(9) Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 8133.

9 février 1545. — « La Cour inhibe et défend à tous les habitants de Bordeaux de ne voir ni communiquer avec aucuns malades pestiférés, sans qu'ils aient été vus et visités au préalable par les médecins, sous peine d'être enfermés (1). »

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

30. M. Courémenos. De la naphtaline envisagée particulièrement pour les maladies des voies urinaires. — 31. M. Regent. Contribution à l'étude de la folie à deux, ou de la folie communiquée. — 32. M. Réaucar. Le béribéri à Poulo-Condore. — 33. M. Lancry. Contagion de la diphthérie. — 34. M. D'Oelsnitz. De la pachyvaginalite syphilitique. — 35. M. Pigornet. De l'emploi du salicylate de soude dans l'orchite blennorrhagique. — 36. M. Godet. Intervention chirurgicale dans les carcinomes. — 37. M. Masson. Étiologie de la tuberculose. — 38. M. Bouttier. Étude sur la sclérodermie. — 39. M. Barrault. Contribution à l'étude du rétrécissement sous-aortique. — 40. M. Fauvelle. Formes cliniques de la pneumonie. — 41. M. Gilly. Lymphadénie intestinale. — 42. M. Callamand. Du rôle de l'eau dans la nutrition. — 43. M. Dartayet. Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin. — 44. M. Pigelet. De quelques cas de danse de Saint-Guy et de leur traitement. — 45. M. Noury. Considérations sur le traitement des fractures du membre inférieur, et en particulier des fractures de la cuisse à bord des bâtiments de l'État. — 46. M. Guyard. Du traitement des affections pulmonaires par le gaz sulfo-carboné. — 47. M. Delabarthe. Contribution à l'étude de la période dite latente du rétrécissement blennorrhagique. — 48. M. Couzefeyte. De l'antiseptie dans l'énucléation du globe oculaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 décembre 1886, M. Weber, médecin major de première classe en non-activité pour infirmités temporaires, a été nommé médecin-major de première classe en remplacement de M. Huguet, retraité. — M. Weber a été désigné, par décision ministérielle du même jour, pour le 95e d'infanterie.

— Par décret, en date du 13 décembre 1886, ont été nommés dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Ricard et Depied.

— Sont nommés, pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers près les Facultés de médecine ci-après désignées, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Faculté de Paris. — Elèves ayant quatre inscriptions : MM. de Bourgon, bourse entière; Haury, demi-bourse. — Élèves ayant huit inscriptions : MM. Darricarère, bourse entière; Dumont, demi-bourse; Kortz, bourse entière; Nageotte, bourse entière; Pascaret, demi-bourse. — Élèves ayant douze inscriptions : MM. Delagénière, bourse entière; Sallé, bourse entière. — Élèves ayant seize inscriptions : MM. Champeil, demi-bourse; Chevalier, bourse entière; Hudelo, demi-bourse; Loppé, bourse entière; Le Noir, bourse entière; Poivet, bourse entière; Sérieux, bourse entière; Tissier, bourse entière.

Faculté de Bordeaux. — Élève ayant huit inscriptions : M. Durand, demi-bourse. — Élève ayant douze inscriptions : M. Desmartin, bourse entière. — Élève ayant seize inscriptions : M. Daraignez, bourse entière.

Faculté de Lille. — Élève ayant quatre inscriptions, M. Fromont, demi-bourse. — Élève ayant huit inscriptions, M. Cusset, demi-bourse.

(1) Parlement de Bordeaux, B. 28, registre.

Faculté de Lyon. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Commandeur, bourse entière; Philippe, demi-bourse. — Élèves ayant huit inscriptions : MM. Clair, demi-bourse; Gaudier, demi-bourse. — Élève ayant douze inscriptions : M. Chapotot, bourse entière.

Faculté de Montpellier. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Imbert, bourse entière; Merlat, demi-bourse. — Élève ayant huit inscriptions : M. Ménard, bourse entière.

Faculté de Nancy. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Braun, demi-bourse; Georges, bourse entière. — Élève ayant douze inscriptions : M. Simon, bourse entière.

— Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers, près les Écoles supérieures et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées, les candidats au grade de pharmacien de première classe dont les noms suivent :

École supérieure de pharmacie de Paris. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Saget, bourse entière; Thoury, bourse entière. — Élèves ayant huit inscriptions : MM. Délan, bourse entière; Lefèvre, bourse entière; Martineau, bourse entière; Mouren, bourse entière. — Élève ayant douze inscriptions : M. Bréville, bourse entière.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Duphil, bourse entière. — Élève ayant huit inscriptions : M. Beille, bourse entière. — Élève ayant douze inscriptions : M. Deveaux, bourse entière.

Faculté de médecine de Lille. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Quilliet, bourse entière.

École supérieure de pharmacie de Montpellier. — Élève ayant quatre inscriptions : M. Cros, bourse entière.

École supérieure de pharmacie de Nancy. — Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Daviot, bourse entière; Marcotte, demi-bourse.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20433

N° 147. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1886. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part d[illegible] chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des impulsions locomotrices systématisées.

Dans une des leçons cliniques qu'il faisait, il y a quelques années à l'hôpital Lariboisière, M. Jaccoud entretenait ses élèves de certains désordres de motilité, qu'on avait eu le tort, suivant lui, de rapporter à la chorée, avec laquelle ils ne présentent aucune analogie, et qu'il distinguait en deux groupes, suivant que le phénomène anomal involontaire était constitué par un mouvement d'ensemble, un déplacement, une locomotion du malade, ou simplement par le mouvement régulier et rythmique d'une partie limitée, sans déplacement du corps en totalité. Il a donné au premier groupe, abandonnant la désignation de crampes statiques proposée par Romberg, le nom d' « impulsions locomotrices systématisées ».

Ces désordres de locomotion reviennent par attaques plus ou moins fréquentes ; ils ont lieu, chez le même individu, toujours dans le même sens, mais suivant deux modes différents : chez les uns ils se font en direction rectiligne, le sujet subissant l'impulsion en avant ou en arrière, parfois par côté, à droite ou à gauche ; chez d'autres ils consistent en impulsions saltatoires ou rotatoires. Ce n'est pas seulement sur cette différence symptomatique qu'il a établi la distinction de ces troubles locomoteurs en deux variétés ; c'est sur une considération anatomo-pathologique, les premiers étant toujours liés à des lésions du cerveau, dont on constate d'autres symptômes dans l'intervalle des accès, les secondes étant, dans l'immense majorité des cas, de simples troubles fonctionnels.

Les faits de ce genre sont très rares. M. Jaccoud n'a eu l'occasion d'en observer qu'un seul exemple chez un jeune garçon de Bordeaux, auprès duquel il fut appelé en consultation par MM. M. Gintrac et Denucé.

Les « spasmes rythmiques » (spasmes coordonnés de Romberg), indépendants de toute lésion cérébro-spinale, consistent uniquement, comme nous venons de le dire, en une contraction spasmodique ou rythmique de certains groupes musculaires, sans locomotion, sans déplacement de totalité du corps ; ils sont toujours localisés dans la même région et se reproduisent toujours d'une manière identique chez le même sujet.

Ces spasmes rythmiques s'observent plus fréquemment chez l'enfant ou chez l'adolescent. Ils ne constituent, en général, aucun danger imminent. M. Jaccoud a eu l'occasion, toutefois, d'observer un cas exceptionnel sous ce rapport, et qui lui a paru constituer une variété rare. C'était chez une jeune personne de Pise, auprès de laquelle il fut appelé en consultation par le médecin de la famille, et qui était en proie à des spasmes rythmiques des muscles respiratoires, qui par leur intensité et leur répétition fréquente, menaçaient à la fois la vie de la jeune malade par l'asphyxie et par l'inanition. Une médication des plus énergiques, consistant principalement en pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale, administration de bromure de potassium à doses croissantes, donné aux deux extrémités de la journée, alimentation tonique dans l'intervalle et granules d'acide arsénieux dont le nombre fut graduellement élevé, finit par conjurer d'abord tout danger et amener plus tard une guérison définitive.

C'est un cas de ce genre, qui vient de se présenter tout récemment dans son service, que M. Jaccoud a choisi comme sujet de l'une de ses dernières leçons.

Voici l'histoire de cette malade qui, ainsi qu'on en va juger, ne manque pas d'intérêt.

Spasmes rythmiques.

Une jeune fille de dix-sept ans est entrée à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Jaccoud, pour une affection dont le début remonte au mois de mai de l'année dernière. Cette jeune fille jusqu'alors bien portante, sujette seulement à des épistaxis, ayant éprouvé à cette époque une vive frayeur, fut prise le lendemain de phénomènes nerveux, qui allèrent en empirant et qui la déterminèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle resta jusqu'à la fin d'août, se sentant très améliorée mais non guérie. Les crises nerveuses, que nous allons décrire tout à l'heure, et qu'elle éprouvait journellement lors de son entrée à l'hôpital, étaient beaucoup moins fréquemment répétées et beaucoup plus courtes. Elle remarquait qu'elles ne survenaient qu'à l'occasion de quelque circonstance, telle qu'une impression morale, une peur, une surprise.

Dans le mois de mars dernier, ayant éprouvé un nouveau sentiment de terreur, après avoir été témoin d'une grave querelle entre personnes de son entourage, elle fut immé-

diatement reprise de ces mêmes accidents nerveux avec une intensité croissante, si bien qu'elle se fit admettre quelques jours après à l'hôpital de la Pitié. C'était le 17 mars dernier. Au bout de trois semaines, au plus, son état était redevenu très satisfaisant et elle espérait que tout serait fini en peu de jours, lorsque le 7 avril au matin, ayant éprouvé une frayeur horrible, provoquée par un violent accès de délire d'une de ses voisines de salle, elle perdit dans cette matinée tout le bénéfice de sa cure ; le soir elle était tout aussi malade qu'au moment de son entrée dans le service. Cependant, dans la première quinzaine de mai, elle allait si bien, qu'elle demanda sa sortie se croyant complètement guérie.

Rentrée chez elle, la guérison sembla se maintenir parfaitement pendant quelque temps ; puis plus tard elle eut par moments et à des intervalles éloignés, quelques vestiges de ses anciennes manifestations morbides ; ces accès, d'une durée de quelques heures, ne se reproduisirent guère plus de quatre à cinq fois jusqu'au 15 novembre, et chaque fois, à l'occasion d'influences morales de même ordre. Elle était, à cela près, d'une santé florissante d'ailleurs.

Le 16 novembre, sans cause provocatrice, cette fois, elle fut prise brusquement, au maximum d'intensité, des mêmes symptômes. Le 17 elle entrait à la Pitié dans le service de la clinique ; et le 18 M. Jaccoud la voyait et l'examinait en présence de ses élèves.

Avant d'arriver à la description des symptômes de cette singulière affection, M. Jaccoud nous a d'abord fait remarquer ce qu'elle a présenté de particulier dans sa marche et son évolution.

Voilà une maladie datant de dix-huit mois, uniquement caractérisée par des mouvements involontaires, provoqués par des émotions morales, paraissant guérie à trois reprises, revenant par accès sous les mêmes influences, toujours avec les mêmes symptômes, sans variation aucune, sans que l'état général de la santé en ait paru le moins du monde atteint et ne s'accompagnant d'aucun autre désordre nerveux. C'est bien là le caractère d'une simple névrose de la motilité, avec toute la ténacité des névroses et sans autres causes que l'influence, puissante d'ailleurs, des impressions psychiques sur les phénomènes nerveux. On a pu voir, par les commémoratifs de cette jeune malade, quelle a été, en effet, ici, l'influence des impressions de cette nature sur la production de chacun de ses accès, à l'exception, toutefois, du dernier qui s'est produit sans aucune cause provocatrice, d'une manière toute spontanée en quelque sorte, preuve, par parenthèse, de la tendance à l'habitude organique acquise, ce qui est encore l'une des caractéristiques des névroses.

Voici maintenant en quoi consistent ces accès de troubles de la motilité. La malade est prise, dès leur début, de mouvements involontaires, irréprimables, localisés dans le membre supérieur droit. Lorsque la malade est couchée, son membre droit reposant sur le plan du lit, les doigts fléchis, la main dans la pronation, le coude se soulève pendant que la main reste appuyée ; en même temps la tête est légèrement fléchie et inclinée à gauche. Dans cette situation le membre subit un mouvement de rotation sur lui-même, avec cette particularité que cette rotation semble nécessiter un effort ; puis le membre revient brusquement à son attitude primitive, comme par une chute. En somme ce sont les deux mouvements alternes de pronation et de supination qui dominent. Le membre gauche subit aussi, de son côté, pendant la crise, un mouvement de supination, avec la même apparence d'effort.

Lorsque la malade est debout, les choses se passent de la même manière.

Ces accès se reproduisent environ toutes les secondes. Sauf la fatigue que paraît éprouver la malade, ils ne semblent avoir aucune influence sur l'état général de la santé.

Cherchant s'il n'y aurait pas quelque autre trouble nerveux associé à ce trouble du mouvement, M. Jaccoud a constaté l'existence de rougeurs partielles sur la poitrine et sur les membres, qui semblent indiquer une imminence sinon un certain degré de paralysie des vaso-moteurs. Il a constaté, en outre, un autre symptôme, celui de l'autographie. Lorsqu'on trace des caractères avec un corps solide, une tige de plume, par exemple, sur la peau de la malade, ces caractères deviennent saillants et prennent une coloration rouge. Ce signe a varié du reste ; dans les dernières épreuves qui ont été faites, c'était le contraire qui avait lieu, les caractères tracés sur un fond rouge, marquaient en blanc. Ce phénomène s'observe journellement chez les hystériques. Mais cette jeune fille n'est pas hystérique, on ne trouve chez elle ni point ovarique, ni anesthésie, ni hyperesthésie ; et elle n'est pas issue de parents nerveux. Le phénomène de l'autographie n'appartient donc pas exclusivement à l'hystérie. Ces mouvement involontaires procèdent par accès de quelques heures de durée. Dans les mauvais jours, ils sont presque continus, sauf pendant le sommeil.

Est-ce là de la chorée ? Non, répond M. Jaccoud. Ces mouvements sont involontaires, mais ils sont réguliers, coordonnés, normaux. Tout le monde sait qu'il n'en est pas ainsi dans la chorée. On ne serait pas moins fondé à désigner cet état sous le nom de fausse chorée. Quant à la dénomination de « crampe statique » que Romberg a proposé d'assigner à cet état, M. Jaccoud ne l'accepte pas davantage.

Nous avons dit plus haut sous quel nom il désigne cette affection, celui de « spasmes rythmiques ».

Cette malade va être soumise à peu près au même traitement que celui qui a déjà si bien réussi chez l'enfant de Pise, cité plus haut. Il consistera dans l'association de deux médicaments principaux : l'acide arsénieux à la dose de 1 milligramme d'abord, et qui pourra être graduellement élevée à 4 et même jusqu'à 8 milligrammes ; le bromure de potassium à la dose de 2, jusqu'à 5 et 6 grammes. On pratiquera, en outre, deux fois par jour, pendant trois minutes, chaque fois, des pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale. Cette médication sera secondée par un régime tonique et l'usage du vin de quinquina.

De la claudication chez les enfants.

Bien que la claudication ne soit qu'un symptôme, un effet ou un reliquat pathologique, elle n'en a pas moins préoccupé de tout temps, avec raison, les praticiens, surtout lorsqu'il s'agit des enfants chez qui elle reconnaît des causes très multiples, qu'il n'est pas toujours aisé de découvrir du premier coup. C'est aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux d'enfants qu'il faut demander la confidence des embarras et des difficultés qu'ils ont eu souvent à subir et les moyens auxquels ils ont eu recours avec le plus de succès, soit pour prévenir la claudication lorsqu'elle est imminente, soit pour la combattre ou en neutraliser les effets une fois réalisée.

On pourra retrouver dans la collection de la *Gazette des hôpitaux* (année 1879, pp. 1091 et 1099) une excellente leçon clinique de M. J. Simon, sur les causes nombreuses de la claudication infantile. Nous pensons qu'il ne sera pas superflu d'y ajouter aujourd'hui les résultats d'une nouvelle étude faite sur le même sujet par M. le docteur Eugène Broussolle, d'après des documents recueillis dans le service de M. de Saint-Germain et les enseignements qu'il a reçus de ce maître pendant son internat.

Voici d'abord sur quel principe M. de Saint-Germain a basé sa classification des claudications.

La claudication peut dépendre d'une affection, quelle qu'en soit la nature, du pied, de la jambe, du genou, de la cuisse ou de la hanche.

Parmi les affections du pied, il y a à citer les diverses malformations, les pieds bots et leurs nombreuses variétés.

Celles de la jambe relèvent soit de la paralysie de certains muscles, soit de déviations rachitiques.

Pour le genou, nous trouverons le *genu valgum*, l'arthrite, l'hydarthrose et la tumeur blanche, la gonalgie symptomatique de la coxalgie.

Pour la cuisse, les maladies du fémur et certaines névralgies.

Pour la hanche, la contusion, la coxalgie, la luxation congénitale et les dixerses affections péri-articulaires.

Enfin, dans une dernière catégorie, sont rangés les arrêts de développement du membre inférieur ou d'une partie isolée de la charpente osseuse.

De ces différentes causes, M. Broussolle a étudié les plus fréquentes, qui sont parfois d'un diagnostic difficile, celles qui impriment à la claudication les caractères particuliers ou dans lesquelles celle-ci est un symptôme durable et persistant même après la disparition de la cause. De ce nombre sont la coxalgie, la luxation congénitale, les affections douloureuses, celles qui diminuent ou exagèrent la mobilité des segments des membres inférieurs et l'étendue de leurs mouvements; tout autant de types qui se combinent quelquefois entre eux.

M. Broussolle a noté pendant une période de 4 mois les divers cas de claudication chez les enfants examinés par M. de Saint-Germain. Le nombre s'en élève à 91, sur lesquels il a relevé 34 cas de coxalgie au début (23 chez des garçons, 11 chez des filles); 11 luxations coxo-fémorales congénitales (3 garçons, 8 filles); 9 paralysies atrophiques; 3 cas de contractures symptomatiques (voisinages de foyers inflammatoires, abcès, adénite); 7 contractures (ostéites, périarthrites); 4 contractures des adducteurs; 6 déviations rachitiques prédominant d'un côté; 2 arthrites rhumatismales; 1 arthralgie (nervosisme); 5 contusions de la hanche et de la fesse; 2 tarsalgies; 3 arrêts de développement (malformation congénitale); 2 cas de fatigue par croissance; 2 cas de simulation. Ce sont ces faits qui ont fourni les éléments de cette étude.

M. Broussolle étudie successivement la claudication dans la coxalgie, sa cause la plus fréquente en même temps que la plus insidieuse; dans la luxation congénitale, où elle offre un type spécial; puis dans les groupes d'affections suivantes: celles où la claudication s'accompagne de douleurs; celles où elle s'accompagne de contracture ou de rigidité musculaire ou articulaire; celles où elle s'accompagne de paralysie ou d'atrophie.

Ces différents types pouvant se mêler, il en résulte des types mixtes très fréquents. La coxalgie, par exemple, peut se ranger dans chacun de ces groupes, suivant le cas: mais son importance lui fait, en général, assigner une place à part.

La valeur des signes physiques, fait remarquer M. Broussolle, a plus d'importance que la claudication en elle-même; aussi est-ce sur cet examen que se fixe le diagnostic.

Le pronostic dépend absolument de l'évolution de l'affection-cause.

Enfin, au point de vue de la durée, l'auteur distingue les claudications éphémères de moins grande importance et les claudications durables, celles auxquelles doit s'adresser la thérapeutique.

Au point de vue du traitement, qui est le plus intéressant, M. Broussolle, adoptant la division en trois groupes des diverses variétés de claudication: 1° claudication se présentant comme symptôme dans le cours d'une maladie; 2° claudication curable consécutive à une maladie terminée; 3° claudication incurable; applique à chacun de ces groupes trois ordres de moyens: les moyens préventifs, les moyens curatifs et les moyens palliatifs.

Dans le premier groupe, comprenant les claudications passagères, c'est contre l'affection-cause que doivent être dirigés les moyens curateurs. Tout au plus y a-t-il lieu de se préoccuper de l'état des muscles et des moyens d'en réveiller l'action fonctionnelle dans les affections susceptibles d'en amener l'atrophie,

Dans le groupe des claudications curables, dues à diverses affections, telles qu'incurvations rachitiques, paralysies, raideurs et rétractions musculaires, ankyloses etc., après les moyens appropriés à ces divers états, c'est aux appareils redresseurs, aux tuteurs mécaniques, à l'électrisation des muscles, aux frictions balsamiques, à la teinture de noix vomique, au massage, aux douches, aux bains médicamenteux de diverses sortes et quelquefois aux sections tendineuses qu'il faut avoir recours suivant les circonstances.

Dans les cas de claudications incurables, les moyens doivent s'adresser aux effets produits et varier avec l'espèce et l'étendue de la difformité. Ces moyens peuvent être ramenés à ces trois indications principales: 1° corriger l'allongement; 2° suppléer au raccourcissement; 3° faire disparaître une mobilité anomale.

Des appareils destinés à remplir ces indications, considérés dans leur ensemble, s'adressent tantôt au pied (semelles, souliers, bottines spéciales), tantôt à la jambe (appareils à tuteurs, appareils redresseurs), tantôt ils maintiennent le membre inférieur tout entier remontant au-dessus de la cuisse jusqu'au bassin (jambe à sellette, ceinture moulée, etc.), les indications de chacun d'eux variant avec les indications tirées de la cause.

A côté du traitement orthopédique, il faut faire appel aux moyens accessoires, tels que bains, douches, électricité, etc., moyens qui s'adressent moins à la claudication elle-même qu'aux modifications anatomiques survenues dans les divers éléments d'un membre longtemps condamné à l'inaction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Hématosalpyngite; opération; guérison. — M. **TERRILLON** communique l'observation relative à la malade dont il a parlé dans la dernière séance.

Il s'agit d'une femme dont la santé resta excellente jusqu'en juillet 1886; à cette époque il survint des symptômes de péritonite localisée avec des hémorrhagies qui purent être facilement réprimées. Elle se décida à entrer à la Salpêtrière au mois de novembre de la même année.

L'utérus est facilement accessible derrière le pubis; le col est sensiblement remonté; au niveau du cul-de-sac postérieur on sent une tumeur bien arrondie se prolongeant dans le ligament large.

M. Terrillon rejetant l'idée d'un corps fibreux en raison de son indépendance d'avec l'utérus, admet l'existence d'une tumeur du ligament large sans pouvoir davantage préciser le diagnostic. Comme l'intervention est autorisée même dans le cas où le diagnostic n'a pu être établi d'une façon définitive, M. Terrillon se décida à intervenir.

Il tomba sur une tumeur fluctuante, à coloration verdâtre, située au niveau du trou sous-pubien; la ponction donna issue à un petit caillot; le diagnostic d'hématosalpyngite se trouvait dès lors parfaitement établi.

M. Terrillon appliqua un fil sur la corne utérine et enleva la trompe dilatée avec l'ovaire correspondant. La trompe du côté opposé présentait la même lésion et faisait saillie dans le cul-de-sac recto-utérin; il en fit également l'extirpation. Les suites opératoires furent très simples.

M. Terrillon rappelle que Lawson Teat, qui a étudié spécialement ces tumeurs, insiste sur les accidents péritonéaux, les hémorrhagies profuses au moment des règles et aussi sur l'existence d'une tumeur accessible par la palpation hypogastrique et le toucher vaginal. Il insiste enfin sur les difficultés opératoires et aussi sur la difficulté d'intervenir hâtivement avant la formation d'adhérences étendues qui pourraient entraver l'acte chirurgical.

Étiologie du tétanos. — **M. TERRIER** rappelle que le tétanos, d'après l'affirmation de MM. Goubaux et Nocard, n'a jamais été observé jusqu'ici parmi les élèves et les palefreniers des Écoles vétérinaires dans lesquelles sont soignés un grand nombre de chevaux tétaniques. Il a l'intention d'interroger à ce sujet les professeurs des Écoles de Lyon et de Toulouse.

Sarcome cutané de la région du dos. — **M. TERRIER** lit un rapport sur un cas d'ulcère du dos présenté à la Société par M. Defontaine (du Creuzot).

MM. Trélat, Tillaux, Lucas-Championnière, pensèrent à la syphilis; M. Terrier invoqua la tuberculose; M. Verneuil émit l'opinion qu'il s'agissait d'un épithélioma ulcéré.

Après un traitement mercuriel prolongé, M. Defontaine pratiqua l'extirpation. Or, l'examen pratiqué, M. Malassez révéla l'existence d'un sarcome fasciculé. M. Terrier fait remarquer que cette lésion est rare. Perrin, dans sa thèse, n'en a relaté que 7 cas.

M. TRÉLAT pense, au contraire, que cette tumeur est loin d'être rare; il a eu l'occasion d'en observer dix cas dans sa pratique.

M. POZZI en a observé un cas au niveau de la clavicule chez un malade de M. Millard; il est resté guéri jusqu'à sa mort, qui est survenue accidentellement cinq ans après.

Opération de Battey. — **M. TERRIER** rappelle qu'il a communiqué, le 8 juillet 1885, la relation d'une opération de Battey pour des accidents hystériformes; depuis, M. Terrillon en a publié deux cas. Récemment M. Terrier a eu l'occasion d'en pratiquer une nouvelle chez une malade qui, à chaque époque menstruelle, présentait des accidents hystériques avec perte de connaissance; les symptômes étaient surtout marqués à droite; il y avait en même temps une diminution de la sensibilité générale et spéciale. L'opération fut faite le 9 février 1886. La recherche de l'ovaire fut facile à droite mais plus difficile à gauche. L'opération dura cinquante minutes. Les suites furent assez simples.

A la sortie de l'hôpital la malade n'avait plus ses règles; les douleurs abdominales ont disparu, la sensibilité était revenue complètement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué deux fois l'ablation des ovaires chez des hystériques.

La première malade a succombé au troisième jour.

Chez la deuxième, opérée il y a dix-huit mois, les douleurs prémenstruelles, très vives avant l'opération, ont disparu complètement; mais les points douloureux abdominaux ont persisté, au dire de la malade; le caractère est devenu moins irritable. Quoi qu'il en soit, il est difficile de prévoir dans quelles mesures doit se produire l'amélioration après l'opération, et M. Lucas-Championnière est disposé à penser que cette amélioration ne peut être qu'incomplète.

Dans un cas très intéressant, l'auteur a recherché en vain l'ovaire dans un magma d'hématocèle; néanmoins les douleurs qui avaient motivé l'intervention ont complètement cessé.

M. MONOD a pratiqué deux fois la même opération. Dans l'un de ces cas, datant de quinze jours, la recherche de l'ovaire a été impossible et l'opération est restée inachevée; néanmoins les douleurs ont diminué. Chez l'autre malade, opérée il y a un an, il s'agissait d'un corps fibreux inopérable avec hémorrhagies incoercibles : les règles ont persisté après l'opération.

L'opération s'était faite avec la plus grande facilité.

M. POZZI est intervenu de même, il y a un an, pour une dysménorrhée très douloureuse; l'ovaire était enflammé et adhérent; la malade actuellement n'est plus réglée et la guérison a été radicale.

M. TERRIER n'a voulu, en publiant son cas, qu'insister sur l'influence de l'opération dans l'hystérie.

Si, dit-il, l'opération est impuissante à guérir l'hystérie, elle la réduit néanmoins au minimum.

La séance est levée.

Séance du 15 décembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Contagiosité du tétanos. — **M. LARGER**, à propos de l'observation de M. Terrier, relative à l'absence de cas de tétanos à l'école d'Alfort, dit avoir fait une enquête chez les équarrisseurs. Ceux-ci n'ont jamais eu de tétanos; mais ils n'ont jamais contracté non plus le charbon dont personne ne nie la contagiosité. Des faits négatifs ne prouvent rien contre des faits positifs.

M. Verneuil, ajoute M. Larger, n'affirme pas l'origine équine du tétanos; d'ailleurs, en ce qui me touche, je n'ai jamais défendu, ici ou ailleurs, que la nature infectieuse et contagieuse du tétanos.

M. TERRIER fait observer que l'enquête faite par M. Larger auprès des équarrisseurs vient à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue. Il ajoute qu'il est utile que l'on connaisse les faits négatifs de l'école d'Alfort relativement au tétanos.

Grossesse extra-utérine ; gastrotomie. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait un rapport sur une communication de M. Brusch (d'Alger), relative au traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. M. Brusch fait connaître un cas de grossesse extra-utérine guérie par la gastrotomie. Il a extrait le fœtus par débris. Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, à sa seconde grossesse; celle-ci marche régulièrement jusqu'à deux mois et demi, époque à laquelle surviennent des douleurs très vives attribuées à une constipation opiniâtre. Arrivée au terme de la grossesse, il y eut un certain degré de faux travail, mais elle n'accoucha pas. A partir de ce moment, la malade présente une série d'accidents du côté du ventre et du côté des poumons. La grossesse suivit son cours jusqu'à huit mois après ce faux travail. Puis survinrent des frissons, de la fièvre, qui obligèrent le docteur Brusch à intervenir.

L'opération suivante fut pratiquée : incision parallèle à l'arcade crurale sur la partie la plus saillante de la tumeur. Aussitôt l'ouverture faite, il s'échappa des gaz très fétides; M. Brusch fit la craniotomie avec de fortes cisailles; le fœtus était en pleine macération; il fut retiré par morceaux; des injections furent faites avec l'acide borique; les suites furent assez simples; il exista seulement une petite fistule.

Avant l'opération, la malade présentait une fistule vaginale dont M. Brusch profita pour faire un drainage abdomino-vaginal. Les accidents pulmonaires, tuberculeux, disparurent après l'opération. Certains auteurs ont admis que la grossesse extra-utérine pouvait tenir à la tuberculose des trompes. M. Brusch rejette l'opération par le vagin et considère la gastrotomie comme la seule opération applicable à la grossesse extra-utérine.

M. Lucas-Championnière distingue les cas d'ouverture d'abcès avec débris fœtaux de l'opération destinée à extraire, par la gastrotomie, une grossesse extra-utérine. Il a fait deux fois cette opération avec succès. Voici le résumé de ses deux observations :

1° Grossesse extra-utérine datant de quinze mois, extraction d'un enfant à terme, gastrotomie, guérison ; femme de trente et un ans, phénomènes graves, nécessitant l'intervention.

2° Grossesse extra-utérine datant de dix-huit mois, femme âgée de trente-neuf ans ; aucune grossesse antérieure, grossesse régulière, fièvre hectique, intervention urgente. Opération dix-sept mois après la mort de l'enfant, vingt-six mois après le début de la grossesse. Il y avait une fusion de la peau avec la paroi du kyste, ce qui a rendu l'opération très laborieuse.

Le fœtus extrait, le péritoine fut nettoyé avec la solution de chlorure de zinc ; la paroi kystique fut suturée à la paroi abdominale ; on mit deux tubes à drainage longs et volumineux. Les suites de l'opération furent simples ; une fistule a persisté plusieurs mois. Il y a aussi une éventration assez considérable.

Ces opérations diffèrent de celles de M. Brusch et de celles de M. Tarnier, publiées dans la thèse de M. Maygrier en ce que ces dernières sont de simples ouvertures d'abcès.

M. Brusch repousse avec raison l'opération par la voie vaginale, qui est certainement impossible dans les cas d'adhérences avec le kyste. La voie abdominale est la seule rationnelle. La voie vaginale devra être réservée pour des cas particuliers où la tête fait une forte saillie sur le vagin, comme dans un cas de M. le docteur Pinard.

Si le chirurgien pouvait suivre une grossesse extra-utérine, il devrait tenter de sauver l'enfant en opérant de bonne heure.

M. **BOUILLY** communique une observation de grossesse extra-utérine qu'il a traitée par la laparotomie. Il avait fait le diagnostic probable de grossesse extra-utérine ; il fit une laparotomie médiane, ouvrit le kyste, put extraire le fœtus et la malade guérit très bien.

Ovariotomie. — M. TERRILLON communique une nouvelle statistique de 35 ovariotomies. Sur ces 35 ovariotomies, il a eu affaire à 20 cas difficiles.

Il a rencontré 29 kystes uniloculaires, 4 kystes du ligament large. Il a fait 31 opérations complètes, 4 incomplètes. Dans ces 4 dernières, il fit un drainage abdomino-vaginal. Sur ces 35 opérés, il a perdu 6 malades, dont 2 de sclérose et 2 de péritonite. Depuis le 1er janvier, sur 12 opérations, il n'en a perdu aucun. Il insiste sur certaines modifications, en particulier sur le lavage des éponges ; lavées à grande eau, elles sont baignées dans une solution de permanganate de potasse et conservées dans une solution de sublimé, puis passées dans l'eau bouillie. Les solutions phéniquées sont réservées pour les instruments.

Le lavage de la cavité péritonéale est fait dans les cas de suppuration, d'hémorrhagies, de rupture du kyste ou d'adhérences multiples, avec de grandes quantités d'eau bouillie. C'est de l'eau filtrée, bouillie avant l'opération et employée tiède. M. Terrillon se sert d'un tube en verre muni d'un long tube en caoutchouc. L'excès d'eau est enlevé avec une éponge.

Il a souvent employé de 20 à 25 litres d'eau pour ces lavages, qui lui ont rendu les plus grands services dans des cas compliqués. M. Terrillon cite plusieurs exemples.

Pour les soins consécutifs, M. Terrillon a eu recours aux boissons alcoolisées et aux lavements d'alcool chez les plus déprimés. Dès le second jour, il administre du calomel, trois doses de 17 centigrammes, surtout dans les cas de ballonnement du ventre.

Ces faits démontrent que, surtout dans les cas les plus graves, on peut obtenir de bons résultats à l'aide des précautions ci-dessus indiquées.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. — M. POZZI communique l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui reçut un coup de revolver dans l'abdomen. Six heures après, M. Pozzi constata des vomissements verdâtres et diagnostiqua une plaie probable de la vessie et des intestins. L'opération est pratiquée à onze heures et demie du soir, six heures environ après, l'accident. La laparotomie permet de constater une vaste perforation intestinale ; avivement aux ciseaux, suture de Lambert ; on trouva ainsi trois perforations intestinales complètes et trois plaies contuses qui nécessitèrent en tout vingt-neuf points de suture. On reconnaît également une perforation de la vessie qui est fermée par quatre points de suture : en tout trente-trois points de suture. Il restait un pertuis vésical près du pubis, impossible à suturer. On sutura le péritoine au-dessus de ce point et la partie inférieure fut laissée ouverte. L'opération avait duré deux heures un quart. Sonde à demeure dans la vessie, injection d'éther. Le lendemain, T. 37°,4, état satisfaisant. La nuit suivante, le malade souffre ; le surlendemain, vomissements porracés, grande agitation, T. 36 degrés, extrémités froides ; il succombe cinquante-deux heures après l'opération.

La jeunesse du sujet, la rapidité de l'intervention, l'état de vacuité de l'intestin avaient permis d'espérer un bon résultat.

M. BERGER dit que, dans des cas semblables, il arrive souvent qu'on omette une ou plusieurs perforations. Dans les cas où toutes les plaies sont suturées, il y a lieu d'espérer la guérison.

M. Berger cite un cas de guérison spontanée de plaie pénétrante de l'abdomen. Il s'agit d'un rodeur de barrière qui reçut une balle de revolver dans l'abdomen pendant qu'il dévalisait la gare de Charonne et qui n'entra à l'hôpital que quatre jours après, avec tous les symptômes d'une péritonite par perforation intestinale. Après une grande hésitation MM. Lucas-Championnière et Berger pensèrent qu'il valait mieux s'abstenir. Quinze jours après le malade était guéri et réintégré au Dépôt, d'où il va passer en cour d'assises. Ce fait montre que la nature a de bien grandes ressources, quand il s'agit de plaie pénétrante par projectiles de petit calibre.

M. TRÉLAT dit que, dans les cas où il y a des signes incontestables de perforation, il faut faire la laparotomie le plus tôt possible. Pour le malade de M. Berger, le traumatisme datait de quatre jours ; ce blessé échappait donc aux exigences qui sont formellement indiquées dans la grande majorité des cas.

M. Trélat cite plusieurs cas analogues à celui de M. Pozzi et qui ont été suivis de guérison. En dehors de l'opération, ces blessés sont voués à une mort certaine. M. Trélat insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure, les cas de succès étant ceux qui ont été opérés moins de dix-sept heures après l'opération. Celle-ci doit être faite, autant que possible, avant la quinzième heure.

M. VERNEUIL fait observer qu'il y a des cas de guérison spontanée de plaie intestinale par petits projectiles. Il cite des exemples de plaies pulmonaires, cérébrales ou même cardiaques par petits projectiles n° 7 qui ont été parfaitement tolérées. Par contre, une opération de l'abdomen qui dure deux heures un quart est une opération grave. Il y a des perforations de l'intestin grêle qui guérissent spontanément.

Il faudra donc regarder à deux fois avant d'intervenir par des opérations graves.

M. TRÉLAT partage la doctrine de M. Verneuil quand elle s'applique au cerveau, au poumon, au foie ; mais il n'en est plus de même quand il s'agit des plaies de l'intestin grêle. Les plus petits projectiles font de vastes dégâts dans l'intestin et déterminent de larges plaies qui n'on aucune tendance à se fermer. Donc, en présence de signes évidents de perforation intestinale et de péritonite commençante, il ne faut pas hésiter à intervenir, l'opération étant bien certainement le seul moyen de salut.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Paris, 17 décembre 1886.

Monsieur et très honoré confrère,

Au cours de mes communications aux sociétés médicales sur la thérapeutique hypodermique, j'ai dit qu'avant 1884 j'ai expérimenté les injections à base d'huiles minérales, et que j'y ai renoncé en observant que ces dérivés de la houille sont toxiques à la façon des phénols leurs congénères, et de l'acide phénique, si souvent dangereux même par absorption à la surface d'une plaie. Les éthers et huiles de pétrole : neutraline, pétroléine, vaseline, etc., ne sont pas assimilables, parce qu'ils sont d'origine minérale; ils s'éliminent péniblement par le rein, et leur passage, plusieurs fois répété, produit des douleurs rénales et de la dysurie, pronostics d'une néphrite prochaine, observée sur moi-même et sur quelques sujets.

Continuant mes recherches hypodermiques, j'ai trouvé un irréprochable procédé d'injection des essences et hydrocarbures antiseptiques.

Dès le commencement de cette année, M. le professeur Ball a bien voulu permettre que ses phthisiques de Laënnec fussent soignés sous ma direction et par les étudiants, selon cette thérapeutique nouvelle et sérieuse, dont il avait déjà observé les bons effets.

En février, j'ai communiqué aux sociétés médicales les résultats d'antiseptie pulmonaire obtenus dans ma clientèle; la presse médicale a publié des articles à ce sujet. J'ai bon nombre d'observations minutieuses appuyées sur la clinique et le microscope démontrant la réelle efficacité de la méthode antiseptique hypodermique sur les lésions pulmonaires, ainsi que la réelle et permanente disparition du bacille tuberculeux.

J'ai donc à mon avoir des dates et des faits précis, et mon eucalyptol injectable antiseptique est mûr d'âge et d'observations.

Mais, désireux de suivre la voie scientifique sous la prudente direction du professeur Ball, pour lequel une expérimentation prolongée et une communication à l'Académie donnent seuls l'autorité de présenter une thérapeutique nouvelle, j'attends avec confiance la fin de la période d'expérimentation fixée à une année et jugée à peine assez longue pour élucider des faits d'une aussi haute importance.

Il fut jugé prudent d'éviter une divulgation hâtive, capable seulement de provoquer des contradictions oiseuses ou des accidents entre des mains non encore au fait des minuties de la thérapeutique hypodermique aseptique et de son instrumentation. Les abcès et phlegmons souvent dénoncés par ceux qui ne connaissent que la seringue de métal oxydable et les solutions impropres ont donné raison à cette prudence.

C'est pourquoi mon procédé de préparation des essences antiseptiques (eucalyptus, térébenthine, thymol, copahu, etc.) ne sera délivré qu'à l'Académie de médecine, après le rapport de la Commission, par l'ouverture de mon pli cacheté déposé au Secrétariat.

Cependant, cédant aux sollicitations de confrères atteints eux-mêmes ou dans leurs familles de la terrible phthisie pulmonaire, je les ai instruits de la méthode et leur ai donné les formules ou des flacons des divers agents nécessaires au traitement. J'ai aussi dans la région lyonnaise, dans le Nord, en Belgique, en Autriche, aux Antilles et à Paris, des témoins qui diront que je ne mérite ni le reproche d'égoïsme, ni les injures que je viens de recevoir d'un journal de médecine de province, — récompense anticipée de mes travaux. J'ai déjà été récompensé et pillé de la sorte à propos de ma transfusion directe du sang.

Agréez, Monsieur le Directeur, etc.,

Dr J. Roussel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 décembre 1886, M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur des écoles vétérinaires, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie comparée, au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bouley, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats pour la chaire de physique, vacante par suite de la mise à la retraite de M. le professeur Gavernet, sont au nombre de deux : MM. Gariel et Desplat.

Les candidats pour la chaire d'anatomie, vacante par suite de la mise à la retraite de M. le professeur Sappey, sont au nombre de deux également : MM. Farabœuf et Rémy.

— Par arrêté préfectoral, en date du 2 décembre 1886, M. le docteur Morin est nommé médecin inspecteur des écoles du VIIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur de Lapersonne, démissionnaire.

— Par arrêté préfectoral, en date du 5 décembre 1886, M. le docteur Pascalis a été nommé médecin de l'octroi de Paris et chargé de la 2e circonscription (XIe et XXe arrondissements).

— Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursiers à bourse entière, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, les candidats au grade de pharmacien de première classe dont les noms suivent : MM. Gaillard et Gautier.

— M. Meyer, candidat au doctorat en médecine (première année), est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1886, boursier près la Faculté de médecine de Paris, demi-bourse.

— D'après la statistique qui vient d'être publiée, il y a eu à Budapest, pendant la dernière épidémie cholérique, 966 personnes atteintes du choléra; 499 d'entre elles sont mortes, soit une mortalité de 51,66 p. 100.

— *Muséum.* — M. le professeur Frémy commencera son enseignement de chimie inorganique, le mardi 21 décembre 1886, à midi, et le continuera tous les jours, de midi à cinq heures. Les conférences auront lieu deux fois par semaine.

Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, 1885-1886, par S. Jaccoud, professeur de clinique, etc. T. III. 1 vol. in-8° avec 52 figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné, par le docteur L. Dérico. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Cure radicale des hernies, par Justin Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon. 1 vol. in-8° avec 13 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Hygiène de la première enfance. Soins applicables aux cas urgents. Guide des mères et des nourrices, par le docteur E. Périer. 1 vol. in-18 jésus de 200 pages avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Considérations pratiques sur les positions occipito-postérieures, par M. le docteur Hamon. 1 vol. in-18 avec 7 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude clinique sur le champ de fixation monoculaire, par le docteur Kahn. In-8° avec 5 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Considérations théoriques et cliniques sur les présentations du siège, par le docteur HAMON. In-8° avec 5 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un *Formulaire* à l'usage des praticiens, par QUINCEROT, chirurgien-dentiste, etc. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20447

N° 148. — MARDI 21 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 21 DÉCEMBRE 1886. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 21 décembre 1886.

Le 1er décembre 1886, M. le professeur Pajot écrivait à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris la lettre suivante :

« Monsieur le Doyen,

Après quarante-cinq ans d'enseignement (trente-trois à la Faculté) j'arrive, le 18 décembre 1886, à la limite d'âge imposée par le nouveau règlement.

Je viens vous prier de vouloir bien transmettre à qui de droit ma demande de mise à la retraite.

J'ai donc l'honneur, monsieur le doyen, de vous demander de me faire remplacer, à l'hôpital, dans mon enseignement et aux examens, par un agrégé, désirant cesser tout service le 19 décembre 1886.

Veuillez agréer, etc.

Signé : professeur Pajot. »

C'est ainsi que, voulant rester dans les limites les plus étroites de la loi, bien que les années et les labeurs d'un long professorat, d'un enseignement qui restera longtemps célèbre, les labeurs aussi d'un exercice professionnel souvent beaucoup plus grands que celui de la médecine proprement dite n'eussent en rien altéré ni la vigueur d'un esprit resté toujours aussi jeune qu'au premier jour, ni la vigueur du corps ; c'est ainsi, dis-je, que M. Pajot avait fixé pour sa retraite l'heure même où ses soixante-dix ans devaient sonner.

Aussi samedi dernier l'amphithéâtre de la clinique d'accouchements était-il, bien avant l'heure habituelle, rempli par ses amis et ses élèves anciens et nouveaux, dont la foule était telle qu'un grand nombre d'entre eux avaient dû rester, faute de place, jusque dans les couloirs voisins. Plusieurs professeurs de la Faculté et des médecins des hôpitaux de Paris avaient tenu à s'associer par leur présence et leurs acclamations à la fête toute de famille qui devait clore l'enseignement du maître qui a brillé jusqu'au dernier moment d'un si vif éclat.

Derrière le fauteuil du professeur, les murs étaient tendus d'une étoffe rouge encadrant le buste en bronze que l'affection et la reconnaissance de tous avaient tenu à lui offrir en ce dernier jour. Appuyé contre le piédestal et un peu au-dessous du buste, était placé un très beau médaillon en bronze reproduisant les traits du maître avec la légende : « Professeur Pajot. Enseignement. 1842-1887. »

Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ci-dessous les discours si chaleureusement applaudis : du professeur que tant de regrets vont suivre dans la retraite ; de l'un de ses disciples, et non des moins aimés, M. le docteur Doléris, saluant au nom de tous, en termes émus, le maître dont le départ va laisser un vide impérissable dans cette chaire qu'il animait d'un souffle si puissant, d'une parole si vive et si heureusement imagée ; enfin, le discours de M. le docteur Peyron, directeur général de l'administration de l'Assistance publique, remerciant, au nom des pauvres, celui dont les efforts et l'enseignement ont sauvé tant de vies précieuses.

Discours de M. le professeur Pajot.

Messieurs,

Un nouveau règlement de la Faculté impose la retraite aux professeurs à soixante-dix ans.

Aujourd'hui, 18 décembre 1886, j'ai soixante-dix ans.

Je n'ignore pas qu'on me tolèrerait encore quelques mois avant qu'on me signifiât mon congé.

Je trouve plus convenable de me conformer à la lettre du règlement et, mes soixante-dix ans sonnant aujourd'hui, de prendre ma retraite demain.

Tout homme ayant le sentiment de sa propre dignité me comprendra et m'approuvera.

Mais *je ne veux pas partir* sans remercier mes élèves, mes amis, mes collègues, vous tous, Messieurs, qui m'avez donné ce dernier témoignage de sympathie ; sans remercier aussi toutes ces générations médicales qui ont passé par mon enseignement pendant près d'un demi-siècle. Combien de fois ai-je appris ce que je savais d'obstétrique à des fils, dont j'avais instruit les pères.

Je ne veux pas partir sans vous dire combien me sera toujours précieux le souvenir de tant de marques d'estime et d'affection que j'ai reçues de vos aînés, comme j'en reçois de vous-mêmes. Messieurs, si pendant toute ma vie j'ai aimé la jeunesse médicale, je puis dire qu'elle me l'a bien rendu. Vous en trouverez les preuves dans ma lettre de retraite que M. l'éditeur Stenheil a bien voulu se charger de donner à qui la voudrait.

Je ne veux pas partir enfin, sans adresser mes remerciements au personnel de cet hôpital. C'est son bon vouloir, c'est sa docilité, qui m'ont rendu facile la tâche ardue que je m'étais imposée. Je voulais transformer cette clinique. J'ai tenté d'introduire ici tous les perfectionnements modernes, c'est-à-dire les règles hygiéniques les plus formelles et la méthode antiseptique la plus rigoureuse.

Je suis arrivé à concilier les intérêts de l'enseignement avec la sauvegarde des malades; 240 examens des femmes enceintes ont été institués, pour chaque mois, indépendamment de ceux faits tous les jeudis sous ma direction.

Aussi les médecins étrangers sont-ils venus et ont-ils été forcés de convenir, que maintenant cette Maternité pouvait rivaliser avec tout ce qu'il y a de plus parfait en Europe parmi les établissements hospitaliers de ce genre.

Combien n'avons-nous pas été récompensés de nos peines en voyant la mortalité diminuer et les opérations graves suivies, le plus souvent, de guérison, et parfois même dans des cas qui semblaient désespérés.

Eh bien, Messieurs, c'est au dévouement, c'est au zèle infatigable du personnel, depuis les chefs de clinique, les sages-femmes en chef et en second, les directeurs, et jusqu'aux plus humbles employés, que sont dûs ces résultats heureux.

Je serais ingrat, — et je puis le dire hautement, si j'ai d'autres défauts je n'ai pas celui-là, — je serais ingrat si, aux jeunes médecins distingués qui ont été mes chefs de clinique, mes collaborateurs, MM. les docteurs Doléris et Loviot, je ne donnais pas, en me retirant, une mention spéciale, un souvenir amical et une cordiale poignée de main.

Maintenant, comme toujours, Messieurs, j'ai rempli mes devoirs de reconnaissance envers mes élèves, mes amis, mes collègues, mes collaborateurs, je n'ai plus qu'à vous dire, Messieurs, merci encore et adieu.

Discours de M. le docteur Doléris, ancien chef de clinique de M. le professeur Pajot, accoucheur des hôpitaux.

Cher maître,

C'est aujourd'hui un jour de profonde tristesse, le jour des adieux et des regrets.

Vous voyez autour de vous réunis ceux qu'un sentiment impérieux et spontané a groupés ici, pour y acclamer une dernière fois le maître qui a voulu devancer l'heure de la retraite et quitter librement l'enseignement auquel il a voué toute sa vie.

Ce sentiment d'indépendance qui nous prive trop tôt d'un maître éminent, nous n'avons pas à l'interpréter; mais permettez-nous de ne le subir qu'avec douleur.

Issu de l'enseignement *libre*, porté jadis par la voix puissante de l'opinion à la chaire que vous avez illustrée pendant vingt ans, il était juste et naturel que cette même voix vînt, dans une *libre* manifestation, les seules que vous appréciez, vous saluer à l'heure de la séparation.

Cher maître, au nom de vos amis, au nom de vos élèves de la Faculté, je viens vous dire adieu.

A vous le maître par excellence, le professeur incomparable, je viens porter le juste tribut d'hommage, d'admiration et de sympathie de la jeunesse studieuse de notre Faculté.

Vous reconnaîtrez autour de vous, dans cet amphithéâtre trop peu vaste pour les contenir, les disciples d'autrefois, d'hier, hélas j'ose à peine dire ceux d'aujourd'hui, puisque, vous l'avez résolu, c'est pour la dernière fois qu'ils ont le bonheur de vous posséder au milieu d'eux.

Messieurs,

Vous, nos aînés, qui avez connu le professeur Pajot aux premiers moments et au plein de sa brillante carrière; vous, plus jeunes, qui, comme moi, avez assisté à la dernière période de son enseignement théorique, à la Faculté, vous savez ce qu'il était là.

Vous vous rappelez les bancs assiégés longtemps avant l'heure, les amphithéâtres combles, la salle et les couloirs regorgeant d'auditeurs, les salves d'applaudissements qui saluaient l'entrée et la sortie du maître, les bravos passionnés dont les éclats prolongés interrompaient souvent le cours de la démonstration.

Vous avez entendu la parole vibrante, la phrase simple, la formule nette et lucide qui restait comme le *mot* de la leçon que chacun fixait dans sa mémoire pour ne plus l'oublier jamais.

Cette science du mot qui fait image, le geste qui impressionne, le trait vigoureux qui peint, les lignes nettes qui encadrent le thème en le rendant saisissant et clair, l'accent qui convainc et persuade, le discours varié et piquant qui tient l'attention éveillée, la verve et l'esprit, enfin tout ce qui fait l'orateur éloquent, vous l'avez admiré et applaudi, vous l'avez connu aux leçons de ce maître, où plusieurs d'entre vous sont allés non seulement apprendre, mais aussi apprendre à enseigner.

Vous savez que, deux fois, la fatigue et la maladie l'ont éloigné de sa chaire; deux fois épuisé par ses labeurs et l'excès de sa passion pour l'enseignement, le professeur Pajot a voulu déposer le fardeau de ces fatigues devenues trop lourdes; — deux fois des lettres et des pétitions se sont couvertes de signatures; — les appels de ses élèves, appels pressants et réitérés, ont ramené le professeur à cette chaire où le succès l'a tenu impitoyablement cloué, un succès qui ne s'est pas démenti un seul jour, et comme jamais peut-être professeur n'en a connu dans notre Faculté.

Son enseignement précis, limpide, fait de netteté et de simplicité, le professeur Pajot l'a transporté dans cette autre chaire qu'il vient d'occuper pour la dernière fois, et où j'ai eu l'honneur et le bonheur d'être son élève et le premier de ses chefs de clinique. C'est à ce titre que je suis heureux et fier aujourd'hui de parler au nom de tous.

Avec le professeur Pajot, sont entrées dans le service de la clinique d'accouchements de la Faculté deux innovations, deux réformes qui, à elles seules, constituent déjà deux titres à la reconnaissance de chacun : ce sont la pratique rigoureuse de l'antiseptie, sauve-garde des accouchées, et une nouvelle réglementation de l'instruction pratique des élèves, qui n'avait jamais reçu, jusqu'alors, une semblable extension.

Avec lui nous avons retrouvé les qualités éminentes du professeur de la chaire d'enseignement théorique de la Faculté. Nous avons eu surtout le privilège de retrouver aussi, grâce à cette éloquence si souple et si variée, la démonstration magistrale transformée en une suite de causeries spirituelles et familières d'où la raillerie fine et la verve jaillissaient à chaque objet discuté et où chaque conclusion vibrait des vibrations d'autrefois, en un conseil précis, en une sentence aussi brève que simple et facile à retenir.

Je crois ne pas me tromper en disant que la grande passion du professeur Pajot dans toute sa carrière scientifique ou didactique a été la passion de *simplifier;* nul mieux que lui n'a atteint ce résultat. *Simplifier*, tel a été le secret de ses succès. Là où d'autres auraient été tentés de chercher des complications et des analyses plus ou moins ardues, il cherchait et souvent d'un seul coup d'œil il trouvait la synthèse rapide, l'idée, le mot, la vérité.

J'ai retiré pour mon compte de ses leçons cette conviction que l'obstétrique est une science point compliquée, étendue mais aisée à posséder théoriquement. J'ai retiré de son exemple la preuve que pratiquement c'est avant tout un art où le sens exercé, l'habileté naturelle ou acquise, la décision et la sûreté dans le jugement, la précision du diagnostic sont les premières qualités de celui qui s'y voue.

Tels sont, messieurs, pour nous qui l'avons connu de près et longtemps suivi, les mérites éminents de ce maître.

Pour vous, messieurs, plus jeunes encore, qui suivez pour la plupart depuis quelques mois à peine les leçons du professeur Pajot, il vous restera surtout de ces leçons à peine commencées le regret profond de les voir brusquement interrompues.

Je vois parmi vous des élèves, des médecins appartenant à presque toutes les nations civilisées. Vous connaissiez avant de l'entendre le maître dont vos aînés, parmi vos compatriotes, ont écouté autrefois les leçons. Vous pourriez lui dire que les élèves du professeur Pajot sont répandus dans tous les pays; qu'il y a des aphorismes du professeur Pajot qui sont reproduits dans tous les livres d'obstétrique et qui, traduits dans toutes les langues, resteront impérissables.

Cher maître, vos élèves, vos amis, ces disciples plus jeunes, tous ceux qu'afflige si profondément votre départ prématuré, ont voulu laisser à la postérité un témoignage de l'admiration et de l'attachement qu'ils vous ont voué, en lui léguant ce buste où vous revivrez; mais, je suis fier de vous le dire, dans ce témoignage spontané, dans cet élan du cœur, les représentants de la jeunesse étrangère qui viennent étudier à notre première Faculté de médecine de France se sont unis aux représentants de la jeunesse médicale française.

Je suis heureux de le proclamer : dans ce bronze qui restera ici comme un monument voué à votre mémoire et où chacun de nous a mis, en quelque sorte, l'expression des sentiments que vous avez su nous inspirer, il y a, avant tout, un hommage pieux rendu par les médecins de tous les pays ; il y a un souvenir, un adieu, les regrets du monde savant tout entier.

Pour moi, cher maître, il y a la reconnaissance profonde pour la généreuse adoption que vous m'avez accordée au lendemain du jour où je venais de perdre un autre maître aimé; il y a le souvenir de vos nombreux témoignages de confiance et d'estime, la tristesse et les regrets d'une séparation trop prompte et inattendue.

Pour vous, il y a dans ce bronze le légitime orgueil de la consécration suprême d'une longue carrière brillamment remplie.

Vous nous quittez, cher maître, mais votre mémoire impérissable reste au milieu de nous; le souvenir de vos leçons et de votre exemple est dans nos cœurs.

Vous *abdiquez,* mais notre piété vous élève un monument durable.

Vous avez résolu de disparaître à jamais de cette chaire de clinique où vous nous avez tenus si souvent sous le charme de votre parole ; mais nous y plaçons votre image, comme une preuve survivante de notre admiration pour le maître le plus éloquent, le plus écouté, le plus aimé parmi les maîtres de l'obstétrique moderne.

Messieurs, vive, vive toujours, le professeur Pajot !

Discours de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique.

Messieurs,

On a bien voulu demander à l'Assistance publique de se faire représenter à cette cérémonie. J'ai tenu à répondre personnellement à cette invitation et j'ai gardé pour moi l'honneur de venir, une dernière fois, remercier M. le professeur Pajot de l'éclat qu'a jeté sur cette Maison son enseignement, cet enseignement qui a si profondément remué les générations médicales, merveilleusement servi qu'il était par cette parole si chaude, si éloquente dont on vous faisait tout à l'heure un portrait si vivant; cette parole que ceux qui l'ont entendue (et j'en suis) n'ont jamais oubliée et qui, au terme de la carrière, se retrouve aussi fraîche, aussi colorée qu'aux jours lointains de la jeunesse.

Et il m'a paru que j'avais encore un devoir plus haut à remplir et que dans ce cortège de regrets, de souvenirs reconnaissants qui entourent votre maître et qui s'inclinent devant lui, une place fût restée vide si le directeur de l'Assistance publique, représentant des pauvres, n'était pas venu témoigner, au nom de tant de misères soulagées, au nom de tant de souffrances réconfortées, que M. le professeur Pajot n'a pas eu seulement la patience, vertu des accoucheurs, mais qu'au-dessus de tous ses mérites et pour les couronner tous il a toujours eu la bonté, cette vertu des forts.

La *Gazette des Hôpitaux*, dont M. le professeur Pajot a été, pendant plusieurs années, l'un des collaborateurs les plus actifs, a tenu à s'associer aux témoignages de regret et aux adieux si bien exprimés par MM. Doléris et Peyron.

LA SUTURE DES OS A FIL PERDU

Par M. le Docteur Fr. Guermonprez (de Lille), correspondant de la Société de chirurgie.

La suture des os peut être actuellement obtenue, à fil perdu, par plusieurs moyens.

Le fil de fer recuit est une excellente substance au point de vue de la ténacité et de la souplesse; mais il est malaisé d'en assurer l'intégrité antiseptique.

Le fil d'argent et le fil de platine sont tous deux également antiseptiques; ils présentent d'ailleurs une ténacité et une souplesse suffisantes; quelques chirurgiens préfèrent le second, qui résisterait mieux au niveau de la torsion du nœud. La plupart opinent pour le fil d'argent, que l'on trouve plus aisément avec l'épaisseur désirable.

Les autres métaux sont moins avantageux, et il n'y a pas indication d'en essayer la valeur.

Les fils constitués par des fibres d'origine végétale sont tous également mal tolérés; on ne peut pas songer à les utiliser pour une ligature à fil perdu.

Parmi les fils formés de substance animale se trouvent le catgut, la soie, le crin de Florence et le fil de tendon de baleine.

Le catgut est insuffisant pour assurer la suture osseuse. Alors même que l'on doublerait le plus gros de ceux que fournissent les fabricants d'objets de pansements, la résorption s'en achève trop rapidement et le cal osseux n'a pas le temps nécessaire pour se consolider. La coaptation n'est pas suffisamment assurée : le catgut est donc, pour le cas de la suture osseuse, une substance infidèle.

La soie est mal tolérée par le tissu osseux. Les expériences faites en collaboration avec M. le D[r] P. Bigo, en 1885, en ont fourni la preuve (1).

Le fil, que l'on fabrique depuis quelques années à l'aide du tendon de baleine, est formé de fibres tordues en plusieurs faisceaux, lesquels sont retordus sur eux-mêmes, comme on le fait dans l'industrie pour les meilleurs fils et pour les cordes et câbles de grand choix. L'avenir dira quelle peut être l'utilité de cette matière, encore peu connue, pour la suture osseuse à fil perdu.

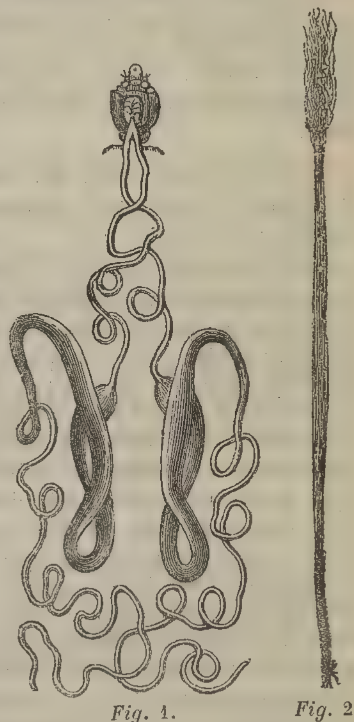


Fig. 1. *Fig. 2.*

Le crin de Florence a subi cette épreuve, qui en a démontré les précieux avantages.

On sait que le crin de Florence n'est nullement comparable au crin de cheval, dont quelques chirurgiens ont essayé l'usage après une longue et laborieuse désinfection. Le crin de Florence est la glande sétigère du ver à soie (fig. 1), dont les naturalistes ont fait depuis longtemps la des-

(1) *Société de thérapeutique de Paris,* 24 juin 1885, et *Avantages du crin de Florence, silk-worm-gut des auteurs anglais, comme fil de suture.* Thèse de doctorat, par le docteur P. Bigo. Paris, 1886.

cription. On le trouve dans le commerce chez les marchands d'articles de pêche; mais il vaut mieux l'acheter directement chez les fabricants (Turin, Florence, Messine, etc.). Les paquets de cent crins (fig. 2), ainsi fournis, ont besoin d'être débarrassés du chevelu qui est à une extrémité, et aussi de la partie recouverte de laine qui est à l'autre extrémité. Une macération de six semaines dans l'eau phéniquée normale (2,5 p. 100) en assure la valeur antiseptique.


Fig. 3.

Pour faire une suture au crin de Florence, il faut faire le nœud du chirurgien, du moins le premier nœud (fig. 3).

L'observation suivante, adressée à la *Société de médecine de Strasbourg* par M. le Dr P. Bigo (de Caudry), précise les détails relatifs à la suture osseuse.

Arthur D.,., âgé de six ans et demi, tombe, le 13 juillet 1885. du haut (environ 10 mètres) d'un parapet des fortifications de Lille. On reconnaît une contusion cérébrale avec perte de connaissance pendant dix jours, une fracture des deux os de l'avant-bras gauche, très près de leur extrémité inférieure, enfin, une fracture avec plaie des deux os de l'avant-bras droit.

Huit jours après l'accident, M. le Dr Guermonprez, appelé auprès du blessé ne modifie pas l'appareil de l'avant-bras gauche, et il installe pour la première fois un pansement antiseptique sur la plaie qui siège au milieu de la face antérieure de l'avant-bras droit, à un ou deux travers de doigt au-dessus du poignet. Deux attelles, l'une antérieure et l'autre postérieure, placées par dessus des compresses graduées, assurent l'immobilisation.

Le pansement est renouvelé une fois par semaine.

Deux mois après l'accident, une esquille, longue de deux centimètres, large de trois à cinq millimètres, est éliminée par le trajet fistuleux qui remplace la plaie. La consolidation du cubitus est définitive. Rien n'est obtenu pour le radius.

A sept ou huit reprises différentes, de nouvelles esquilles sont éliminées par la plaie. Des appareils en gutta-percha, en silicate de potasse, en plâtre, sont successivement employés concurremment avec l'usage interne du phosphate tricalcique. La fistule se tarit en octobre; mais la pseudarthrose subsiste. L'enfant ne peut se servir de son membre, dont l'atrophie fait des progrès continuels.

Le 13 janvier 1886, M. Guermonprez pratique, avec M. Duret, l'opération suivante, au dispensaire Saint-Camille :

Après avoir chloroformisé le petit malade, il fait une incision longitudinale de 5 centimètres sur le bord cubital de l'avant-bras; il sectionne la peau et l'aponévrose sous-cutanée, passe un écarteur dans un interstice musculaire et, après avoir atteint la face antérieure du cubitus, il longe successivement les surfaces externe et postérieure et sort l'instrument en arrière, sans avoir décollé le périoste. A l'aide de la scie à marquetterie, une résection cunéiforme de deux centimètres du cubitus est ainsi pratiquée, de façon que la crête soit dirigée d'avant en arrière. Le membre, placé dans sa situation normale, ne présente plus la déformation signalée avec dépression du bord radial. Une incision est donc pratiquée sur le bord du membre, dans le but de découvrir le foyer de la pseudarthrose et d'en aviver les surfaces osseuses avant de les suturer. Malheureusement l'extrémité du fragment supérieur du radius ne se trouvait pas dans les conditions nécessaires pour permettre de se borner à un simple avivement. L'incision cutanée et aponévrotique pratiquée sur le bord radial, bien qu'elle eût plus de 4 centimètres de longueur, permit difficilement d'atteindre le fragment supérieur qui se trouvait absolument appliqué sur le cubitus. Pour le libérer, il devient nécessaire d'employer un détache-tendon, puis une rugine courbe sur le plat. On détruit ainsi les adhérences cicatricielles et quelques insertions musculaires, et l'on parvient à amener le fragment supérieur du radius et à constater *de visu* qu'il se termine par une pointe effilée large de 2 à 3 millimètres seulement à son sommet. Il est donc impossible d'y manœuvrer le perforateur, même en choisissant le foret le plus fin.

M. Guermonprez reprend alors la section cunéiforme du cubitus, dont il enlève un second fragment long de 15 millimètres environ, aux dépens du fragment supérieur. Un crin de Florence simple, passé à l'aide du perforateur se trouve coupé par le bord tranchant de l'os au moment où le chirurgien pratique le premier nœud. Un fil double, passé dans les mêmes conditions résiste parfaitement; il est abandonné complétement dans la plaie après section des bouts à ras du nœud. La même suture osseuse est pratiquée sans encombre du côté du radius. La bride fibreuse, très résistante, qui succède au trajet fistuleux, décrit plus haut, est séparée à l'aide d'une rugine au voisinage de la peau. Un drain est installé au fond de chacune des deux plaies dont la suture est faite à l'aide du crin de Florence.

Pour le pansement, l'iodoforme en paillettes est saupoudré sur chacune des deux plaies suturées; une compresse faite de huit épaisseurs de gaze phéniquée imbibée d'eau phéniquée normale (2 1/2 p. 100), environne tout le pourtour du membre; une feuille de mackintosh est maintenue par quelques tours d'une bande de gaze phéniquée. Le pansement des plaies étant ainsi assuré, l'écartement des deux os de l'avant-bras est provoqué au moyen de deux rouleaux bien serrés de gaze phéniquée, formant deux boudins, dont l'un est installé en avant et l'autre en arrière de l'avant-bras. Ces deux pièces sont maintenues et même comprimées par les tours spires de la bande de gaze phéniquée. Une couche d'ouate est ensuite disposée régulièrement autour de l'avant-bras et du poignet, et deux attelles un peu larges sont placées, l'une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du membre, qui est placé et maintenu dans la supination.

Quatre jours après l'opération, le drain de la plaie cubitale est complétement enlevé. Celui de la plaie radiale est raccourci de moitié.

Le 23 janvier (onzième jour), tous les points de suture cutanée et le reste du drain sont enlevés. La réunion est obtenue par première intention. La mobilité est très grande au niveau des solutions de continuité du squelette, mais il n'y a pas la moindre réaction inflammatoire.

Le 20 mars (soixante-sixième jour), la consolidation est complète; les mouvements de pronation et de supination sont sauvegardés; l'enfant peut écrire, soulever des objets en tenant le membre suivant une direction horizontale, ce qu'il n'avait pu faire depuis son accident. On ne trouve aucune induration, aucun nodus au niveau des sutures osseuses à fil perdu. Le membre est abandonné à lui-même sans aucun appareil ni pansement.

Pendant quinze jours encore, il présente une impossibilité d'écarter les deux derniers doigts et quelques troubles de la sensibilité, qui sont la preuve du traumatisme d'une branche du nerf cubital.


Fig. 4.

Puis, tout s'est entièrement réparé : la sensibilité est redevenue normale, les mouvements ont recouvré toute leur souplesse, et l'enfant, d'un naturel turbulent, n'est que trop tôt tenté de mesurer sa vigueur.

Tout récemment, M. le professeur Duret a fait le traitement du pied-bot varus-équin par la résection cunéiforme du cuboïde et de quelques parties des os voisins. Sept points

de suture ont été placés et ont assuré l'affrontement dans des conditions beaucoup meilleures que n'aurait pu le faire le simple appareil plâtré. Tous sont de crin de Florence et formés d'un fil simple; un seul d'entre eux s'est rompu sous l'effort de constriction du premier nœud.

Pour le placement des fils, le perforateur ne fut pas nécessaire. La structure des os du tarse du sujet, âgé d'environ six ans, permit de passer le crin de Florence à l'aide de l'aiguille de Reverdin, comme pour la suture cutanée.

Le résultat fut tout aussi satisfaisant que dans le premier cas. La réunion de la peau fut obtenue par première intention : le tissu osseux toléra parfaitement le crin de Florence.

Ces résultats sont importants : ils dispensent des pivots d'ivoire et des crampons d'ivoire proposés, cette année même (10 avril), au 15e *Congrès de la Société allemande de chirurgie,* par M. Kraske (de Fribourg), et aussi des vis d'acier et de la lame d'acier proposées à la même séance, par M. Hanzmann (de Hambourg).

Le crin de Florence est donc le *fil de choix* pour pratiquer la suture osseuse à fil perdu.

Il est aussi bien toléré que le catgut et les meilleurs fils métalliques.

Il est tout aussi solide, pourvu qu'on ait soin de le doubler.

Enfin, il est beaucoup plus fidèle que le catgut : celui-ci est absorbé par les tissus, tandis que le crin de Florence ne l'est pas, à moins qu'il finisse par disparaître au bout de plusieurs années (ce que l'observation n'a pas encore démontré).

COLOTOMIE ILIAQUE

Par M. le docteur Pirotais.

En 1885, la question de l'anus iliaque a été vivement agitée ; et au Congrès français de chirurgie, séance du 9 avril, Paul Reclus a bien fixé la valeur respective de la colotomie lombaire et inguinale.

Déjà la Société de chirurgie avait discuté la valeur intrinsèque des deux procédés. Les bons esprits paraissaient vouloir adopter la colotomie de Trélat.

Avant de faire valoir de nouveau les raisons qui militent en faveur de la colotomie iliaque, parlons du manuel opératoire.

Le professeur Verneuil vient d'indiquer une incision de 3 centimètres au tiers externe de l'arcade, dans une direction lui étant perpendiculaire et se dirigeant du côté de l'ombilic. Ce procédé est facile et simple; mais si, par hasard, les parois intestinales étaient néoplasiées, il faudrait revenir à l'incision de Littre. Je tiens à affirmer aussi qu'il faut faire l'incision à 2 centimètres 1/2 audessus de l'arcade, surtout chez les femmes à ventre flasque.

Pourquoi aussi chez, l'adulte, faire une incision extérieure de 7 à 8 centimètres allant à 4 en la rétrécissant. Commencez par la faire de 4 à 5 au plus, comme dans la gastrostomie (ici on peut aller à 6). A 4 centimètres, la suture aux extrémités est plus facile et tiraille moins.

Quant aux fils, cinq pour 4 centimètres suffisent; pourquoi huit? Faut-il, comme le professeur Verneuil, avoir un bel étalement de muqueuse, faire une large incision? Je pense que 3 centimètres suffisent, et encore faudra-t-il s'attendre à un peu de prolapsus muqueux.

Que doit-on employer pour les sutures? Mon excellent ami, le professeur Chauvel, parle de fils métalliques fins. J'aime mieux le catgut qui ne se sulfure pas, et encore les fils de soie qui se nouent bien mieux que le catgut. Déterminer une bonne réunion de l'intestin à la plaie abdominale est nécessaire.

Pour le pansement, gaze iodoformée avec anneau elliptique au niveau de la nouvelle ouverture, pour recevoir les matières et les enlever plus facilement.

L'idée de cette ouverture m'a été suggérée par mon confrère M. Dorange qui, ainsi que mon collègue M. Denis, m'ont été d'un précieux secours dans mon opération.

Je reviens au genre de colotomie et je dis comme Reclus que le procédé de Verneuil est préférable à celui de Trélat. Il faut ajouter que, quand des hommes de la valeur de Trélat, d'Allingham, de Curling et de Smith, ouvrent l'intestin grêle, nous autres provinciaux nous devons réfléchir, d'autant plus encore que, en 1885, sur 10 opérations, Verneuil a eu 9 succès.

Bien pénétré que l'S iliaque était sain, nous avons fait, il y a quarante jours, le Littre classique et nous avons eu un succès complet chez une jeune femme de vingt-sept ans, rendue au dernier degré de marasme. Cachectique, sans selle véritable depuis vingt jours et malade de carcinose rectale depuis deux ans. Elle sort, ne souffre plus, mange et pense même à la toilette.

Une petite question délicate. Vous avez réussi; votre malade, comme la nôtre, va régulièrement à la selle comme l'opérée lombaire de Trélat. Qu'avez-vous à faire? Il faut, sans retard, vous adresser à un de nos fabricants d'instruments de chirurgie. Galante fils a fait les obturateurs de M. Verneuil. Celui qui sera le plus facilement choisi sera l'appareil avec plaque inguinale, bien adapté à l'anneau anal et surmonté de la coque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance générale annuelle de l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain 27 décembre 1886, à deux heures, sous la présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le professeur Vulpian prononcera l'éloge de Flourens.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'assemblée des professeurs appelée à dresser des listes de présentation pour les chaires vacantes d'anatomie et de physique, a classé les candidats dans l'ordre suivant :

1° Anatomie. — En première ligne, M. Farabeuf ; — en seconde ligne, M. Rémy.

2° Physique. — En première ligne, M. Gariel ; — en seconde ligne, M. Desplats.

La liste des candidats à la chaire de pathologie interne laissée vacante par la nomination de M. le professeur Peter à la chaire de clinique médicale à l'hôpital Necker a été close jeudi soir. Les candidats, au nombre de huit, sont : MM. Debove, Dieulafoy, Duguet, Joffroy, Landouzy, Lancereaux, Quinquaud et Straus.

— Les questions données depuis notre numéro du 11 décembre 1886 pour l'épreuve orale de pathologie aux candidats du concours pour l'externat des hôpitaux de Paris, sont : 1° Symptômes de la pneumonie aiguë ; — 2° Des appareils inamovibles ; — 3° Du furoncle.

— Par arrêté ministériel en date du 26 novembre 1886, sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1885 :

1° *Médailles d'or :* MM. les docteurs Bertillon, à Paris ; Lardier, à Rambervillers ;

2° *Rappel de médailles d'or :* MM. les docteurs Coustan, médecin-major de première classe ; Daga, médecin-inspecteur du service de santé de l'armée ; Jablonski, à Poitiers ; Mauricet, à Vannes ; Mignot, à Chantelle ; Paris, à Versailles, et Pennetier, à Rouen.

3° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Amat, médecin-major de deuxième classe ; Aubert (M.-L.-L.), médecin-major de première classe ; Bories, à Montauban ; Bourgeois (A.-L.-A.), médecin-major de deuxième classe ; Catrin, médecin-major de deuxième

classe; Chabenat, à La Châtre; Chartier, à Nantes; Clémenceau de la Loquerie, à Fontenay-le-Comte; Combalat, à Marseille; Du Mesnil, à Sceaux; Durand, à Marseillan; Leroy des Barres, à Saint-Denis; Quivogne, médecin-major de deuxième classe; Renauld, à Cherbourg; — M. Patin, chef de la deuxième division de la préfecture de police.

4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les docteurs Barbrau, à Rochefort; Bec, à Mézel; Blanquinque, à Laon; Darolles, à Provins; Geschwind, médecin-major de première classe; Métadier, à Bordeaux; Nivet, à Clermont-Ferrand; Pujos, à Auch, et Rousseau, à Vouziers.

5° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Coffec, à Quimper; Couillaud, à Épernay; Laurens, à Magescq; Masson, à Chambéry; Ollé, à Saint-Gaudens et Valois, à Cosne.

— Par arrêté ministériel en date du 29 novembre 1886, et sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et les revaccinations en 1885 :

Prix de la valeur de 1,500 *francs*, partagé entre : MM. les médecins-majors de 1re classe Aubert, Breton et Longet.

Médailles d'or : MM. les docteurs Carpentier-Méricourt, à Paris; Debets de Lacrousille, à Périgueux; Fournac, à Marseille; Mme la sage-femme veuve Damemme, à Saint-Lô.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bissey, à Précy-sous-Thil; Borderemy, à Commentry; Bosq, à Guillestre; Cassagnes, à Gorses; Chapoy, à Besançon; Coche, à Rives; Daillan, à Bédarrides; Daube, à Roujan; Degos, à Mugron; Dezautière, à La Machine; Dormont, à Prauthoy; Dufourcq, à Salies; Fayard, à Niort; Gaillemin, à Vagney; Garreau, à Bourgneuf; Gassot, à Chevilly; Gauthier, à Sijean; Genoud, à Thonon; Grinda, à Nice; Guibert, à Saint-Brieuc; Lagarde, à Vals; Lagarde, à Montauban; Le Royer, à Carrouges; Piot, à Aiguebelle; Pize, à Montélimar; Plonquet, à Ay; Pouliot, à Confolens; Pouzol, à Monistrol-sur-Loire; Pujos, à Auch; Radou, à Paris; Reynaud, à Bagnols-sur-Cèze; Rœlandts, à Courbevoie; Solaville, à Poitiers; de Welling, à Rouen.

MM. les médecins-majors de 1re classe Aron et Geschwind.

MM. les médecins-majors de 2e classe Billot, Huguenard, Legageur et Mackiewicz.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Marchand, Meynier, Mosimann et Stroëbel.

M. le médecin de la marine Dhoste, à Karikal.

MM. les officiers de santé Bailliez, à Harnes; Casteil, à Palau-del-Vidre; Gaubet fils, à Saman; Guillorier, à Combourg; Johnston, à Châteaulin et Roger, à Plouigneau.

Mmes les sages-femmes Allevent, à Avallon; Augé, veuve Cabau, à Massa; Blanchard, à Poitiers; Cambray, à Toulon; Chabrie, à Chapdes-Beaufort; Chapuis, femme Morrier, à Lompnes; Chauffour, à Miramont; Chercuite, à Nogent-sur-Seine; Coley, femme Derud, à Besançon; Colleu, à Clermont-de-l'Oise; Cossin, femme Genot, à Mirecourt; Ve Dauvillers, à Soissons; Delbrel, à Périgueux; Dolléans, à Voves; Duniat, à Mézières; Dupré, à Luz; Faucheron, née Boucherie, à Bazoges-en-Pareds; Ve Finqueneisel, à Constantine; Fournier, à Amiens; Fréchou, à Tarbes; Frès, à Langogne de Lozère, Gassin, à Toulon; Grenier, femme Coq, à Objat; Ve Grossemy, à Saint-Quentin; Heu, à Cirès-les-Mello; Jacob, à Meaux; Jouvert, femme Charlon, à Issoudun; Laffitte, à Castres; Ve Lailler, à Pont-Audemer; Lassalle, à Valence; Laudren, à Lorient; Lavrilleux, à Vierzon-Ville; Leclerc, à Alençon; Legrandjacques, femme Rogé, à Fromeréville; Lutkiewicz, née Depomme, à Saint-Germain-les-Belles; Mugot, à Troyes; Phélut, à Églisenenve-d'Entraigues; Porinot, femme Cariat, à Trévoux; Riboux, née Cotella, à Romorantin; Roméo, à Bourgueil; Ronné, à Laval; Rossi, à Ajaccio; Roulet, à Vallières; Roussel, à Saumur; Thibaud, à Saint-Germain-Laval; Thomas, Ve Lançon, à Saint-Claude; Tourneur, à Essonnes; Vidaline, à Saint-Cernin.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 novembre 1886, sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales, pendant l'année 1884 :

1° *Médaille d'or.* — M. Lacour, pharmacien-major de première classe.

2° *Rappels de médailles d'or.* — MM. les docteurs Caulet et Tillot.

3° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Blanc, Regnault et Senut.

4° *Rappel de médaille d'argent.* — M. le docteur Planche.

5° *Médailles de bronze.* — M. Barthe, pharmacien aide-major de première classe; MM. les docteurs Belugou et Daudirac.

6° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les docteurs Binet et Cros.

— M. le docteur Péan, à cause des fêtes de la Noël, fera sa leçon clinique jeudi 23 décembre, au lieu du samedi 25, à neuf heures et demie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1887, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien;* — 2° *Mémorial obstétrical;* — 3° *Formulaire magistral;* — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger;* — *Plus, un calendrier à deux jours par page,* la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale,* avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Étude sur les aliénés persécuteurs, par le docteur P. Pottier, ancien interne des asiles de la Seine, médecin de la Maison de santé de Vanves. Grand in-8° de 110 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Mariage au point de vue de l'hérédité, par le docteur Battesti. 1 vol. in-18. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20461

31

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

« Un grand nombre d'accidents « morbides dont la cause paraît « ignorée sont dus à un état de « constipation habituelle.

. . . .

« Loin de modifier heureuse- « ment la constipation, les pur- « gatifs l'augmentent et la ren- « dent presque invincible.

« Professeur TROUSSEAU. »

Les expériences nombreuses faites depuis 1872 dans les hôpitaux ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation habituelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépatique.

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous les matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées sans aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. — En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents dont elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.

Prix: 3 fr. la boîte dans toutes les pharm.

52

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le plus grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, quoique au même titre d'excitant général de la nutrition. — Dans les névralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scrofule, c'est-à-dire dans un très grand nombre de manifestations.

Un, puis deux granules aux deux principaux repas.

Prix : 3 fr. le flacon dans toutes les pharmacies.

15

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

21

RHUMES — TOUX — BRONCHITES — AFFECTIONS DE LA POITRINE.

GOUTTES LIVONIENNES

DE TROUETTE-PERRET

Créosote de hêtre, 0,05^{cgr}; Goudron, 0,07^{cgr} 1/2, Baume de tolu, 0,07^{cgr} 1/2.

DOSES : *De 2 à 4 capsules matin et soir.*

3 fr. le flacon de 60 capsules.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, B^{ard} Voltaire, Paris.

41

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement. 60 dragées, 5^{f}. Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

14

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.032,7
	gr.	
Beurre par litre	50.000	
Albumine	7.000	
Caséine	27.300	
Sucre de lait	56.500	
Sels	8.000	
Total des matières fixes	148.800	148.800
Eau		883.900

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.395
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.977
Magnésie	0.140
Potasse	1.496
Soude	0.937
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.884
Total	8.000

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0^{f}50 à 3^{f}.** Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : 6 à 8 pastilles par jour.

MARIANI, ph^{ien}, 41, Brd Haussmann et t^{tes} ph^{ies}.

61

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.— R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

17

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

58

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

12

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

AU CANTHARIDATE DE SOUDE

Ce **vésicatoire** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *cystite* à redouter).

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennemen 40, rue des lancs-Manteaux).

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

106

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

24

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

52

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

42

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

88

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse).

Contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

77

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules*; **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr BOUCHARDAT.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. PhieLANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

66

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES : (Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

78

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mecomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle*.

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur*. Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine*.

J. MOUSNIER, à Sceaux (Seine).

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

92

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

80

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

15

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons bien souvent exprimé le regret de voir toute la solennité des séances publiques de l'Académie de médecine se réduire à la lecture d'un rapport sur les prix.

M. le secrétaire perpétuel Béclard écrit trop bien et lit trop bien pour qu'on l'approuve de laisser perdre la vieille tradition des éloges académiques.

Ce ne sont pas les sujets qui manquent, car il n'est pas besoin de remonter bien haut pour avoir à regretter la perte de personnalités remarquables, de savants d'un trop grand mérite pour qu'il suffise d'en dire quelques mots, incidemment, à la fin d'un discours général sur les prix où les développements nécessaires seraient impossibles.

M. le secrétaire annuel Proust a dû se borner ainsi à rappeler la mémoire d'académiciens morts cette année en laissant une œuvre considérable, comme le grand Jules Guérin.

Mais il a tracé de M. Bouchardat le fin croquis suivant :

« Un autre de nos maîtres s'est également éteint qui, pendant une existence prolongée au delà des limites ordinaires, a rempli à l'Académie, dans notre école, ainsi que dans le monde scientifique, une place des plus considérables.

La figure du professeur Bouchardat était familière depuis un demi-siècle à tous ceux qui se sont occupés d'études médicales, et on ne saurait oublier cette physionomie qui se fixait d'autant mieux dans la mémoire que les ans semblaient passer sur elle sans la changer.

Grand, légèrement voûté, la chevelure en désordre, Bouchardat s'animait en quelque sorte d'une vie nouvelle dès qu'on lui adressait la parole, et les aperçus ingénieux, la souplesse de sa conversation illuminaient d'un éclat inattendu cette physionomie un peu terne au premier abord et à laquelle le feu de la discussion donnait une expression toute différente.

Les infirmités inséparables de l'âge avaient dans une certaine mesure alourdi son corps sans effleurer son esprit, et jusque dans un âge des plus avancés, il a conservé toute la vivacité de son intelligence, la finesse de son esprit et son ironique bonhomie.

Tous ceux qui ont été visiter le professeur Bouchardat n'oublieront jamais cette vieille maison de la rue du Cloître-Notre-Dame, avec sa simplicité et sa modestie excessives. Dans un cabinet vaste, avec une cheminée prussienne au centre, on trouvait à peine un siège pour s'asseoir, les fauteuils et les chaises étant occupés par des livres, des brochures.

Le docteur Napias, dans le charmant éloge qu'il a fait à la Société de médecine publique du professeur Bouchardat, nous apprend que, au début de son existence, pendant sa vie si occupée d'interne, il y avait une place pour la fantaisie.

C'est à cette époque que Bouchardat, qui avait toujours aimé la littérature, et qui à Avallon organisait des représentations théâtrales qui faisaient courir toute la ville, c'est vers cette époque, disons-nous, qu'il publia des nouvelles, des petits romans. Cette fièvre littéraire de la vingtième année est commune aux plus grands savants : c'est avec un drame en poche que Claude Bernard arrivait à Paris en 1834.

Plus tard, Bouchardat était encore d'avis que quelques quarts d'heure fussent consacrés aux joyeuses lectures et affirmait qu'il est peu d'hypochondriaques qui ne se trouvent mieux après avoir « savouré », ce sont ses expressions, quelques pages de Rabelais, parcouru Don Quichotte, relu une pièce de Molière. Il recommande même expressément le théâtre de Labiche.

Dernier représentant de la promotion par le concours, il fut vainqueur dans une lutte à laquelle des hommes de la valeur de Guérard, de Tardieu et de notre secrétaire perpétuel avaient participé. A dater de cette époque, il n'a cessé de remplir avec un zèle infatigable ses fonctions de professeur, et toujours, il faut le dire, la sympathie du public a répondu à ses efforts.

Comme professeur, Bouchardat se distinguait par l'originalité des vues, par la précision des idées et par la très grande abondance de son érudition.

S'il était établi que l'on tombe toujours du côté vers lequel on penche, il est certain que Bouchardat aurait dû avoir une prédilection peut-être trop marquée pour l'introduction de la chimie dans l'étude de l'hygiène.

Mais Bouchardat, que ses premières études avaient évidemment plus particulièrement dirigé du côté des sciences physiques et chimiques, a eu le rare mérite d'insister surtout sur les relations qui existent entre l'hygiène et la médecine, et d'écrire un traité d'hygiène dont le titre indique

suffisamment le but et les tendances : *Traité d'hygiène basé sur l'étiologie*.

Le *rerum causa* était donc l'objet de ses médidations, et il accordait une place importante au rôle des ferments. En dernier lieu, il s'était montré un adepte des plus fervents des idées microbiennes, s'efforçant ainsi de se mettre au niveau de la science contemporaine, car il avait toujours eu la prétention de ne point vieillir, ni d'esprit, ni de corps.

Les travaux de Bouchardat, dont le nombre est incalculable, ont porté sur les sujets les plus divers, la physique, l'histoire naturelle, l'économie rurale.

Il s'était acquis une véritable notoriété comme viticulteur et a publié des mémoires sur les principaux cépages de la Bourgogne, un travail sur la dégénérescence des cépages abandonnés sans culture, une monographie des pineaux, une monographie des tresseaux, des études sur le perfectionnement des cépages, sur les maladies de la vigne, sur les cépages du Midi, etc.

L'intérêt qu'il portait à la vigne que lui avaient transmise ses ancêtres bourguignons et qu'il avait étendue considérablement, lui faisait donner une supériorité indiscutable au bourgogne sur le bordeaux, et c'était avec chagrin qu'il assistait à la déchéance de notre fortune vinicole et aux modifications dans la composition du jus fermenté du raisin, à ses altérations, transformations et substitutions, que les falsificateurs, salicyleurs et autres nous imposent aujourd'hui.

Ses travaux sur le diabète sucré sont classiques. Reprenant au début la théorie ébauchée par Rollo et par Prout, il l'abandonna plus tard, quand il fut démontré que le diabète peut persister en l'absence de toute alimentation féculente. Il formula alors une opinion éclectique, insistant seulement, avec sa sagacité habituelle, sur l'importance du régime et des règles hygiéniques dans le traitement de cette maladie.

L'observation d'une épidémie de scorbut à la Salpêtrière lui a donné l'occasion d'en établir avec netteté les causes et de formuler les moyens préventifs. Si, en effet, comme on l'a dit, la prophylaxie n'est le plus souvent qu'une étiologie retournée, cela est surtout vrai pour le scorbut, et Bouchardat proclama que c'était là une maladie à peu près vaincue par l'hygiène.

Bouchardat a publié, dans la série de ses annuaires, un certain nombre d'articles, tels que l'étude du régime dans les affections aiguës et dans les maladies chroniques, que ne désavouerait pas le clinicien le plus consommé. Enfin il a créé cette expression de misère physiologique qui, dépassant le cadre restreint de la profession médicale, a pris droit de cité dans le langage du grand public. Bouchardat avait en quelque sorte couronné son œuvre par la publication de son *Traité d'hygiène*, qui résume la totalité de sa vie scientifique et de son enseignement.

Libre des soucis de la clientèle, qui serait venue le chercher s'il ne l'avait pas systématiquement repoussée, simple jusqu'à l'excès dans ses habitudes, Bouchardat disposait d'une somme considérable de loisirs, qu'il a consacrés en grande partie au service de ses concitoyens, dans des œuvres de Charité. Administrateur du bureau de bienfaisance de son arrondissement, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, il a rendu d'éminents services à la population pauvre de Paris, et ce n'est point là certainement un de ses moindres titres de gloire. Bouchardat était l'un des membres les plus anciens de l'Académie : il avait été élu en 1850 et avait été appelé à l'honneur de la présider en 1866.

On a souvent dit, écrit et pensé que la carrière scientifique était pleine de déboires, qu'elle ne réservait qu'une existence tourmentée et pénible à ses adeptes et que tous ceux qui aspirent au bien-être et aux satisfactions pratiques de la vie doivent rechercher dans des occupations plus directement matérielles la satisfaction de leurs désirs. La longue et paisible existence de Bouchardat, qui s'est écoulée au milieu du travail et qui s'est terminée au sein des honneurs vient donner un démenti à cette appréciation pessimiste et montrer que le savant vraiment digne de ce nom peut trouver, dans une existence absolument dégagée de toute préoccupation, le genre de bonheur qui répond le mieux à ses aptitudes et toutes les satisfactions légitimes qui peuvent orner l'existence. »

Des dames en très grand nombre assistaient à cette séance et ont vivement applaudi M. le secrétaire annuel.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

Des moyens d'exploration en obstétrique.

Les moyens d'exploration en obstétrique sont nombreux, et leur application est de la plus haute importance soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit enfin chez la femme accouchée.

Si le plus souvent la grossesse est facile à reconnaître, vous savez aussi qu'il est des cas où le diagnostic est des plus difficiles. Je vous citerai le fait suivant qui s'est passé il y a une trentaine d'années à la Société de chirurgie, dont les membres cependant sont des hommes distingués et éminents. Or, certain jour, l'un d'eux présentait à ladite Société l'une de ses clientes, demandant à ses collègues leur avis sur le genre de grossesse auquel on avait affaire chez cette femme. Or, après l'avoir examinée attentivement, tous se prononcèrent pour l'existence d'une grossesse extra-utérine, et, par suite, émirent l'opinion que le procédé opératoire auquel il fallait avoir recours chez elle, devait consister à ouvrir le ventre et extraire le fœtus.

Pourtant quelques-uns des chirurgiens présents, éprouvant encore quelques doutes sur un diagnostic ferme, proposèrent à l'assemblée de mander Paul Dubois et de le consulter, nul mieux que lui ne pouvant trancher la question. Paul Dubois vient, examine la femme et déclare qu'il s'agit d'une grossesse parfaitement utérine et que l'accouchement se fera tout seul, ce que l'événement confirma absolument.

Ainsi voilà un fait dans lequel on eut affaire à un de ces utérus très rares, car je n'en ai rencontré, dans toute ma carrière, que trois ou quatre semblables, c'est-à-dire à un de ces utérus dont les parois ne sont pas beaucoup plus épaisses qu'une feuille de papier, de telle sorte qu'on sentait le fœtus à travers la paroi abdominale comme si on l'avait eu dans la main, d'où le diagnostic émis de grossesse extra-utérine, diagnostic erroné que Paul Dubois, avec sa grande compétence et par l'application de tous les moyens d'exploration auxquels on doit avoir recours, avait su redresser à temps, avant qu'on eût décidé de fendre le ventre de cette femme.

Quels sont donc les moyens d'exploration que nous devons employer ? Ils varient certainement, qu'il s'agisse de

dire s'il y a grossesse, si l'enfant est mort ou vivant, à quelle présentation on a affaire, si le travail est naturel, ou si l'accouchement est laborieux, difficile, etc., etc. Ces moyens sont l'application de nos sens et de la parole, selon certaines méthodes, au diagnostic et au pronostic. Ce sont l'application : 1° de la vue ; 2° de la parole, par les questions que vous poserez à la femme ; 3° du toucher, du palper, ce dernier si en honneur aujourd'hui ; 4° de l'ouïe, par l'auscultation, — je ne parle, bien entendu, qu'au point de vue de l'obstétrique ; — 5° l'application de plusieurs sens réunis, tels par exemple que l'ouïe et la main, autrement dit la percussion, qui rend, dans certains cas, des services importants ; 6° l'odorat lui-même : pour lui la question n'a jamais été traitée si ce n'est peut-être récemment par un de mes confrères. En tous cas l'odorat est quelquefois d'une application importante aussi en obstétrique, car il peut vous permettre, par exemple, en arrivant auprès d'une femme récemment accouchée, de présumer son état morbide.

Autrefois, — il y a une vingtaine d'années, — je disais souvent : « Vous pouvez me conduire à l'hôpital des cliniques, les yeux bandés, me faire faire avant d'y entrer tous les détours que vous voudrez, et cent fois sur cent je vous dirai à coup sûr, par l'odorat, le moment où je serai dans la clinique. » Aujourd'hui nous avons heureusement fait disparaître cela, nous avons fait disparaître toutes les odeurs de la clinique d'accouchements. J'avais également si bien dans le nez l'odeur de la Charité et de l'Hôtel-Dieu que j'aurais pu, aussi les yeux bandés, les distinguer. Mais, je le répète, grâce aux immenses progrès réalisés, ces épouvantables odeurs ont complètement disparu.

Néanmoins en obstétrique le nez peut encore vous servir de guide dans certains cas. Ainsi une femme a-t-elle le placenta retenu depuis plusieurs jours dans la matrice, putréfié, vous le sentez dès votre arrivée à la porte, c'est une odeur qu'on appelle *sui generis*, ce qui veut dire, en bon français, horriblement infecte, et à tel point que si vous touchez un de ces placentas, vos doigts en conserveront l'odeur quinze jours durant, quels que soient les soins de propreté, de toilette, que vous ayez pris; eau de Botot ou autre, rien n'y fera.

Ne savez-vous pas, d'ailleurs, que les lochies ont une odeur particulière? Ne savez-vous pas aussi que certaines femmes portent avec elles une odeur spéciale lorsqu'elles ont leurs règles, malgré les soins de propreté les plus méticuleux. Certaines personnes prétendent même que, en cuisine, certains plats ne peuvent réussir si la cuisinière a ses règles, qu'une sauce mayonnaise, par exemple, tourne aussitôt, etc., etc.

Bref il n'est guère qu'un de nos sens, le goût, qui ne sert pas comme moyen d'exploration. Et encore est-il certains médecins qui croient devoir goûter le lait de la nourrice, d'autres aussi l'urine pour se rendre compte de la présence ou de l'absence de sucre. Mais c'est là un moyen d'exploration réellement accessoire.

Tous ces divers moyens d'exploration, en résumé, ont une multitude d'applications en obstétrique et rendent de véritables services à la condition surtout de se contrôler les uns les autres, si l'on veut émettre un bon diagnostic et un bon pronostic.

Hier soir je parcourais une thèse, ancienne déjà, dont j'ignore si l'auteur est encore de ce monde, thèse faite sur la stérilité chez la femme et l'efficacité des eaux de Plombières. Or, tout en lisant, je cherchais quelle part l'auteur avait faite à l'homme dans les causes de la stérilité. Eh bien il n'en a pas dit un mot, le nom d'homme n'était même pas prononcé une seule fois. C'est ainsi qu'autrefois, il y a une quarantaine d'années, on disait que 99 fois sur 100 la stérilité était de la faute de la femme et 1 fois seulement l'homme était en cause. Mais depuis que j'ai étudié un peu sérieusement la question, j'ai pu dire que sur 100 ménages stériles on en trouvait de 20 à 25 dans lesquels l'homme n'avait pas pu faire d'enfants. Mais comment savoir cela si ce n'est par la vue, par l'examen de la semence de l'homme. Voilà, entre cent, une application d'un de nos moyens d'exploration.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sclérose en plaques.

I

En vous parlant aujourd'hui de cette affection, mon but n'est pas de traiter la question à fond, mais seulement au point de vue des difficultés que peut, dans certains cas, présenter le diagnostic.

Pour cette maladie, on s'en rapportait autrefois au tableau symptomatologique qu'en avait donné Duchenne (de Boulogne); mais, il faut bien le dire ici, la marche classique est l'exception, tandis que les anomalies en sont la règle. En effet, la sclérose en plaques est une affection essentiellement mobile qui, dans sa marche, affecte certaines particularités, notamment de présenter des rémissions fréquentes dans ses symptômes, voire même de guérir. Mais pour reconnaître ce que l'on a dénommé les formes frustes, il faut établir un étalon, c'est-à-dire un type classique.

L'anatomie pathologique de la sclérose en plaques a été connue bien avant sa symptomatologie, et nous trouvons dans Cruveilhier certaines planches nous montrant les lésions anatomiques que l'on rencontre dans cette maladie, tandis qu'il n'y a guère qu'une vingtaine d'années que la symptomatologie a été décrite.

Ces lésions sont l'antipode des lésions dites systématiques, fasciculées; ce sont des lésions disséminées, s'étendant en profondeur, affectant plutôt la substance blanche que la substance grise, quoique cette dernière puisse être envahie également. Elles atteignent non seulement la région cérébrale, mais aussi la région spinale et jusqu'aux nerfs périphériques. C'est ainsi qu'elles peuvent frapper tous les faisceaux de la moelle, toutes les parties du bulbe, tantôt les parties superficielles, tantôt les parties profondes de la protubérance, toutes les parties du pédoncule, ainsi que la substance grise et la substance blanche des hémisphères. Les nerfs périphériques spinaux, céphaliques, bulbaires, sont quelquefois aussi le siège de plaques de sclérose.

Quant à l'histologie, elle nous fournit aussi des renseignements intéressants. Elle nous montre dans la sclérose les plaques isolées, l'absence de dégénération secondaire, la destruction seule des cylindres de myéline et la conservation des cylindres axilles, de telle sorte que le nerf persiste dans son élément fondamental, d'où la rémission possible des symptômes, voire même la guérison par la reproduction de la myéline autour du cylindre axille, contrairement à ce que nous observons dans d'autres affections, telles, par exemple, que le tabes.

Les travaux les plus récents sur la sclérose en plaques, — la thèse inaugurale de M. Babinski, — nous ont parfaitement démontré le processus de cette affection, que nous ne connaissions pas encore jusque-là, processus actif et non passif.

La sclérose en plaques peut présenter trois formes : 1° une forme surtout spinale; 2° une forme surtout cérébrale ; 3° une forme cérébro-spinale qui constitue le type classique.

Les deux malades que je vais — ces quelques mots dits — vous montrer, se complètent l'un par l'autre, chacun d'eux présentant quelques-uns des phénomènes que l'autre n'a pas.

Le premier est un homme entré dans notre service et dont voici l'histoire. Il est âgé de vingt-cinq ans et a exercé la profession de boulanger-pâtissier. Au moment où la classe à laquelle il appartient est appelée sous les drapeaux, il ne se présente pas au corps. Quelque temps après il est arrêté et conduit à la prison du Cherche-Midi. Il y est atteint d'une pneumonie infectieuse très grave — je vous rappellerai à ce propos que l'on a vu quelquefois la sclérose en plaques se développer à la suite d'une maladie infectieuse — et est traité par M. le docteur Paulet. Pendant le cours de cette affection, il a une parotidite avec accès, puis un certain degré de parésie avec engourdissement des deux derniers doigts de chaque main. Ces phénomènes s'accompagnent de quelques troubles de la sensibilité et durent près de deux mois, après quoi on renvoie cet homme au 4e régiment de ligne, à Lille. Là il est pris de temps en temps de vertiges avec titubation et embarras de la parole, si bien qu'il est considéré comme en état d'ivresse et conduit à la salle de police. Les faits se reproduisent; on reconnaît que cet homme n'est pas un alcoolique; mais, ce qui ne vaut pas beaucoup mieux pour lui, on le regarde comme un simulateur désireux d'être exonéré du service militaire et il est envoyé en prison. Puis le mal se corse, et il est condamné à aller en Algérie dans une compagnie de discipline. Mais, heureusement pour lui, quelques jours avant de partir, un médecin militaire, M. le docteur Richard, appelé à l'examiner, reconnaît qu'il ne s'agit ni d'alcoolisme ni de simulation, mais bien d'une sclérose en plaques et, sur son certificat motivé, le pauvre homme est enfin réformé. C'est dans ces conditions, et après toutes ces péripéties, qu'il entre dans mon service, à peu près tel qu'il est encore aujourd'hui.

Quant au deuxième malade, c'est une femme de vingt-cinq ans qui, elle aussi, rentre dans la catégorie des gens qui n'ont pas de chance. Née dans les Vosges et travaillant dans les toiles, elle a un père ivrogne et brutal, une mère qui la bouscule et la frappe ; — elle avait commis certaines petites fautes. — Bref, le mal commence, comme chez l'autre malade, par des vertiges, un certain degré de titubation. Un jour, son travail terminé, elle sort d'une maison, — à Troyes, — elle est prise de vertiges, tombe, sans perdre connaissance, et est conduite à l'hôpital de cette ville. Elle y reste quelque temps, après quoi, au mois de septembre dernier, elle nous est renvoyée.

Voici pour l'histoire de ces deux malades; quant à la symptomatologie qu'ils présentent, elle est ainsi caractérisée : chez l'homme on observe, au moindre mouvement, un tremblement de la tête, tremblement antéro-postérieur, et un tremblement latéral des membres; ce tremblement ne disparaît que lorsque le malade est couché ; il se produit aussi à la moindre émotion. La femme, au contraire, ne présente aucun tremblement. Ce phénomène n'est donc pas un caractère essentiel, constant.

Tous deux, l'homme et la femme, accusent au dynamomètre une certaine faiblesse des membres, Mais chez elle on constate, en plus, une parésie du genre spasmodique, c'est-à-dire une exagération des réflexes.

La marche est spéciale chez tous les deux; elle s'effectue par une progression particulière, complexe, formée de deux éléments : 1° l'élément titubant, plus particulièrement prononcé chez l'homme ; 2° l'élément spasmodique, plus accentué chez la femme. Il n'y a, chez l'un et chez l'autre, aucuns troubles vésicaux. Voilà pour les phénomènes spinaux.

Quant aux symptômes céphaliques, vous constatez, en les regardant avec attention, un certain degré de nystagmus : les deux yeux ne regardent pas ensemble, par suite d'une paralysie associée, d'un tremblement analogue à celui des membres ; de là un regard vague, hébété.

Il y a aussi dysarthrie, c'est-à-dire un embarras particulier de la parole, une véritable lenteur, une scansion des mots. La femme a, en plus, une paralysie du voile du palais, d'où le nasonnement et la régurgitation des boissons par les fosses nasales.

Tous deux ont des vertiges.

Enfin, nous ne trouvons chez tous deux aucun phénomène intellectuel, ni amnésie, ni affaiblissement de l'intelligence, comme on le remarque chez un certain nombre de malades atteints de sclérose en plaques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 14 décembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

RAPPORT

M. PROUST, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1886.

PRIX DE 1886

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Des ruptures du canal de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement.* — Quatre mémoires ont été adressés pour ce concours. — Le prix est décerné à M. le docteur Étienne (Aubin-Joseph), de Toulouse. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Drochon, de Bressuire (Deux-Sèvres).

Prix Amussat (1 500 francs). — Le prix est accordé à M. le docteur G. Assaky, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

Prix Barbier (2 000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° Un encouragement de 1 000 francs à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'École vétérinaire de Toulouse ; 2° Un encouragement de 500 francs à M. E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. Lafon (de Paris), préparateur au laboratoire de toxicologie.

Prix Capuron (1 500 francs). — Question : *Valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales.* — Le prix est décerné à M. le docteur Bouillet, de Béziers (Hérault).

Prix Civrieux (1 000 francs). — Question : *La migraine.* — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs Thomas (L.), de Paris et Régeard (de Paris). Mentions honorables à MM. les docteurs Liégeois, à Bainville-aux-Saules (Vosges) et Martin (Georges), de Bordeaux.

Prix Desportes (1 500 francs). — L'Académie accorde : 1° Une récompense de 1 000 francs à M. le docteur du Castel (de Paris); 2° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Moncorvo (de

Rio de Janeiro); 3° Une mention honorable à M. le docteur Callias.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* — Les auteurs devaient présenter des observations originales recueillies en France. Aucun travail n'a été présenté. La même question est remise au concours pour 1887.

Prix Falret (1000 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.* — L'Académie n'a reçu aucun mémoire. Le même sujet est remis au concours pour 1888.

Concours Vulfranc Gerdy. — M. Boutarel, attaché à l'hospice civil de Versailles, a été nommé stagiaire aux eaux minérales. L'Académie l'a désigné pour aller étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues. — Conformément à l'article 8 du règlement, une somme de 1500 francs a été allouée à M. Boutarel.

Prix Godard (1000 francs). — L'Académie partage le prix entre Mlle A. Klumpke (de Paris) et M. le docteur Perrin (Léon), de Marseille. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Roux (Fernand).

Prix Herpin, de Metz (1500 francs). — Question : *Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.* — Le prix est décerné à M. Marcel Crivelli, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Huguier (3000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Périer (Ch.), chirurgien à l'hôpital de Lariboisière, Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1600 francs). — Question : *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.* — L'Académie accorde : 1° Un prix de 1000 francs à MM. Cazin, médecin à l'hôpital de Berck, et Iscovesco, dit Escault, interne audit hôpital; 2° Une récompense de 300 francs à M. le docteur Gibert (du Havre); 3° Une récompense de 300 francs à M. Jacquet (Lucien), interne à l'hôpital Saint-Louis. Mentions honorables à MM. les docteurs Friot (A.), de Nancy, et Comby (Jules), de Paris.

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix est accordé à M. Berlioz, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Pitié.

Prix Louis (3000 francs). — Question : *Étude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 500 francs à MM. les docteurs P. Chautard et P. de Gennes (de Paris).

Prix Auguste Monbinne (1500 francs). — L'Académie accorde le prix à M. le docteur Charrin (de Paris).

Prix Orfila (2000 francs). — Question : *Du venin de la vipère.* — L'Académie n'a rien reçu pour ce concours, Même question pour 1888.

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Hallé, interne à l'hôpital Trousseau.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Le goitre exophthalmique.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois de Bainville-aux-Saules (Vosges).

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Aucun travail n'a été adressé à l'Académie.

Prix Saint-Paul. — L'Académie ne décerne pas le prix de 25000 francs. Elle accorde un prix d'encouragement de 1000 francs à M. le docteur Alfred Suss (de Paris).

Prix Stanski (2000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde : 1° Une récompense de 1200 francs à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'École vétérinaire de Toulouse; 2° Une récompense de 800 francs à M. le docteur Léon Bec, à Mézel (Basses-Alpes).

Prix Vernois (800 francs). — Le prix est accordé à M. Monod, préfet du Finistère. Mentions honorables à MM. les docteurs Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, Riant (de Paris) et Thoinot (de Paris).

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales, pour l'année 1884. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1198.)

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies pour le service des épidémies de 1885. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1197.)

Service de l'hygiène de l'enfance. — La somme de 2000 francs, mise annuellement à la disposition de l'Académie de médecine par M. le ministre de l'intérieur, est destinée à récompenser les meilleurs mémoires adressés à la Compagnie, sur l'hygiène des enfants du premier âge et aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde : 1° *Médaille d'or à :* Mme Furtado-Heine (Paris).

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Sagnier, de la Grand'Combe (Gard);

3° *Médaille de vermeil à :* M. Lavergne (Moulins); M. Ory (E.), inspecteur des Enfants-Assistés du Jura; MM. les docteurs Picard, de Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher), et Regnoul de Villeneuve-la-Guyard (Yonne).

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Coni et Sutils, de la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne);

5° *Rappel de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Capelle, à Hermies; Carassus (de Milly); Driard (de Moret-sur-Loing), et Séjournet, de Revin (Ardennes);

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Czajewski (Cyprien), à Orléans; Dumée, à Nemours; Gierszynski (Henri), à Ouarville; Jenot (E.-D.), à Dercy; Pamard, à Avignon, et Picard à Lagny.

7° *Mentions honorables à :* MM. les docteurs Gandaubert, à Montsauche; Surbled, à Corbeil, et Vidal, d'Hyères (Var).

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs, pour le service de la vaccine en 1885. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1198.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1887

(Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 745.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1888

(Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 745.)

Prix Barbier (2000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Des gommes syphilitiques.*

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Auguste Monbinne (1500 francs). — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un

prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

Prix Barbier (2000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.*

Prix Civrieux (1000 francs). — Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.*

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Des néoplasmes congénitaux.*

Prix Desportes (1300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Godard (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier (3000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis (4000 francs). — Question : *Des médications antithermiques.*

Prix Auguste Monbinne (1500 francs). — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Portal (600 francs). — Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologique des capsules surrénales.*

Prix Vernois (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1887 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai 1887, et ceux pour les prix à décerner en 1888 et 1889 devront être adressés fin février de la même année. Ils devront être écrits très lisiblement en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exemptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 décembre 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de première classe de la marine Philip, Alix, Hahn et Ortal.

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1886, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de première classe Massaloup, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Lille; Lortat-Jacob, pour l'emploi de directeur du service de santé de la division d'Oran.

M. le médecin principal de deuxième classe Richon, pour l'hôpital militaire de Bourges.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Baillon, de l'hôpital militaire de Toulouse, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran, par permutation avec M. Armandy, pharmacien dudit grade.

— *Hôpitaux de Grenoble.* — Le concours pour une place de chirurgien adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Comte, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital de la Charité est composé ainsi qu'il suit :

MM. Gauchez, chef des travaux de physiologie pathologique; Esbach, chef des travaux chimiques; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Le personnel du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital Necker est composé ainsi qu'il suit :

MM. Richardière, chef des travaux d'anatomie pathologique; Martinet, chef des travaux chimiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clerc, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris, décédé dans sa soixante et onzième année.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20467

N° 150. — SAMEDI 25 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. SAMEDI 25 DÉCEMBRE 1886. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Action de diverses substances toxiques sur le cœur.

Dans une excellente thèse de concours de notre ami et collaborateur M. le docteur Albert René, agrégé à la Faculté de Nancy, sur *les propriétés physiologiques du muscle cardiaque*, — sujet qui échappe par lui-même au cadre dans lequel nous devons nous renfermer ici, — nous trouvons à relever d'un dernier chapitre un groupe de faits qui intéresse la pratique et rentre, par conséquent, sous notre juridiction. Il s'agit de l'action de diverses substances toxiques sur le muscle cardiaque. Nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion d'exposer, d'après les observations, les recherches et les expériences de notre confrère, l'état présent de la science sur ce point.

L'étude des poisons du cœur, fait tout d'abord remarquer M. Albert René, représente un des chapitres les plus difficiles et les plus compliqués de la toxicologie expérimentale. Cela tient à ce que le cœur, considéré au point de vue physiologique, se compose de plusieurs appareils distincts (muscle cardiaque, appareils nerveux intra-cardiaques modérateurs et excitateurs, appareils nerveux extra-cardiaques modérateurs et excitateurs, nerfs sensitifs, etc.) ; chacun de ces appareils pouvant être atteint, excité ou paralysé par la substance toxique. Il eût donc fallu, pour connaître l'action d'une substance, faire, par une analyse délicate, la part de chacun de ces appareils dans les phénomènes que présente le fonctionnement du cœur ; or une pareille analyse est loin d'être facile. Non seulement le mécanisme physiologique de tous ces appareils est encore loin d'être complètement élucidé, mais ce qui augmente encore les difficultés, ce sont les différences qui existent dans les résultats suivant les doses du poison, l'espèce animale et les conditions mêmes de l'expérimentation.

M. René, pour se conformer d'ailleurs à son programme, a dû exclure tout d'abord tous les poisons qui agissent sur les appareils nerveux extra ou intra-cardiaques, pour se limiter aux substances qui agissent exclusivement sur le tissu musculaire cardiaque.

Pour l'étude, ainsi circonscrite, des poisons cardio-musculaires, notre confrère a divisé ces poisons en excitants et en paralysants, reléguant dans un troisième ordre un petit nombre d'agents dont l'action encore incertaine et irrégulière ne permet pas de les classer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. Cette association elle-même ne peut avoir rien d'absolu, plusieurs d'entre les agents toxiques dont il va être question, ayant une double action excitante ou déprimante, suivant les différences des doses auxquelles elles sont données et de la durée de l'application qui en est faite.

Ces explications préliminaires données, voici les faits énoncés dans cette partie de l'intéressante thèse dont il s'agit :

1° *Poisons excitants cardio-musculaires.* — La physostigmine (alcaloïde de la fève de Calabar) représente un véritable type d'excitant cardio-musculaire. Elle excite directement la musculature du cœur et fait disparaître tout arrêt diastolique du cœur et en particulier l'arrêt produit par la muscarine.

A côté de la physostigmine se place la guaniline, qui fait également disparaître l'arrêt diastolique du cœur produit par la muscarine et par l'excitation du pneumogastrique, et par le même mécanisme, c'est-à-dire par excitation directe de la fibre cardiaque.

La digitaline exerce une action spéciale excitante sur le muscle cardiaque. Dans un premier stade, elle renforce simplement les contractions du cœur ; dans un second stade, ces contractions deviennent irrégulières ; enfin, dans le troisième, le cœur se trouve dans un état spécial de rigidité. Des expériences nombreuses et variées que rapporte M. René, il résulte, en somme, malgré quelques contradictions et quoique l'influence des conditions d'innervation n'ait pas toujours été éliminée, que la digitaline représente un excitant cardio-musculaire et, en quelque sorte, un véritable toxique du muscle cardiaque.

La digitoxine et la digitaléine ont une action analogue à celle de la digitaline.

A côté de la digitaline viennent se grouper un certain nombre de substances qui s'en rapprochent beaucoup par leur action. Telles sont : l'helléboréine, l'adonidine, la thévétine, la thévérésine.

L'antiarine (upas antiar), substance de même ordre, arrête le ventricule en systole, tandis que les oreillettes continuent à battre pour s'arrêter définitivement en diastole.

Un certain nombre de poisons exotiques, la tanghinia

senenifera, le dajaks de Bornéo, le mintras de Malacca, l'igorète de Luçon, l'inée, le moï des tribus cochinchinoises agissent comme l'antiarine.

La convallamarine paraît également devoir être rangée à côté des substances précédentes.

La vératrine, quoique son action soit assez complexe, se rapproche aussi par beaucoup de points de la digitaline. Elle produit, dans un premier stade, une augmentation de l'irritabilité musculaire, et dans le second (hautes doses ou action prolongée), une diminution et une paralysie de cette irritabilité.

La delphinine paraît aussi avoir la double action excitante et paralysante sur le muscle cardiaque.

La quinine, à doses modérées, augmente l'irritabilité du muscle cardiaque. A hautes doses, elle produit la paralysie du cœur (probablement par une influence sur les centres nerveux intra-cardiaques).

L'iéboline du seigle ergoté produit de grandes altérations des contractions cardiaques, qui paraissent dépendre à la fois d'une action sur les nerfs et d'une action sur le tissu musculaire. L'ergotine de Wigger (extrait alcoolique) aurait à peu près la même action, tandis que l'ergotine Bonjean (extrait aqueux) n'en aurait aucune.

Le camphre paraît exciter directement la substance musculaire.

Quelques sels métalliques agissent comme excitants sur le myocarde, tels les sels de cuivre et de zinc.

2° *Poisons paralysants cardio-musculaires.* — La muscarine, le plus énergique des poisons de cet ordre, produit l'arrêt diastolique du cœur; cet arrêt persiste après la section des pneumogastriques. Elle paraît agir par excitation des centres d'arrêt intra-cardiaques. Cet arrêt ne se produit que par une dose déterminée ni trop forte ni trop faible. Au début de l'arrêt, l'excitation du pneumogastrique peut produire encore des pulsations; plus tard, elle reste sans effet.

Les substances suivantes empêchent ou font disparaître l'arrêt de la muscarine : l'atropine, la nicotine, la strychnine, le curare, l'apomorphine, le cyanogène, le carbonate de sodium, la potasse, les sels de baryte, etc.

A côté de la muscarine se placent des bases voisines de trimethylammonium et spécialement des bases d'amyl et de valeryl.

Le pituri (Duboisia) a une action analogue à celle de la muscarine; il fait disparaître l'arrêt du cœur par la pilocarpine.

La duboisine, à part son action identique à celle de l'atropine, agit à haute dose comme paralysant du muscle cardiaque.

La neurine a la même action que la muscarine. Les autres substances qui, à hautes doses, paralysent le muscle cardiaque et arrêtent le ventricule en diastole, sont : la coumarine, la chinamine, la conchinamine, la digitalrésine, la toxirésine, la laudanosine, l'érythrophléine, la résorcine, la scillatoxine, le salicylate de soude.

M. René mentionne, en outre, une substance nouvelle, l'acide blattique, comme ayant la propriété de déterminer d'abord une excitation passagère, puis de paralyser les ganglions moteurs et le muscle cardiaque.

Beaucoup de substances émétiques ont une action paralysante directe sur le muscle cardiaque : l'émétine, le tartre stibié, la cyclamine, la sanguinarine, l'asclépiadine et, à hautes doses, la delphinine, la vératrine, la digitaline, quelques sels métalliques (cuivre, zinc). Certains sels de manganèse et de cobalt, le phosphore, ont une influence analogue.

Enfin, parmi les substances diverses qu'il n'est pas possible de ranger dans les deux catégories précédentes et qui cependant peuvent présenter un certain intérêt au point de vue qui nous occupe, M. René cite :

L'aconitine, dont l'action sur le cœur est encore douteuse, variable qu'elle est, dans ses effets, suivant sa provenance, sa préparation et sa pureté ;

Les sels de potasse dont l'action sur le cœur est encore très obscure, malgré le grand nombre de travaux dont ils ont été l'objet;

Les sels de soude dont l'action est faible;

L'acide oxalique, qui déterminerait sur le muscle cardiaque des contractions fibrillaires;

La spartéine, douée d'une action double sur le cœur, l'une qui prolonge ses contractions, l'autre qui diminue notablement sa tonicité.

Traitement de la diphthérie.

En réponse à l'appel désespéré de l'honorable correspondant qui, aux prises avec une épidémie de diphthérie, nous demande un moyen de tirer d'affaire les diphthéritiques de sa clientèle, M. le docteur Renou (de Saumur), déjà bien connu de nos lecteurs, nous transmet les réflexions et les avis suivants, que nous croyons devoir leur soumettre :

« La confusion qui règne sur la thérapeutique de la diphthérie, dit notre confrère, subsistera aussi longtemps que l'esprit médical restera hésitant sur la nature même de la diphthérie.

La fausse membrane a-t-elle un rôle primitif, causal, ou simplement symptomatique? Faut-il, avec Bretonneau, Trousseau et tant d'autres, s'acharner après elle comme sur le principe de l'infection, comme sur une pustule maligne? appeler à soi toute la série des modificateurs locaux, caustiques et dissolvants?

Évidemment non. Il est aujourd'hui hors de doute que la fausse membrane est à la diphthérie ce que l'ulcération intestinale est à la fièvre typhoïde, l'exanthème à la variole ou à la scarlatine. La gorge, les voies respiratoires, sont simplement le lieu d'élection de l'exanthème ou éruption diphthéritique. Atteindre la fausse membrane n'est donc pas atteindre la diphthérie, n'est même pas atteindre son *substratum*, ses accidents inflammatoires, qu'on exagère plutôt en s'en occupant.

Il est scientifiquement établi que la diphthérie est une maladie primitivement infectieuse, dont le virus (encore à préciser histologiquement) produit : 1° sur les muqueuses, l'éruption pseudo-membraneuse; 2° sur les reins, la néphrite infectieuse; 3° sur le système nerveux, les paralysies diphthéritiques.

Cela étant, on a pour la diphthérie comme pour toute maladie infectieuse, suivant la virulence du poison introduit dans l'économie et, suivant le terrain de culture ou les sujets envahis, une diphthérie *hypertoxique*, *toxique*, *moyenne*, *légère*, si bien étudiées par M. Cadet de Gassicourt. Comme conséquence pratique immédiate, on a des diphthéries qu'on ne peut pas guérir, qu'on aidera à guérir, qui guériront toutes seules, avec ou malgré tout ce qu'on fera. De là, une porte ouverte à quantité d'illusions thérapeutiques; de là, la nécessité pour le médecin, non pas d'essayer

empiriquement tel ou tel remède vanté, mais d'être logique, conséquent avec les données scientifiques acquises, et de soigner avant tout dans la diphthérie une maladie infectieuse.

Or, pas plus que le choléra, la variole, la fièvre typhoïde, toutes les maladies infectieuses, la diphthérie n'a de médicament qui lui soit ce que le sulfate de quinine est à l'impaludisme, le mercure à la syphilis, de spécifique, en un mot. Bromure de potassium, chlorate de potasse, copahu, cubèbe, benzoate de soude, etc., etc., pronés comme des trouvailles et bientôt délaissés, ont guéri telle série de cas légers, telle poussée épidémique de virulence atténuée.

Si donc le traitement de la diphthérie doit être celui d'une maladie infectieuse, quelles indications puise-t-il dans la nature spéciale de l'affection?

Nous nous empressons de dire ici que notre prétention se borne à exposer modestement le traitement que nous employons, conformément aux idées émises ci-dessus.

— Mettre le malade dans de bonnes conditions de milieu, d'hygiène, veiller à son alimentation, qu'on rendra aussi tonique que possible, au fonctionnement des voies digestives, à la quiétude de son état moral; lui éviter les luttes énervantes, les cris qui congestionnent le larynx, pour les examens de sa gorge, les badigeonnages, irrigations, pulvérisations, cautérisations, etc.

Le badigeonnage d'un gosier sain avec le jus de citron, d'usage si ordinaire dans l'angine couenneuse, surtout si le pinceau laisse tomber quelques gouttelettes sur le bord de la glotte, donne idée de la torture à laquelle on soumet les diphthéritiques avec les cautérisations plus actives et réitérées.

Si le croup vient compliquer la diphthérie, dès que le tirage sus et sous-sternal permanent crée une imminence d'asphyxie, lever l'obstacle à la respiration, faire la trachéotomie sous-cricoïdienne, *quel que soit d'ailleurs l'état diphthéritique*, qu'on continuera à surveiller et à soigner.

Donner, matin et soir, une dose variable de sulfate de quinine « le seul médicament interne antiseptique que nous ayons. » (Joffroy.) Il intervient de plus comme antifébrile et tonique. A-t-il une action décongestionnante des muqueuses des voies respiratoires? Les faits de faux-croups graves, de congestion pulmonaire, d'asthme, développés par l'impaludisme et cédant au sulfate de quinine (Briand) sembleraient l'indiquer.

Un autre antiseptique et tonique à employer à forte dose, tout en ménageant l'estomac, est l'alcool, sous forme de vin généreux. Nous lui attribuons une importance considérable dans le traitement de la diphthérie, démontrée d'ailleurs par analogie pour les autres maladies infectieuses.

Est-ce une action antiseptique ou coagulante qu'exerce dans la diphthérie le perchlorure de fer? M. Jules Simon le recommande et nous croyons aussi à son utilité, surtout quand l'angine domine, quand la diphthérie est grave, dépressive, quand il y a tendance aux hémorrhagies.

A ces moyens nous ajoutons l'aérothérapie ou traitement du malade par l'atmosphère ambiante, comprenant : 1° Une température de 20 à 25 degrés; 2° un air saturé, à cette température, de vapeur d'eau; 3° l'action d'antiseptiques dissous dans l'eau vaporisée, dont l'acide phénique est le type. (Voir les diverses communications de M. le docteur Renou à la *Gazette des hôpitaux,* notamment années 1884, pp. 131, 1074, 1122, et 1885, p. 379.) Nous n'avons jamais pensé avoir imaginé un remède spécial à la diphthérie, mais une formule d'*antiseptie médicale* plus applicable à la diphthérie, à cause de ses manifestations sur les muqueuses respiratoires.

Nous lui voyons les avantages suivants :

1° Favoriser, par une température ambiante élevée, la circulation cutanée du malade, le fonctionnement de la peau et les éliminations;

2° Éviter les complications pulmonaires, qui constituent un des principaux dangers de la diphthérie et du croup;

3° Stériliser l'air respiré par le malade et son entourage. Je considère comme une preuve de ce résultat de l'acide phénique de n'avoir pas observé un seul cas de contagion dans l'entourage de mes malades, non plus que les docteurs Giffour (d'Orléans), Couïtours, Bonnamy (de Nantes), Bouchard (de Saumur), qui ont recueilli et en partie publié de nombreuses observations sur l'emploi de ce procédé;

4° Imprégner, peut-être (?) suffisamment les liquides organiques, de l'antiseptique absorbé par cette large voie pulmonaire, pour rendre l'organisme plus résistant à l'action dissolvante du virus diphthéritique;

— Danger à éviter : Rendre l'air caustique par surchage d'antiseptiques. La dose moyenne est de 1 à 4 grammes d'acide à vaporiser en solution, par mètre cube d'air et par vingt-quatre heures.

Nous pourrions nous résumer et conclure en disant :

Pour la diphthérie, maladie infectieuse principalement, comme pour ses similaires, la variole, la fièvre typhoïde, etc., il n'y a pas de spécifique connu.

Les vraies et seules ressources thérapeutiques contre la diphthérie sont dans les moyens variés de soutenir l'organisme dans la lutte, de détruire ou éliminer le virus qu'il contient.

C'est l'idée qui a présidé à notre formule, à l'aide de laquelle, sans songer à guérir tous les diphthéritiques, nous avons obtenu, ainsi que plusieurs confrères, des résultats plus satisfaisants que par toute autre méthode. »

La cocaïne et l'art dentaire.

Au sujet de l'article publié dans notre numéro du 4 décembre, sur l'anesthésie locale par les injections de cocaïne pour l'avulsion des dents, M. A. Préterre nous prie de faire connaître à nos lecteurs le résultat de ses expériences personnelles, qui, ainsi qu'on va le voir, ne comportent pas des conclusions tout à fait aussi favorables que celles de son collègue, M. George Viau.

Voici en quels termes s'exprime M. Préterre :

« Avant de commencer à chercher, par l'emploi de la cocaïne, la solution du problème, depuis si longtemps poursuivi, de l'insensibilisation des parties lésées dans l'opération mécanique de l'extraction, j'ai eu soin de lire tout ce qui a été publié sur cette question, à propos des diverses membranes muqueuses, par les auteurs, médecins ou dentistes, qui s'appellent : Abadie, Anreso, Armaignac, Aubeau, Baratoux, Barker, Bert, Bignon, Bribosa, Bunge, Calhoum, Calliouzis, Cazin, Coupard, Coursserant, Dehenne, Dubois, Ducazel, Dujardin-Beaumetz, Erlenmayer, Fauvel, Fellinck, Galezowski, Gouguenheim, Grasset, Jellinch, Koller, Meintyre, Moure, Noyes, Poinsot, Schroff, Shilling, Telschon, Viau, Vulpian, Wagner, Weber, Witzel. Quand j'ai eu compulsé toutes les observations de ces auteurs, je me suis mis à l'œuvre.

Comme mon collègue et ami M. Viau, j'ai pensé qu'il y

avait avantage à associer au chlorhydrate de cocaïne, l'acide phénique, surtout à cause de son action anesthésiante propre, plutôt que de ses propriétés antiseptiques, et c'est avec un liquide ainsi formulé :

Chlorhydrate de cocaïne.	5	grammes.
Acide phénique	2	—
Eau distillée	100	—

(10 grammes par injection, soit 5 centigrammes de cocaïne et 2 centigrammes d'acide phénique), préparé par la pharmacie Mialhe, que, dans 57 cas, j'ai opéré et constaté les résultats énumérés ci-dessous :

1. Mlle L..., 28 ans (1 extraction). Absence de douleur, sans accident consécutif.

2. Mlle L..., 28 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

3. Mme d'E..., 43 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

4. Mlle B..., 24 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

5. Mme C..., 38 ans (1 extract.). Absence de douleur; engourdissement de la langue, rapidement dissipé.

6. M. M..., 19 ans (1 extract.). Faible douleur, déglutition difficile pendant cinq heures, deux nuits sans sommeil.

7. Mlle J..., 28 ans (2 extract.). Douleur très faible, sans accident consécutif.

8. Mlle C..., 23 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

9. Mme R..., 42 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

10. M. Q..., 40 ans (1 extract.). Douleur très légère, sans accident consécutif.

11. Mlle L..., 28 ans (3 extract.). Douleur légère, sans accident consécutif.

12. M. Z..., 18 ans (1 extract.). Douleur légère, sans accident consécutif.

13. M. L..., 20 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

14. Mlle D..., 17 ans (3 extract.). Absence de douleur, fourmillement et paralysie dans les mains.

15. Mlle L..., 27 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

16. Mlle D..., 25 ans (abcès dentaire). Douleur très légère, sans accident consécutif.

17. M. de M..., 78 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

18. M. de M..., 78 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

19. Mlle S..., 48 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

20. M. V..., 48 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

21. M. B..., 60 ans (1 extract.). Douleur très légère, sans accident consécutif.

22. Mme L..., 28 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

23. Dr V..., 27 ans (1 extract.). Douleur légère; gangrène de la gencive.

24. Mme L..., 28 ans (1 extract.; débridement). Douleur légère, sans accident consécutif.

25. Mme S..., 48 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

26. M. de M..., 78 ans (1 extract.). Douleur légère, seulement chaleur, sans accident consécutif.

27. M. de M..., 78 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

28. M. de M..., 78 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

29. Mme L..., 28 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

30. M. M..., 27 ans (1 extract.). Douleur légère, pâleur subite, sans accident consécutif.

31. Mme R..., 52 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

32. Mme R..., 42 ans (1 extract.). Absence de douleur; malaise pendant dix minutes.

33. Mme V..., 38 ans (2 extract.). Absence de douleur, envie de vomir, malaise pendant vingt minutes.

34. Mlle A..., 11 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

35. M. M..., 76 ans (1 extract.). Absence de douleur, chaleur dans la tête et dans les jambes pendant dix minutes.

36. M. D..., 29 ans (2 extract.). Absence de douleur, sueurs, frissons, faiblesse dans les jambes pendant quinze minutes.

37. Mlle M..., 16 ans (1 extract.). Absence de douleur, stupeur, envie de pleurer.

38. Mme D.-B..., 35 ans (1 extract.). Douleur légère, chaleur à la tête, frémissement musculaire des membres inférieurs.

39. Mme S..., 47 ans (1 extract.). Douleur légère, tremblement émotif de quelques minutes.

40. M. S..., 46 ans (4 extract.). Douleur assez vive, constriction à la gorge.

41. M. B..., 38 ans (2 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

42. Mme T..., 21 ans (1 extract.). Absence de douleur, léger engourdissement de la langue.

43. M. T..., 20 ans (1 extract.). Absence de douleur, aphonie, paralysie des membres inférieurs pendant quarante-cinq minutes, insensibilité cutanée pendant trois heures.

44. M. Q..., 30 ans (1 extract.). Douleur assez vive, étourdissement, lassitude persistant le lendemain de l'opération, fluxion rebelle.

45. Mlle A..., 11 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

46. Mme L..., 69 ans (4 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

47. M. P..., 34 ans (3 extract.). Absence de douleur, accélération du pouls, envie de vomir, froid des extrémités pendant quinze minutes. Opéré le 30 novembre, le 18 décembre déclare éprouver encore des malaises qui ne lui étaient pas habituels avant l'injection.

48. M. D..., 36 ans (1 extract.). Douleur assez vive, envies de vomir, sueurs, stupeur, froid des extrémités pendant vingt minutes.

49. Mme M..., 28 ans (1 extract.). Ne peut exprimer ses sensations, prostration générale, aphonie, paralysie des membres inférieurs pendant une heure et demie, fourmillement dans les jambes à la fin de la journée.

50. Mlle T..., 21 ans (incision de la muqueuse). Absence de douleur, sans accident consécutif.

51. Mlle C..., 28 ans (4 extract.). Douleur nulle ou très légère, engourdissement des membres inférieurs pendant cinq minutes.

52. Mme S..., 48 ans (5 extract.). Douleur nulle ou très légère, engourdissement général pendant quelques minutes.

53. M. K..., 45 ans (1 extract.). Absence de douleur, sans accident consécutif.

54. M. D..., 25 ans (3 extract.). Absence de douleur, léger engourdissement de la lèvre supérieure.

55. M. M..., 20 ans (1 extract.). Douleur légère, sueurs froides, nausées pendant vingt minutes, engourdissement pendant quarante-huit heures dans la partie injectée.

56. Mme P..., 40 ans (1 extract.). Douleur légère, accélération du pouls, céphalalgie, engourdissement général pendant quarante minutes, fluxion très prononcée sur la région opérée.

57. M. M..., 46 ans (1 extract.). Douleur légère, constriction à la gorge pendant quelques minutes, fluxion le lendemain.

« En résumé, j'ai pratiqué l'injection de cocaïne dans

57 cas; ce *modus faciendi* a prouvé l'anesthésie complète 35 fois, soit dans plus de la moitié des cas. Dans 15 autres cas, la douleur a été assez légère. Au point de vue de l'insensibilisation, je peux donc dire que la cocaïne donne des résultats encourageants; mais il me paraît utile de se méfier des accidents consécutifs, dont quelques-uns m'ont causé de sérieuses inquiétudes, et au sujet desquels je fais appel aux lumières des physiologistes. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 décembre 1886. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Kyste fongueux du poignet. — M. TERRILLON, à propos du malade qu'il a présenté il y a un mois et qui avait subi une opération de kyste fongueux du poignet, donne les résultats des inoculations qui ont été faites avec ces fongosités. Les lapins inoculés sont morts tuberculeux. Cependant l'examen microscopique des fongosités n'avait pas révélé la présence de bacilles.

Grossesse extra-utérine. — M. BOUILLY communique un fait de grossesse extra-utérine. Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, entrée le 29 juin dernier à la Maternité. Elle avait continué à voir ses règles, bien qu'éprouvant tous les symptômes d'une grossesse. Les mouvements du fœtus avaient cessé quelques jours auparavant, et elle avait eu une montée de lait. Elle portait une tumeur, ferme, dure, irrégulière, surtout en bas, au-dessus de l'arcade crurale. Cette tumeur était mate, indolente. Au toucher, le vagin était mou, œdémateux, le col repoussé en haut et en arrière. Le 2 juillet, M. Bouilly pratique une ponction dans un point fluctuant de la tumeur; cette ponction ne ramène pas de liquide. Les seins sont gonflés, les mamelons sont munis d'une aréole brunâtre. Le 8 juillet, cette malade est prise de douleurs analogues à celles de l'enfantement; elle a des vomissements et présente un facies péritonéal. Le lendemain et les jours suivants, les symptômes péritonéaux s'accentuent. En présence de ce faux travail ou de ces accidents, M. Bouilly se décide à intervenir. Incision sur la ligne médiane, incision du péritoine; on trouve immédiatement des parties fœtales; M. Bouilly retire un fœtus macéré; le placenta était adhérent à la face interne et plongeait dans le petit bassin; c'était lui qu'on sentait par le vagin. Ce placenta volumineux paraît transformé et hématique; il était solidement adhérent aux parois du bassin. M. Bouilly le laisse en place; lavage avec de l'eau très chaude; deux gros drains sont mis en place; la plaie est suturée à la partie supérieure et laissée ouverte à la partie inférieure. Les jours suivants, température normale; la malade est très bien. Injection de sublimé aux deux millièmes; le placenta est éliminé en six semaines; la malade est complétement guérie après ces six semaines.

M. Bouilly relève dans cette observation les points suivants : les difficultés du diagnostic, les indications opératoires, les avantages de la laparotomie, la nocuité, dans ce cas, de laisser le placenta, les avantages de l'antiseptie.

Préparation des éponges à ovariotomie. — M. TERRIER, à propos de la communication de M. Terrillon, dit quelques mots sur la préparation des éponges aseptiques. C'est à M. Verkamer, un de nos anciens internes en pharmacie, qu'est due la méthode de préparation dont a parlé M. Terrillon. Cette préparation est née à la Salpêtrière, au moment où M. Terrier y a installé le service des ovariotomies.

M. TERRILLON se défend d'avoir donné comme nouvelle la préparation des éponges dont il a parlé. Il a nettement expliqué qu'il employait la méthode en usage à la Salpêtrière depuis M. Terrier.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE rappelle que ce traitement des éponges a été publié par M. Veber, à Genève, alors qu'il était employé à la Salpêtrière depuis cinq ou six ans.

M. TERRIER maintient que justice doit être rendue à M. Verkamer.

Section et suture du nerf médian. — M. MONOD présente un malade qui a subi une section complète du nerf médian à la partie inférieure de l'avant-bras. La suture a été faite par un interne, M. Bouisson, et la sensibilité semble être revenue dès le second jour. M. Vigouroux, qui a examiné ce malade électriquement, a trouvé la réaction de dégénérescences. Il n'y avait donc qu'une régénération apparente.

Taille hypogastrique. — M. PERIER fait un rapport sur plusieurs observations de taille hypogastrique adressées par MM. Goix (d'Aurillac), Pipet (de Besse) et Trebuchet (de Sens). Dans l'observation de M. Goix, il a été fait une antiseptie insuffisante, et la malade n'a guéri qu'après quatre mois de suppuration et d'accidents qui ont mis sa vie en danger.

Dans la première observation de M. Trebuchet, il a été extrait dix calculs. Le malade a succombé le quatrième jour à l'infection purulente. Dans la seconde observation, le malade était guéri le vingtième jour.

Traitement des pieds-bots équins. — M. MONNIER lit une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

ÉLECTIONS

Sont élus, pour l'année 1887 : président, M. Lannelongue; vice-président, M. Polaillon; premier secrétaire, M. Terrillon; deuxième secrétaire, M. Nepveu; trésorier, M. Schwartz; archiviste, M. Terrier.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

49. M. Barbillian. État de la sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu. (Recherches cliniques et thérapeutiques.) — 50. M. Messerer. Des lésions viscérales de l'impaludisme. — 51. M. Bondon. Essai sur l'amnésie dans la paralysie générale. — 52. M. Magnin. De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. — 53. M. de Burine. Considérations sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement. — 54. M. Gilbert Petit. Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation. — 55. M. Fuzerot. Quelques considérations sur l'arthrotomie. — 56. M. de Madec. Traitement chirurgical du cancer utérin. — 57. M. Schnell. Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse. — 58. M. Vergez. Recherches sur l'hyperthermie d'origine cérébrale. — 59. M. Leymarie. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde. — 60. M. Ribet. Des lipomes intra-musculaires. — 61. M. Pallier. Des fièvres palustres observées à Madagascar. — 62. M. Laforesterie. Essai historique et critique sur les kystes dentaires. — 63. M. Pailhas. Les élévations de la température périodiques à long intervalle, à l'état normal et dans les maladies. — 64. M. Foucher. De la contracture secondaire des muscles de la face. — 65. M. Martin. Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique. — 66. M. Jouet. Des lymphangites et adénites tardives. — 67. M. Chevassu-Perigny. Résection du poignet — 68. M. Benoit. Contribution à l'étude de la rhinobronchite spasmodique. — 69. M. Foissac. Contribution à l'étude des eschares chez les aliénés. — 70. M. de Montéty. De la ration alimentaire en général. Application au soldat. — 71. M. Sallefranque. De la rupture sous-cutanée du biceps brachial d'origine traumatique. — 72. M. Sornas. Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse à forme de délirium tremens. — 73. M. Augry. Pneumothorax causé par la rupture de vésicules emphysémateu-

ses au cours de l'emphysème pulmonaire chronique. — 74. M. Lecomte. Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses. — 75. M. Bonnet. Cure radicale des hernies épigastriques. — 76. M. Viart. Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge. — 77. M. Jean Camescasse. De la rétention médicale des urines en dehors des affections du système nerveux. — 78. M. Valin. Étude sur la diphthérie dans le département de la Seine-Inférieure. — 79. M. Marfan. Troubles et lésions gastriques dans la phthisie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — L'Assemblée des professeurs s'est réunie hier jeudi pour dresser la liste de présentation des candidats à la chaire de pathologie interne, laissée vacante par M. le docteur Peter, nommé professeur de clinique médicale à l'hôpital Necker.

Le nombre des votants étant 29, majorité 15, les voix se sont réparties de la manière suivante :

Première place. — M. Dieulafoy, 26 voix; M. Lancereaux, 3 voix.

Deuxième place. — Premier tour de scrutin : M. Duguet, 11 voix; M. Strauss, 11 voix; M. Debove, 5 voix; M. Lancereaux, 2 voix. — Deuxième tour de scrutin : M. Strauss, 16 voix; M. Duguet, 13 voix.

Troisième place. — Premier tour de scrutin : M. Duguet, 14 voix; M. Debove, 8 voix; M. Landouzy, 5 voix; M. Quinquaud, 2 voix. — Deuxième tour de scrutin, 28 votants : M. Duguet, 22 voix; M. Debove, 6 voix.

En conséquence, la liste est ainsi dressée : en première ligne, M. Dieulafoy; en deuxième ligne, M. Strauss; en troisième ligne, M. Duguet.

— Par décret, en date du 20 décembre 1886, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin principal de première classe Raoult.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Guérin et Balley; — M. le médecin principal de deuxième classe Paoli; — MM. les médecins-majors de première classe Guyon, de Bourilhon et Hass; — M. le pharmacien-major de première classe Aubrit; — M. le docteur Beauchef, médecin au prytanée militaire.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Ocana, Annesley, Laurent, Montané, Julié et Cazalas; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Mestrude, Chouet, Hoingne, Blanc, Henry, Lartigue, Couderc et Yvert; — M. le médecin aide-major de première classe Boppe; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Amat (L.-E.); — M. le pharmacien-major de première classe Masson; — M. le pharmacien-major de deuxième classe Breuil.

— Par décret en date du 20 décembre 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : Me Laborde (en religion sœur Bathilde), employée aux salles militaires de l'hospice mixte de Beauvais; M. Ferrand, pharmacien de première classe honoraire; M. Heylles, médecin civil des salles de l'hospice mixte de Castelnaudary.

— Par décret, en date du 21 décembre 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Grosjean, en remplacement de M. Nicol, décédé. — Désigné pour le 106e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Boinet, en remplacement de M. Grosjean, promu. — Maintenu au 122e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 décembre 1886, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions pour le deuxième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le mercredi 5 janvier 1887; il sera clos le samedi 22 janvier, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 janvier.

La quatorzième inscription ne sera pas délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du vendredi 14 janvier.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1886-1887. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Hochstetter est maintenu, jusqu'au 15 mars 1887, dans les fonctions de chef de clinique médicale.

M. Lambour est nommé aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Blanckaert, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gaziglia est maintenu, jusqu'au 1er novembre 1887, dans les fonctions d'aide des travaux pratiques d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Tours.* — M. Brisonnet, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Weinmann est nommé préparateur de physique et toxicologie, en remplacement de M. A. Winsbach, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Soulier, licencié ès sciences naturelles est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Armans, démissionnaire.

— M. le docteur Guindey est nommé médecin du lycée d'Évreux, en remplacement de M. le docteur Saint, décédé.

— Sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de : 1° Bourbonne-les-Bains, M. le docteur Causard; 2° Fécamp, M. le docteur Fauvel; 3° Fougères, M. le docteur Deroyer.

— La commune de Cerisy-la-Forêt (Manche) demande un médecin. — S'adresser au maire.

— Excellent poste médical à prendre gratuitement à Courtisols (Marne), 1600 habitants. Produit, 7 à 8000 francs, susceptible d'augmentation. — S'adresser à M. Albert Blanchard, notaire à Courtisols.

— Bon poste médical à prendre gratuitement dans Seine-et-Marne, situation exceptionnelle à l'entrée de la forêt de Fontainebleau. — S'adresser à M. Luniot Gaune, hôtel des Artistes, à Barbizon (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20479

87

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si emarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont : pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal. Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'aprés l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédalif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

22

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANEMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

31

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

à la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

Le principal mérite de cette préparation consiste dans l'association du sous-carbonate de bismuth à la pepsine et à la pancréatine. Ce produit, étudié jadis par le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles, jouit de propriétés remarquables. C'est un absorbant par excellence, sa solubilité dans le suc gastrique, dont il neutralise, en se décomposant, les acides en excès, est parfaite, et il provoque rarement de la constipation. Cette action neutralisante du sous-carbonate de bismuth a aussi pour avantage de conserver à la pancréatine toute son action en faisant disparaître en même temps que l'hypersécrétion gastrique l'acidité du chyme. On sait, en effet, que ce ferment n'agit bien qu'à la condition de se trouver dans un milieu aussi peu acidulé que possible.

On a choisi pour cette préparation la forme pulvérulente en raison de l'incomplète solubilité de la pepsine et de la pancréatine dans les élixirs, vins, sirops, etc., et surtout parce qu'il est reconnu que : « *Ce sont les médicaments sous forme de poudre fine qui conviennent le mieux aux affections gastro-intestinales.* »

Ce rapide énoncé indique tout le parti que l'on peut tirer de la Poudre toni-digestive de Royer contre les *Dyspepsies acides et flatulentes*, *Gastralgies*, *Gastrites*, *Vomissements*, *Diarrhées chroniques*. Elle combat très efficacement les vomissements de la grossesse.

Une cuillerée à café à chaque repas.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

97

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces » (*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 / Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 { Bromure de Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

38

VINS D'OSSIAN HENRY

membre de l'Académie de médecine.

Vin de quinquina titré simple. — Titrant 1 gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1 000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, longues convalescences*, etc. 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les phies.

43

SPARADRAP CHIRURGICAL A LA GLU

DE A. BESLIER

Ce **sparadrap**, qui ne ressemble à aucun de ceux connus, possède toutes les qualités depuis si longtemps réclamées par le Corps médical : grande adhérence, grande souplesse, conservation très longue, **innocuité absolue sur la peau**, même sur celle des plus jeunes enfants, quelque temps qu'il y séjourne.

Se vend par bande de 1 mètre dans un étui, **0f60**; *et par la poste*, **0f70**.

Envoi d'échantillons par la poste, à titre gracieux, aux Médecins français et étrangers qui en feront la demande directement à la maison A. BESLIER, 13, rue Sévigné, Paris (anciennement 40, rue des Blancs-Manteaux).

55

Affections du cœur

PALPITATIONS — ASTHME — INTERMITTENCES

GRANULES ANTIMONIAUX

DU DOCTEUR **Papillaud.**

Médication arsénico-antimoniale (*0,001 milligr. par granule*). — Dose : 2 à 8 granules par jour. Dépôt général : phie GIGON, 25, rue Coquillière. Paris, et toutes Phies. Envoi de flacons d'essai à MM. les docteurs.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

61

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

23

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50 105, r. de Rennes, PARIS et Phies.

C. Freyssinge

97

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

88

QUINIUM ROY

Tonique — GRANULÉ — Fébrifuge

Extrait normal de quinquina formé de l'extrait aqueux et du quinium, contenant ainsi le **tannin** et tous les **alcaloïdes**. Il représente son propre poids du meilleur quinquina titrant 3 p. 100 d'alcaloïdes. *Soluble* —dans l'eau et le vin.

Pharmacie A. ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies. Exiger la signature.

A. Roy

77

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

36

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

12

FRANÇOIS-JOSEPH EAU MINÉRALE PURGATIVE

Sulfate de magnésie, par litre. . . . . 21g,6 | Sulfate de soude, par litre. 20g,2 { Analyse d'Eug. Boutmy, Paris, 16 mai 78.

En vente partout. — La Direction à Budapest.

21

TERPINE PAULIAC

La **Terpine Pauliac** se trouve dans toutes les pharmacies : 1° En **Elixir**, dosé à 20 centigr. par cuillerée; 2° En **Pilules**, à 10 centigr.; 3° En **Capsules**, à 20 centigr.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, les préparations de **Terpine Pauliac** (bihydrade de térébenthine) sont bien supérieures à toutes celles de goudron, de créosote, des térébenthines et surtout de leur essence dont elles n'ont aucun des inconvénients.

La **Terpine Pauliac** est employée avec succès dans la *phthisie catarrhale*, les *hémoptysies*, les *bronchites chroniques* et les maladies des *muqueuses*, des voies respratoires et urinaires.

Vente en gros : Ch. BOURY, phen, 26, rue du Pont-Louis-Philippe, Paris.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

52

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : P. LEBEAULT, et Cie, 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

En France et à l'Etranger, dans les principales pharmacies.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

91

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

78

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch Le Perdriel *Reboulleau*

11

APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE

L'APIOL est l'*emménagogue* par excellence. Mais on délivre à tort, sous ce nom, des teintures ou extraits verdâtres de persil tout à fait inertes. L'**APIOL** est un liquide oléagineux, de couleur ambrée, plus dense que l'eau, identique au produit de **Joret** et **Homolle**, le seul récompensé par la Société de pharmacie de Paris et expérimenté avec succès dans les Hôpitaux.

Dép. gal : phie BRIANT, 150, r. Rivoli. Toutes phies.

14

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRYE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.032,7
	gr.	
Beurre par litre	50.000	
Albumine	7.000	
Caséine	27.300	
Sucre de lait	56.500	
Sels	8.000	
Total des matières fixes	148.800	148.800
Eau		883.900

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.395
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.977
Magnésie	0.140
Potasse	1.496
Soude	0.937
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.884
Total	8.000

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

57

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

DÉPÔT. — E. MAZIER, 264, boulevard Voltaire, Paris, et toutes pharmacies.

46

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

G. Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

33

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

241

DYSPEPSIE ACIDE. — DYSPEPSIE AMYLACÉE.

SAPA GERBAY

Vin toni-protéique au quina, Colombo et Coca, acidulé à l'acide normal de l'estomac.

VIN OXYGÉNANT

Complément du traitement des dyspepsies par la Maltine Gerbay.

Administrées en même temps, ces deux préparations constituent un ferment digestif complet.

24

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 151. — MARDI 28 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. MARDI 28 DÉCEMBRE 1886. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Paralysie générale progressive.

En vous parlant aujourd'hui d'un malade atteint de paralysie générale progressive, mon intention n'est pas de vous faire l'histoire de cette affection, mais d'appeler seulement votre attention sur quelques points particuliers, d'autant plus que vous ne devez nullement vous désintéresser de cette maladie que vous serez appelés maintes fois à observer dans le cours de votre pratique médicale. En effet il ne faut pas croire qu'il s'agisse là d'une entité morbide pour laquelle on consultera un spécialiste, mais vous serez souvent consultés dans les familles pour des paralytiques, et c'est vous, au contraire, qui, dans certains cas, ferez appel aux lumières d'un spécialiste, mais après avoir donné tout d'abord et vos avis et vos soins.

Le malade, à propos duquel j'ai cru devoir vous faire ce préambule, est couché au n° 17 de la salle Saint-Charles ; il était naguère encore employé à la Compagnie des omnibus comme lampiste.

Sa parole psalmodiée, tremblante, heurtée, lente, hésitante, à elle seule déjà et en dehors de tous autres phénomènes, appellera votre attention sur la paralysie générale progressive. De plus, si vous examinez cet homme avec soin, vous apercevrez sur sa physionomie un tremblement fibrillaire des muscles, comme une sorte d'ondulation de la peau, un tremblement semblable de la langue, une inégalité dans la dilatation pupillaire. — Je ne cite que pour mémoire une opacité complète du cristallin de l'œil gauche qui n'a aucun rapport avec la maladie qui nous occupe. — Il n'existe pas la moindre atrophie musculaire, nous n'en avons pas moins affaire à un paralytique général avec faiblesse musculaire générale, diffuse, au facies hébété, qui ne peut rassembler ni ses souvenirs, ni ses idées, la paralysie étant aussi bien psychique que physique. Il présente encore cet autre phénomène que, à plusieurs reprises dans la journée, étant levé, il s'en va défaire son lit sans savoir pourquoi et sans avoir la force de pouvoir le refaire.

En somme, nous sommes bien en présence ici d'une périencéphalite chronique, interstitielle, diffuse, caractérisée aussi par une exagération des réflexes tendineux, phénomène qui distingue cette affection de la pseudo-périencéphalite ou pseudo-paralysie générale que l'on observe chez certains syphilitiques, chez les alcooliques, les saturnins, etc., et qui guérit parfaitement sous l'influence d'un traitement approprié, tandis que la première évolue et se termine fatalement en général dans l'espace de une à trois années.

D'ailleurs dans la périencéphalite chronique interstitielle diffuse, il y a altération et prolification de la névroglie de l'axe cérébro-spinal d'où lui conviendrait mieux le nom de *périencéphalomyélite* chronique interstitielle diffuse, la lésion n'étant pas bornée au cerveau mais s'étendant aussi à la moelle. Dans la pseudo-paralysie générale, la lésion reste localisée, au contraire, à tel point, de là aussi des manifestations morbides également localisées, une symptomatologie en rapport avec les points touchés.

Il est donc très important de ne pas confondre les deux maladies tant au point de vue du traitement que du pronostic.

Chez notre malade, nous sommes dépourvus de tous renseignements sur ses antécédents, aucun membre de sa famille n'est encore venu le voir, et lui-même ne nous donne que des indications des plus insignifiantes et que nous n'avons pu contrôler. C'est ainsi que, d'après lui, il n'aurait aucun antécédent héréditaire. De plus, nous ignorons s'il a eu une période prodromique ou bien s'il est entré d'emblée dans sa maladie. En tous cas la profession de lampiste qu'il exerçait naguère n'exigeait aucun effort de travail, et nous savons seulement qu'il a été renvoyé brusquement de la Compagnie des omnibus pour avoir mis involontairement le feu dans un des ateliers, en renversant un bidon d'essence minérale ou d'huile, peut-être par suite de la faiblesse musculaire dont il est atteint. Du moins, c'est lui qui nous a raconté cet incident.

Il est du reste bien difficile, dans la clientèle hospitalière d'être exactement renseigné sur les prodromes, sur le début de cette affection ; ce n'est guère que dans le monde que l'on peut suivre réellement la maladie dès le commencement, les premiers prodromes étant de ces petits riens qui passent inaperçus pour l'homme du peuple, tandis que dans le monde l'entourage du malade s'en aperçoit bien vite : c'est l'affectivité qui se trouve diminuée, l'écriture modifiée non seulement au point de vue calligraphique, mais encore de l'orthographe, etc., etc.

Mais, d'autre part, on commettrait aussi une grave erreur, si l'on ne considérait un individu comme paralytique général vrai que lorsqu'il entre dans la folie, et cela d'autant plus que plus des trois quarts des paralytiques entrant dans la paralysie y restent et en sortent sans avoir manifesté la moindre folie, le moindre délire ambitieux, comme on le croit bien souvent dans le monde.

Assurément il arrive une étape pour certains malades, où il se produit une excitation affective, une excitation physique, une suractivité de travail, phénomènes qui n'ont pas la durée d'un éclair et auxquels peut succéder le délire ambitieux. Mais il faut encore ici savoir distinguer la véritable folie ambitieuse proprement dite du délire ambitieux que l'on rencontre chez le paralytique général. Le simple fou ambitieux ne présentera pas la moindre incohérence dans sa folie, mais il suivra toujours sa même idée fixe; tandis que le paralytique général montrera une incohérence véritable, absolue, dans son délire.

En résumé, le délire ambitieux n'est pas un phénomène nécessaire, obligatoire, de la périencéphalomyélite diffuse interstitielle chronique, il est un phénomène ajouté, quoiqu'il soit généralement celui qui frappe le plus les gens du monde et les inquiète vivement à cause des actes que le paralytique peut commettre sous son impulsion.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Accidents consécutifs à l'ablation de deux tumeurs du sein. — Tumeur du maxillaire supérieur.

Les deux malades de la salle Lisfranc, que nous avons récemment opérées, pour des tumeurs du sein, me donnent d'assez vives inquiétudes.

La première, grande, jeune, bien portante en apparence, fut déjà une première fois opérée, mais incomplètement, et revint ici quelques mois plus tard, avec une récidive de sa tumeur et des ganglions dans l'aisselle du même côté. Cette fois j'ai dû enlever toute la mamelle, une assez large surface de la peau, et aller nettoyer l'aisselle, la débarrasser de ses ganglions.

L'opération terminée, la malade fut placée dans une chambre à deux lits, où je fus assez surpris de voir les jours suivants les choses aller mal.

Des ablations aussi larges, suivies du nettoyage de l'aisselle de tous les ganglions qu'elle contient, j'en fais tous les jours et, d'habitude, sans que l'opération soit suivie d'aucun accident grave. Pourquoi donc ici, dès le deuxième jour, avons-nous vu survenir des phénomènes insolites, la température se maintenir élevée, la plaie saigner aisément, ce que je n'aime pas, quelque faible que soit la perte de sang?

Aujourd'hui, dix jours après l'opération, la surface de la plaie cependant est satisfaisante, rose, détergée, sans tuméfaction ni érythème; néanmoins la température est toujours élevée. Mais la malade a une toux sèche, et, à la base du poumon gauche, — la tumeur du sein que nous avons enlevée siégeait à droite, — nous constatons l'existence d'une pleuro-pneumonie avec submatité, souffle et gros râles. Voilà ce qui nous explique l'élévation de la température et sa persistance entre 39 et 40 degrés.

Ce matin, tout en continuant le pansement externe de la plaie mammaire, nous avons prescrit un purgatif léger, ainsi qu'un vésicatoire volant sur la poitrine. Si donc nous ne sommes pas en présence d'une pneumonie infectieuse, nous espérons que la malade guérira. Néanmoins nous ne pouvons nous défendre d'une certaine inquiétude en raison de l'état actuel, dix jours après l'opération, et nous nous demandons s'il n'y a pas déjà quelques points secondaires dans les viscères, quelque noyau secondaire dans le poumon malade, noyau qui aurait été le point de départ de cette pneumonie.

Chez la seconde malade que nous avons opérée, la tumeur du sein était petite, les ganglions axillaires envahis étaient adhérents à la paroi thoracique; aussi ai-je dû disséquer l'aponévrose du grand dentelé et le bord du grand pectoral; mais comme cela ne suffisait pas encore, pour enlever tous les ganglions, il m'a fallu réséquer la veine axillaire sur une étendue assez notable, en rapport avec les ganglions qui lui étaient adhérents. Mais la circulation veineuse du membre supérieur est si riche que cette résection ne présente ordinairement aucune gravité.

Cependant nous avons vu survenir chez notre malade un œdème dur du bras et de la thrombose, de sorte que je redoute toujours, en pareil cas, que quelque caillot vienne à se détacher et détermine quelque part une embolie. De plus, chez cette femme, nous constatons un phénomène que l'on ne voit jamais ou très exceptionnellement, c'est-à-dire les lèvres supérieures de la plaie atteintes d'un sphacèle qui, d'emblée, a acquis une étendue de 2 centimètres. Cet accident serait-il la conséquence de la ligature de la veine axillaire? Non, et pour moi il est dû à une cause qui m'échappe. Quoi qu'il en soit, il a gagné le grand pectoral dont il occupe actuellement toute la surface disséquée. Pourquoi? les urines seraient-elles en cause? Non, elles ne présentent rien de particulier sous aucun rapport. Par contre, il y a de la constipation, le ventre est ballonné, la température élevée, l'anxiété de la malade assez grande, l'état général mauvais. Cependant, d'autre part, il n'y a point d'agitation, aucun phénomène thoracique, rien du côté du cœur ni du poumon.

J'ajoute que nous n'avons, en ce moment, dans nos salles aucun cas d'érysipèle. Une femme seulement est entrée ces jours-ci avec une lymphangite d'un doigt atteint de panaris avec gangrène spontanée. Nous aurait-elle apporté des germes de gangrène dans le service? J'avoue que je me perds en conjectures. J'ai fait sur mon opérée un pansement antiseptique ouvert; celui-ci serait-il la cause des accidents? Je ne le crois pas, et d'ailleurs je ne pouvais pas agir autrement. Devons-nous les attribuer aux très fortes chaleurs survenues brusquement ces jours-ci? C'est là un préjugé vulgaire exagéré, de vouloir rendre responsables de pareils phénomènes morbides, du développement de certains phlegmons, les mois d'avril et de mai, ainsi que les jours caniculaires, bien que, en général, nous n'aimions pas beaucoup opérer aux époques de variations brusques de température.

En somme, je l'avoue, je ne sais réellement pas la cause de la mauvaise évolution des plaies chez nos deux opérées. Leur situation est grave, néanmoins nous ne devons pas la considérer comme désespérée, nous ne devons pas nous décourager, car le tracé thermométrique n'est pas celui de la pyohémie, mais seulement de la septicémie, avec, en plus, chez l'une de nos malades, de la pleuro-pneumonie.

Chez cette dernière, à la médication dont je vous parlais tout à l'heure, j'ai ajouté la potion de Todd, ainsi qu'une potion avec le kermès. Chez l'autre opérée, vu les phénomènes de gangrène, nous avons recouru à des antiseptiques

plus puissants que les pulvérisations continues, c'est-à-dire à l'iodoforme, dont nous faisons saupoudrer les parties gangrenées, ce qui, dans certains cas, nous a donné d'excellents résultats.

J'aurais bien, aujourd'hui encore, une vaste opération du sein à pratiquer, pour un cancer de la mamelle, mais je l'ajourne à cause des accidents dont je viens de vous parler chez nos deux dernières opérées. Il en est de même pour une opération intrabuccale que nous aurions à faire chez une jeune femme. Je sais bien que les érysipèles sont très rares à la suite de ces opérations, tant qu'elles n'intéressent pas la région sus-hyoïdienne, tant qu'elles restent limitées à la mâchoire supérieure, où nous avons généralement une immunité à peu près absolue, surtout lorsque nous ne touchons presque pas à la peau.

Or, cette jeune femme présente une tumeur du maxillaire supérieur, dont le diagnostic est assez obscur. Cette tumeur date de plus de deux ans et s'est surtout accrue depuis quelque temps. La déformation est assez prononcée, le bord alvéolaire épaissi ; la tumeur soulève la fosse canine ; elle est à la fois ferme et un peu élastique. S'agit-il de quelque tumeur maligne du rebord alvéolaire, de quelque épithélioma térébrant de la mâchoire ou d'un kyste de Magitot? Mon diagnostic hésite entre l'une ou l'autre de ces trois affections, tout en ayant une certaine tendance à se prononcer pour cette dernière.

ÉCOLE DENTAIRE. — M. Th. David.

Sur l'étiologie et la pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes.

I

Malgré les nombreux travaux qui ont été produits sur cette question dans ces dernières années, l'accord est loin d'exister entre les auteurs. Deux théories se trouvent encore en présence. L'une, née de l'idée émise par M. Verneuil au sujet du rôle pathogénique des débris du cordon épithélial de l'organe de l'émail, provenant de la formation de la dent, a été défendue avec talent par M. Malassez; elle fait naître le kyste de ces débris mêmes, *théorie épithéliale*. L'autre, formulée la première il y a déjà longtemps, admet que le kyste provient du périoste dentaire. Notre excellent maître, M. Magitot, qui s'en est fait le partisan autorisé, n'a pas cru devoir l'abandonner, malgré les recherches anatomiques remarquables des défenseurs de l'autre théorie, et, dernièrement encore, au deuxième Congrès français de chirurgie (1), il a de nouveau affirmé ses convictions au sujet de la *théorie périostale*.

II

On sait que les kystes radiculaires ont une poche enveloppante, sorte de coque cellulo-fibreuse plus ou moins épaisse, qui est commune à tous les kystes, et une paroi interne, formée de plusieurs couches d'éléments cellulaires bourgeonnants, recouverte d'épithélium.

La couche épithéliale est tantôt simple, tantôt en cellules stratifiées, pavimenteuses; le liquide est alors séreux. Mais, sous l'influence de l'inflammation, la couche bourgeonnante s'infiltre de cellules jeunes, et la lame épithéliale se dissocie sur tous ses points; elle disparaît entièrement lorsque le kyste primitif est transformé en abcès. D'après Broca, lorsque l'inflammation a cessé, le liquide peut devenir séreux, de purulent qu'il était.

On sait encore que la paroi externe, en rapport avec le tissu osseux, y devient adhérente, lorsque des phénomènes d'inflammation y ont eu lieu; mais, le plus souvent, et surtout au début de l'affection, elle n'y adhère pas ; c'est pourquoi le kyste fixé à la racine d'une dent vient avec celle-ci lorsqu'on en pratique l'extraction.

Enfin, rappelons que la poche kystique est presque toujours en rapport avec une racine dentaire malade (exostose, résorption, rugosités) dont l'extrémité plonge dans le kyste, celui-ci s'insérant en quelque sorte sur son pourtour.

Tous les auteurs sont d'accord sur ces points ; mais l'accord cesse lorsqu'il s'agit d'assigner à ces kystes une origine précise et un mode de formation.

III

Pour M. Magitot et ceux qui ont adopté sa manière de voir, M. le professeur Guyon, entre autres, l'affection a pour cause une inflammation subaiguë, chronique, de l'extrémité de la racine dentaire, déterminée par un choc sur la dent, un coup sur la face, mais le plus souvent par l'obturation intempestive d'une *carie pénétrante* non encore séchée.

La lésion radiculaire entraîne l'inflammation lente du périoste, qui se décolle de la racine par suite de la production, entre les deux surfaces, d'une exsudation, purulente ou séreuse. Il se forme alors une cavité dont la poche est constituée par le périoste décollé et épaissi, véritable membrane kystique. Tantôt le décollement s'étend à toute la périphérie du sommet radiculaire qui plonge dans la cavité du kyste; tantôt, mais bien rarement, il est borné à un point de la circonférence de la dent; le kyste est *terminal* dans le premier cas, *latéral* dans le second. Dans les deux cas, la paroi osseuse se creuse d'une cavité proportionnée au volume de la tumeur.

L'épithélium dont est tapissé ce kyste n'apparaîtrait, d'après une première théorie admise par M. Magitot (1873), que consécutivement à la formation de la poche kystique; il se produirait alors par genèse directe. Cet auteur s'est ensuite rangé (1884) à l'opinion émise par Broca en 1869, et soutenue depuis par Flakson (1879). D'après cette manière de voir, la couche épithéliale kystique procéderait de l'épithélium adamantin, qui est en rapport avec la face interne de la paroi du sac folliculaire. Cette paroi deviendrait plus tard, une fois la dentition achevée, le périoste alvéolo-dentaire; elle contiendrait encore alors, sur sa face interne, des vestiges de l'épithélium adamantin.

IV

M. Malassez combat cette théorie en soutenant que la membrane décrite par M. Magitot sous le nom de périoste alvéolo-dentaire n'a rien de commun avec le périoste. Ce qui entoure la dent, ce qui la sépare de l'os et l'y fixe, c'est une sorte de ligament formé de faisceaux de tissu fibreux, allant perpendiculairement de l'un à l'autre et prenant une insertion solide sur toute l'étendue des deux surfaces. Ce ligament ne jouerait aucun rôle dans la pathogénie des kystes radiculaires. Comment donc en expliquer la production?

M. Malassez invoque alors une théorie émise vers 1873 par M. Verneuil et d'après laquelle diverses affections des mâchoires auraient pour point de départ les débris du cordon épithélial de l'organe de l'émail. M. Reclus a déjà démontré qu'une variété de tumeur grave, qu'il a appelée *épithélioma térébrant*, et rencontrée, avec M. Verneuil, au maxillaire supérieur, semble avoir cette origine. Sous une influence quelconque, une irritation de voisinage, le plus souvent, ces débris épithéliaux, restés longtemps inactifs, se mettraient à se développer, à bourgeonner, et donneraient lieu, suivant leur mode de développement, tantôt à une tumeur maligne, tantôt à des kystes, d'où les noms de *kystes péridentaires* (Verneuil et Reclus), *kystes paradentaires* (Malassez).

Ceux-ci prennent donc pour point de départ les masses épithéliales du cordon, restées à l'état embryonnaire pendant un nombre d'années plus ou moins grand; ces masses, venant à se dévelop-

(1) Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 1106.

per, les cellules centrales se fondent et donnent naissance à un liquide séreux, tandis que les cellules périphériques se disposent en forme de paroi, limitant une poche. Au fur et à mesure que la quantité de liquide s'accroît, la poche augmente d'étendue, repousse les parties voisines, les lames du maxillaire, vient se mettre en contact avec la racine de la dent et y adhère par les fibres ligamenteuses qui l'enveloppent. Ainsi serait formé le kyste qui, dans une extraction, vient avec la racine quand il est petit, et adhère fortement à la coque osseuse périphérique lorsqu'il est plus volumineux ou qu'il s'est enflammé.

Ce qui semblerait donner raison à M. Malassez, c'est que, dans certains cas, les masses épithéliales apparaîtraient à la coupe, dans l'examen histologique, sous forme d'une petite masse arrondie à cavité centrale parfaitement nette et à contour fibreux déjà visible; en un mot, on aurait sous les yeux la coupe d'un kyste microscopique (Charvot).

La même opinion a été soutenue par M. Nepveu à la Société de biologie dans la séance du 8 mars 1884, à propos d'un cas dont il a fait l'examen dans le service de M. Verneuil.

Mais, en somme, l'accord est bien près de se faire quant à l'origine de l'épithélium.

M. Malassez le fait venir des débris du cordon du follicule dentaire, et M. Magitot du follicule même. Donc la différence ne subsiste que pour ce qui se passe ensuite au sujet de cet épithélium. M. Malassez pense qu'il forme à lui seul la cavité kystique, par création d'une cavité centrale dont le contenu repousse peu à peu l'enveloppe épithéliale, laquelle se développe au fur et à mesure. M. Magitot croit, au contraire, que la cavité se forme par soulèvement de la membrane et que l'épithélium se borne à la tapisser. L'épithélium jouerait donc le rôle principal dans la théorie de M. Malassez et, au contraire, un rôle tout à fait secondaire dans la théorie de M. Magitot.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 27 décembre 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. LE PRÉSIDENT prononce le discours d'usage dans lequel il résume les principaux événements qui ont marqué dans l'Académie, au cours de la présente année.

M. BERTRAND, secrétaire perpétuel, proclame les résultats des concours de 1886, que nous donnons ci-dessous en ce qui concerne la médecine et les sciences accessoires.

M. VULPIAN, secrétaire perpétuel, présente l'éloge historique de Marie-Jean-Pierre Flourens, membre de l'Académie des sciences, décédé en 1867.

PRIX DÉCERNÉS

I. Médecine et chirurgie.

Prix Montyon. — L'Académie décerne :

A. Trois prix de 2500 francs : 1° à M. Léon Colin, médecin-inspecteur de l'armée (*Sur Paris, sa topographie, son hygiène et ses maladies*); — 2° à MM. les docteurs Dejerine et Landouzy (*Sur la myopathie atrophique progressive*); — 3° à M. le docteur Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (*Sur l'hygiène des maternités*).

B. Trois mentions honorables (1500 francs chacune) : 1° à MM. Cadéac et Malet, chefs de service à l'École vétérinaire de Toulouse (*Recherches expérimentales sur la morve*); — 2° à M. le docteur Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (*Tumeur perlée de l'iris*); — 3° à M. le docteur A. Ollivier (*Études d'hygiène publique*).

C. Une citation honorable : 1° à M. le docteur Riant (*Sur l'hygiène*); — 2° à M. le docteur Van Merris (*Sur la scrofule et les bains de mer*); — 3° à M. Fr. Glénard (*Sur l'application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse*); — 4° à MM. Lutaud et Douglas Hogg (*Sur les hôpitaux d'isolement en Angleterre*); — 5° à M. Martel (*Sur la physiologie de la phonation*); — 6° à M. Trasbot (*Congestion de la moelle épinière*); — 7° à M. F. Roux (*Traité pratique des maladies des pays chauds : maladies infectieuses*); — 8° à M. Ermengen (*Recherches sur le microbe du choléra asiatique*).

Prix Bréant. — 1° Récompense de 2000 francs à M. le docteur Duflocq (*Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et en décembre 1884*); — 2° Récompense de 1500 francs à M. Ad. Guérard, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées (*Port de Marseille : Observations faites pendant l'épidémie cholérique de 1885*); — 3° Récompense de 1500 francs à M. le docteur L.-H. Thoinot (*Histoire de l'épidémie cholérique de 1884 : origine, marche, étiologie générale*).

Prix Godard.— Prix de 1000 francs à M. le docteur Bazy (1° *Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires; De l'intervention chirurgicale dans les affections des voies urinaires;* — 2° *L'intervention chirurgicale dans les cas de tumeur de la vessie*).

Prix Lallemand.—Prix de 1800 francs à M. W. Vignal, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France (*Développement des éléments du système nerveux périphérique et central*).

II. Physiologie.

Prix Montyon. — Prix de 750 francs à M. Gréhant (*Recherches sur l'élimination de l'oxyde de carbone après empoisonnement partiel*); mention honorable à M. Assaky (*Expériences relatives à la suture des nerfs à distance*).

III. Prix divers.

Statistique. — *Prix Montyon.* — 1° Hors ligne et hors concours : *Les Relevés statistiques du dispensaire Furtado-Heine;* 2° prix de 500 francs à M. le docteur Jules Socquet (1° *Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France, de 1826 à 1878;* — 2° *Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, de 1826 à 1880*); 3° mention exceptionnellement honorable à M. le docteur H. Cazin, médecin à l'hôpital maritime de Berck (*De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants*); 4° rappel de mention très honorable à M. Victor Turquan (*Étude sur la répartition géographique et la densité de la population en France*); 5° mention honorable à M. le docteur Mireur (*Sur la prostitution à Marseille*); 6° mention honorable à M. le docteur Longuet, médecin-major (*Études sur le recrutement dans la Haute-Savoie et dans le département de l'Isère : étiologie du goître*); 7° citation honorable à M. le docteur Aubert, médecin-major (*Statistique médicale du département de la Vendée*); 8° citation honorable à M. le docteur Chauvel, médecin principal et professeur au Val-de-Grâce (*Statistique des examens de la vision au Val-de-Grâce*); 9° à M. le docteur Sordes (de Tarare) (*Statistique de la population en France*).

Chimie. — *Prix Jecker.* — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° prix de 5000 francs à M. Colson, répétiteur de chimie à l'École polytechnique (*Nombreux travaux de chimie organique*); 2° prix de 5000 francs à M. Œschner de Coninck (*Étude des bases pyridiques et quinoléiques*).

Géologie. — *Prix Vaillant.* — 1° Prix de 3000 francs décerné à MM. Michel Lévy, Marcel Bertrand, Barrois, Offret, Kilian, Bergeron, membres de la mission française d'Andalousie; 2° encouragement de 1000 francs à M. de Montesson, officier d'artillerie à Nîmes (*Phénomènes physiques dans l'Amérique centrale*).

Botanique. — *Prix Barbier.* — Prix de 2000 francs à M. Eugène Collin (*Structure anatomique comparée des substances médicinales.— Anatomie comparée des feuilles officinales*).

Prix Desmazières. — Prix (une médaille de 1600 francs) à M. le docteur Henri van Heurck, directeur du jardin botanique d'Anvers, et à M. A. Grunow (*Synopsis des Diatomées de Belgique*).

Prix de la Fons Mélicocq. — Prix de 900 francs partagé entre MM. Gaston Bonnier et G. de Layens (*Flore du Nord de la France*) d'une part, et à M. E.-G. Camus (*Flore du Nord de la France*).

Prix Montagne. — Prix de 1000 francs à M. le docteur Quélet (de Hérimoncourt) (*Enchiridion fungorum in Europa media et præsertim in Gallia vigentium*).

ANATOMIE et ZOOLOGIE. — *Prix Thore.* — Prix de 200 francs à M. Peragallo (*Les Insectes les plus préjudiciables aux arbres les plus précieux de la région des Alpes-Maritimes*).

Prix Savigny. — Il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1886.

IV. PRIX GÉNÉRAUX.

ARTS INSALUBRES. — *Prix Montyon :* L'Académie décerne deux prix de 2500 francs chacun : 1° à MM. Appert frères, ingénieurs (*Sur le soufflage mécanique du verre*); — 2° à M. Kolb (pour les perfectionnements introduits au point de vue de la salubrité des usines).

Prix Trémont. — Prix de 1100 francs à M. Moureaux, météorologiste-adjoint au Bureau central, chargé du service magnétique à l'observatoire du Parc Saint-Maur (*Sur la distribution des éléments magnétiques en France*).

Prix Gegner. — Prix de 4000 francs à M. Valson (Recherches en faveur des progrès des sciences positives).

Prix Delalande-Guérineau. — Une médaille de la valeur de 1000 francs) à M. le docteur Hyades (*Études d'anthropologie et d'histoire naturelle au cap Horn*).

Prix Jean-Reynaud. — Prix de 10000 francs à M. Pasteur (Recherches expérimentales sur la rage).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Atlas de microscopie clinique** (1), par le docteur A. PEYER. — II. **La goutte, sa nature et son traitement** (2), par le professeur W. EBSTEIN. — III. **Nouvelle géographie universelle** (3), par Élisée RECLUS. — IV. **Dictionnaire de botanique** (4), par H. BAILLON. — V. **Les singes domestiques** (5), par Victor MEUNIER. — VI. **Les sources** (6), par Mme Stanislas MEUNIER. — VII. **Les grands fleuves** (7), par Henri JACOTET. — VIII. **Les paquebots à grande vitesse et les navires à vapeur** (8), par Maurice DEMOULIN. — IX. **L'Artillerie** (9), par le colonel HENNEBERT.

I. M. le docteur Alexandre Peyer, de Schaffhouse, pratiquait activement la médecine depuis cinq ans, quand il se décida à retourner à l'Université pour combler certaines lacunes de son éducation médicale, — surtout au point de vue de l'emploi du microscope.

Un de ses amis, professeur à l'Université, lui conseilla de toujours dessiner ses préparations microscopiques. Notre confrère suivit ce conseil et dessina d'abord sur des feuilles volantes, puis sur un cahier. Après avoir repris sa clientèle, M. le docteur Peyer continua à dessiner et, en quelques années, il avait formé une collection d'environ 400 dessins, embrassant les résultats de l'examen de l'urine, des crachats, des fèces, du sang, etc.

Ce sont ces dessins qui forment « l'Atlas de microscopie clinique ». Parmi ces figures, qui sont pour la plupart des dessins originaux, il en est peu qui ne se présentent souvent aux yeux d'un médecin tant soit peu familiarisé avec le maniement du microscope.

Cet atlas comprend, en neuf chapitres, l'étude microscopique des éléments suivants : 1° sang, 2° sécrétion mammaire, 3° urine, 4° crachats, 5° fèces, 6° vomissements, 7° contenus liquides de diverses tumeurs abdominales, 8° sécrétion des organes génitaux de la femme, 9° micro-organismes.

Dans le désir d'être complet et d'être agréable aux praticiens, M. le docteur Peyer a donné le dessin des principaux vers parasites de l'intestin, dont le texte a été confié à M. le docteur Vogler.

En résumé, livre excellent et qui rendra bien des services. Nos remerciements à M. le docteur Eugène de la Harpe, qui a traduit ce livre avec élégance et clarté.

II. M. le professeur Ebstein, directeur de la Clinique médicale à l'Université de Goettingue, a voulu tenter une histoire physiologique de la goutte pouvant servir de base aux faits cliniques.

Il y a plus de 35 ans que l'illustre professeur d'anatomie Henle, dont le cinquantenaire doctoral a fourni l'occasion du travail que nous analysons, déclarait dans sa « Pathologie rationnelle » qu'il était impossible d'écrire une histoire physiologique de la goutte sur cette donnée que les symptômes de la maladie résultent de la présence de l'acide urique.

Plus tard Garrod a publié son ouvrage sur la goutte. Bien des pierres ont été ajoutées à cet édifice par d'autres observateurs, toutefois, une histoire physiologique de la goutte, comme la comprend Henle, a fait défaut jusqu'à ce jour.

Tant qu'on ne pourra pas démontrer que les symptômes goutteux dépendent nécessairement de l'acide urique, on ne pourra regarder comme bien établie la théorie urique de la goutte.

Telle est l'idée mère de « La goutte, sa nature et son traitement » du professeur Ebstein, que M. le docteur Chambard a traduite et qui nous arrive précédée d'une introduction du professeur Charcot.

Après un aperçu historique, le professeur Ebstein établit l'anatomie pathologique des lésions organiques typiques dans l'arthrite uratique de l'homme : il étudie la goutte rénale, la goutte du cartilage hyalin et les foyers nécrotiques dans les autres tissus de substance conjonctive.

Il passe ensuite à l'étude de la goutte chez les animaux et expose les tentatives pour provoquer des dépôts uratiques dans l'économie animale.

Après avoir recherché l'influence de l'acide urique et de ses combinaisons, ainsi que de quelques composés chimiques analogues sur les tissus et les organes des animaux, Ebstein aborde enfin la goutte humaine au point de vue clinique, et décrit la goutte articulaire primitive et la goutte rénale.

Tel est le plan suivi par l'auteur. Ajoutons que son livre dédié à J. Henle, en l'honneur de son cinquantenaire doctoral, se présente à nous sous un aspect d'une élégance inaccoutumée. Recouvert d'un papier peau de crocodile, il est imprimé avec luxe et orné de 12 superbes chromolithographies.

III. M. Élisée Reclus, continuant son œuvre magistrale, nous offre cette année le douzième volume de la « Nouvelle Géographie universelle ».

Ce volume est consacré aux archipels atlantiques, à la Sénégambie et au Soudan occidental. Il renferme, au point de vue artistique, 3 cartes en couleur tirées à part, 126 cartes intercalées dans le texte et 65 vues ou types gravés sur bois.

Nos lecteurs connaissent la méthode et la manière de l'éminent géographe. Ils savent avec quels soins et quelle critique il recueille et discute tous les faits acquis et toutes les notes des voyageurs. Aussi, grande est la richesse des documents, et leur intérêt dépasse ce qu'on peut s'imaginer. Après avoir simplement parcouru cet énorme volume, on est tout surpris de la masse de connaissances qu'on acquiert sur ces pays si peu connus. Nos médecins de la marine sont à chaque pas cités avec distinction. Car ce qui donne un haut relief à l'œuvre de M. Reclus, ce sont les considérations ethnographiques, anthropologiques, zoologiques, botaniques et géologiques jetées à pleines mains.

En neuf chapitres, l'auteur remplit le programme de ce volume.

Après les archipels atlantiques (atlantide, atlantique açorien, les Açores, les archipels de Madère, des Canaries et du Cap-Vert), M. Reclus étudie la Sénégambie ; c'est d'abord une vue d'ensemble, puis le bassin du Sénégal et Foula-Djallon, Gambie, Casamance, Guiné, les possessions portugaises de la Sénégambie et les Rivières du sud.

Il nous conduit en Sierra-Leone, Liberia, à la côte de l'Ivoire

(1) Gr. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, O. Berthier.
(2) Gr. in-8° jésus. Prix : 15 francs. — Paris, J. Rothschild.
(3) In-4°. Prix : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(4) In-4°. Prix : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(5) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Maurice Dreyfous.
(6, 7, 8, 9) In-16. Prix : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

(grand Bassam et Assini), à la côte de l'Or et au bassin de la Valta (Fanti et Achanti), et à la côte des Esclaves.

Puis nous abordons le bassin du Niger : vue d'ensemble ; Haut-Niger, Niger moyen, Tombouctou, les Touareg et les Songhaï, Haoussa ; Benué, Bas-Niger, Bonny et Vieux-Calabar.

Enfin le bassin du Tzadé termine ce très intéressant volume.

IV. Avec le vingt-unième fascicule que nous présentons à nos lecteurs, s'ouvre le troisième volume du « Dictionnaire de botanique » du professeur Baillon.

Ce fascicule s'étend des lettres HAAG à HYPE. Par un de ces hasards de l'ordre alphabétique, il contient peu de ces articles que nous désignons sous le nom de monographies ; un seul a une certaine étendue, c'est celui qui est consacré aux Hépatiques. Mais alors, par un heureux retour des choses, le nombre des mots est considérablement supérieur dans ce fascicule à celui des fascicules précédents. Ce qui est loin d'être méprisé par celui qui a un simple renseignemeut à demander à son dictionnaire.

Une belle planche de Faguet nous donne le Borrago officinalis.

V. Un de nos vieux lutteurs scientifiques, qui laisse une empreinte bien personnelle à tous ses travaux, M. Victor Meunier, est depuis bien longtemps hanté par l'avenir des espèces. Il nous faudrait remonter à son feuilleton scientifique de la « Presse », en juin 1851, pour retrouver le point de départ du volume que nous allons signaler à nos lecteurs.

« En théorie », disait-il, déterminer le « pourquoi » et le « comment » des choses ; en pratique, créer de nouvelles « formes » et de nouvelles « harmonies ».

Et poursuivant cette pensée, en cherchant les applications, il accumulait, en véritable Darwin, des masses d'observations ingénieuses, imprévues, extraordinaires parfois, toujours bien observées, bien critiquées, dignes de la science. De ces recherches, sont déjà sortis les « animaux perfectibles » ; aujourd'hui ce sont les « singes perfectibles » le troisième terme de la série doit se présenter à nous sous le titre de « La zoologie de l'avenir ». L'auteur nous aura expliqué alors complètement ses idées sur l'avenir des espèces, et l'on pourra porter un jugement équitable sur un ensemble très curieux et d'un côté utilitaire bien surprenant.

Bornons-nous, en invitant nos lecteurs à une lecture des plus attrayantes, à signaler les « singes perfectibles » dont M. Victor Meunier fait les serviteurs de l'avenir, et donnons la quintessence de sa pensée en reproduisant cette phrase qui lui sert d'épigraphe : « Avec le chien nous avons conquis la nature, avec le singe nous fonderons la société heureuse. »

VI. Mme Stanislas Meunier, qui nous avait déjà donné, sous le titre « l'Ecorce terrestre », une œuvre de bonne vulgarisation scientifique, nous invite à étudier avec elle « les Sources ».

Ordinaires, minérales ou thermales, les sources jouent un rôle dans l'œuvre géologique.

Pour comprendre l'importance des sources ordinaires, il fallait se rendre compte d'abord de ce que la terre serait sans sources et combien la reconnaissance des hommes doit être grande envers ces sources précieuses. Tour à tour l'auteur nous décrit les aqueducs, les fontaines et nappes d'eau, les sources vauclusiennes, celles des cavernes, les réapparitions des rivières, les sources intermittentes, jaillissantes et sous-marines, les cratères-sources, les sources des glaciers et celles qui sont provoquées. Enfin, cette première partie se termine par l'art de découvrir les sources.

Dans une deuxième partie, Mme Stan. Meunier étudie les stations d'eaux chez les anciens et les modernes, les eaux à très faible minéralisation, salées, sulfurées, sulfatées, carbonatées et carboniquées, ferrugineuses, boratées, sulfuriquées et chlorhydriquées. Puis elle traite des eaux bitumineuses, des sources de boue et de gaz, des sources très chaudes ou très froides, des geysers et des soffionis.

Elle termine enfin ce livre de lecture facile par l'œuvre géologique des sources : démolition des roches et production des roches par les sources, et consacre un dernier chapitre aux sources, tremblements de terre et volcans.

VII. « Les grands fleuves » font le sujet du livre de M. Henri Jacotet.

Après avoir étudié la circulation des eaux, les rivières et les fleuves, l'auteur passe en revue les grands fleuves d'Europe (Rhône, Rhin, Danube et Volga) ; ceux d'Asie, tant de la Sibérie que de la Chine, de l'Indo-Chine, de l'Inde et de l'Asie antérieure ; ceux d'Afrique (Nil, Niger, Congo et Zambèse), de l'Amérique du Nord (Mississipi, Saint-Laurent, Colombia et Mackenzie), de l'Amérique du Sud (Amazone, Rio de la Plata, Parana et Uruguay, Orénoque) et le grand fleuve de l'Australie : le Murray.

C'est ainsi que, dans deux ou trois cents pages, M. Jacotet a réuni avec talent les traits principaux de la description des grands fleuves du globe.

VIII. Nous venons de voir des études sur les sources et les grands fleuves, M. Maurice Demoulin ajoute une note à cet ensemble en nous faisant connaître les perfectionnements récemment introduits dans la construction navale et les merveilleux progrès de la navigation à vapeur. De là, « Les paquebots à grande vitesse et les navires à vapeur ».

L'auteur a eu surtout en vue la navigation transatlantique. Voici l'étude de la coque, l'armement, les progrès récents de la machine marine, et les propulseurs. Nous pouvons comprendre les grands transatlantiques modernes. En voici un à la mer. Près de lui plaçons les paquebots à roue, les ferry-boats, les bâtiments de transport. Ne négligeons ni les torpilleurs, ni les croiseurs à grande vitesse, ni les yachts à vapeur. Et maintenant, après avoir assisté aux essais des bâtiments à vapeur, il ne nous restera plus qu'à prendre part aux opérations du lancement.

M. Demoulin avait bien des difficultés à vaincre pour écrire un semblable livre ; il les a vaincues avec distinction.

IX. Un dernier livre de cette charmante bibliothèque de merveilles est consacré à « L'artillerie ».

M. le colonel Hennebert fait remonter son travail aux temps antérieurs à l'époque de l'invention de la poudre et nous fait connaître les artilleries névrotone, chalcotone, sidérotone et trébuchante.

Dans une deuxième partie il nous montre l'artillerie à feu, au temps de l'emploi des bouches à feu à âme lisse, depuis le XIIIe siècle jusqu'en 1854.

La troisième partie est consacrée à des considérations théoriques (études, — notions de balistique, — rayures et chargement par la culasse, — tir des bouches à feu rayées).

Enfin une quatrième partie nous présente l'artillerie au temps de l'emploi des bouches à feu rayées. Successivement l'auteur nous montre la mise en service des premières pièces, leur fabrication ; les fusées de projectiles creux et les systèmes de bouches à feu modernes. Avec lui, nous apprenons à connaître les matériels d'artillerie actuellement en service ; les artifices, les établissements et troupes d'artillerie, en Allemagne et en France. Il nous initie au service de l'artillerie dans les opérations d'attaque et de défense des places, à son service en campagne, et enfin à l'artillerie de marine.

Aujourd'hui où tout citoyen est soldat, on ne peut plus ignorer les choses de la guerre, et M. le colonel Hennebert nous a rendu grand service, en écrivant pour les profanes un livre dont il a adouci tous les angles.

Par décrets, en date des 19 et 24 décembre 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Cassien, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Brindejonc de Treglodé, Barret, Dorvau, Nédelec, Lecorre et Keisser.

— *Erratum.* — N° 150, première page, deuxième colonne, onzième avant dernière ligne : au lieu de « véritable *toxique* », lire « véritable *tonique* ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20486

34

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0 255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

39

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours. La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.* Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

16

AFFECTIONS CARDIAQUES

PALPITATIONS, INSUFFISANCES, RÉTRÉCISSEMENTS, DYSPNÉES, HYDROPISIES, ETC.

Sirop et Pilules de LANGLEBERT au Convallaria Maïalis (*muguet de mai*).

GRANULES DE CONVALLAMARINE LANGLEBERT.

Expérimentés et prescrits dans les hôpitaux. Phie Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et tles ph.

52

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

Dose moyenne. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

Indications. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profesr Bouchardat.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

72

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dysenterie.*

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque Schlumberger et Cerckel, 26, rue Bergère, Paris, *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. Chevrier, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND aîné**, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature Bertrand aîné. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

109

CAPSULINES SAINT-ANDRÉ

AU TRIBROMURE D'ALLYLE

Les **Capsulines Saint-André** doivent leur nom à l'Hôpital **Saint-André**, de Bordeaux, où, en premier lieu a été expérimenté le *Tribromure d'Allyle.*

A la dose de **deux** ou **trois Capsulines**, elles sont souveraines contre les **Insomnies** rebelles et contre tout ce qui est *élément douleur.* Plus de cet **EMPOISONNEMENT** lent et fatal qu'amènent insensiblement les *Piqûres de Morphine.*

J. Mousnier, à Sceaux (Seine).

80

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (ferro-arsenicale), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30 francs** *franco* gare Royat.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

19

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

92

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmace GERBAY, à Roanne (Loire).

5

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

Nº 152. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1886. 59e ANNÉE. JEUDI 30 DÉCEMBRE 1886. — Nº 152.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Vallin a lu, sur le salicylage des substances alimentaires, un rapport concluant à une interdiction absolue.

En effet, s'il est vrai que chez des individus jouissant d'une santé parfaite l'acide salicylique, pris à doses modérées, ait pu être continué longtemps sans amener d'accidents, ce n'est nullement une raison pour faire entrer cette substance dans l'alimentation générale, du moment où il est démontré qu'elle peut devenir nuisible dans certaines conditions.

C'est un toxique, qui s'élimine avec une extrême rapidité lorsque les reins fonctionnent d'une manière normale, mais qui s'accumule dans le sang lorsqu'il s'agit d'albuminuriques ou de vieillards; car, chez ceux-ci comme chez ceux-là, le filtre rénal n'agit plus que d'une façon très imparfaite.

Il deviendra donc alors dangereux, quelque faible que soit la dose journalière, puisque les doses s'ajouteront les unes aux autres dans le sang.

D'autre part, chez les dyspeptiques, l'acide salicylique aggrave la souffrance, peut-être parce qu'il met obstacle aux fermentations digestives, ainsi que M. Berthelot l'a suggéré.

Voilà déjà plusieurs catégories de personnes qu'il faut protéger contre une sophistication pour eux dangereuse; et rien ne prouve que ce sont les seules.

La prohibition doit être absolue pour être efficace dans tous les cas, dans ceux par exemple où l'élimination de l'acide salicylique est presque entièrement supprimée par une de ces affections rénales très fréquentes de nos jours et qui restent souvent non soupçonnées durant des mois.

D'ailleurs, si l'on voulait admettre une tolérance relative, on se trouverait dans la pratique en présence de difficultés presque insurmontables. En effet l'acide salicylique une fois introduit dans les substances alimentaires, y subit graduellement une transformation qui le masque en partie. Peut-être garde-t-il toute son action toxique dans les dérivés qu'il engendre, alors qu'il n'est plus décelé par les réactifs. C'est là une question que M. Vallin pose, sans pouvoir encore la résoudre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sclérose en plaques (1).

II

Aujourd'hui mon intention est de traiter plus spécialement de quelques symptômes de la sclérose en plaques et notamment des phénomènes oculaires.

On sait que les affections du centre nerveux retentissent fréquemment sur les organes de la vision; or, parmi ces affections, la sclérose en plaques tient un des premiers rangs. Et les notions que nous avons là-dessus, nous les devons pour la majeure partie à M. Parinaud, car avant lui nous ne connaissions guère que le nystagmus, l'amblyopie, et c'était tout. Ce n'est que récemment que quelques connaissances nouvelles sont venues d'Allemagne compléter ce que nous avions appris grâce à M. Parinaud.

La méthode par laquelle nous allons étudier les symptômes oculaires de la sclérose en plaques, c'est la méthode des contrastes, c'est-à-dire en établissant un parallèle, sous ce point de vue, entre la sclérose en plaques et l'ataxie locomotrice progressive. Dans cette dernière affection les symptômes oculaires peuvent être caractérisés : 1° par une paralysie des muscles de l'œil; 2° par certaines modifications dans les mouvements de l'iris; 3° par l'examen de la papille optique, les lésions des nerfs optiques et les troubles fonctionnels qui en résultent. Le premier phénomène est la diplopie produite d'abord par la paralysie du moteur oculaire externe puis du moteur oculaire commun. Dans la sclérose, ce phénomène est possible par le développement de plaques sur l'un de ces deux nerfs; mais le fait est assez rare. Par contre un genre de paralysie des muscles de l'œil, que l'on y rencontre communément tandis qu'il n'existe pas dans l'ataxie locomotrice, c'est un défaut de coordination des mouvements ou mieux une paralysie des mouvements associés. De là un regard vague et des mouvements oscillatoires qui sont presque du nystagmus. Ces oscillations, dans les actes volontaires de l'œil, ces tremblements intentionnels des yeux sont un des grands symptômes de la sclérose en plaques. On retrouve aussi le nystagmus dans d'autres affections nerveuses, mais pas dans l'ataxie locomotrice. Ce nystagmus est quelquefois le premier symptôme dans la sclérose en plaques, à laquelle il appartient surtout.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1203.

Si maintenant nous examinons les fonctions de l'iris, nous constatons une sorte de myosis paralytique, c'est-à-dire que la pupille ne se contracte plus sous l'influence de la lumière, elle ne se contracte que dans un acte d'accommodation lorsque, par exemple, les yeux du malade convergent pour regarder un objet. Ce signe ne se rencontre que dans l'ataxie locomotrice, la paralysie générale progressive, la pachyméningite, et peut-être aussi dans quelques autres affections cérébrales, mais principalement dans les deux premières.

Dans la sclérose en plaques il n'existe pas ; les pupilles ne sont pas affectées quoiqu'on rencontre aussi du myosis, mais ce myosis est spécial, différent du précédent en ce sens que la pupille se contracte encore devant la lumière et se dilate dans l'obscurité. Ici c'est un myosis spasmodique et non un myosis paralytique comme dans l'ataxie locomotrice progressive.

Quant à l'ophthalmoscope, il nous donne aussi des renseignements précieux. En effet, dans l'ataxie il y a amaurose avec une sorte de lune brillante, une atrophie tabétique nacrée, une papille brillante, des vaisseaux effacés, un contour net. Dans la névrite optique, nous trouvons deux phases distinctes : dans la première, la papille est gonflée, ses contours sont obscurs et les vaisseaux interrompus par un exsudat ; dans la seconde phase, le nerf est modifié, atrophié, la papille est nuageuse, à bords diffus, elle n'est pas brillante, nacrée, mais mate.

Ainsi l'ataxie locomotrice peut commencer par la papille tabétique, par la cécité, laquelle peut rester pendant un certain temps le seul symptôme de cette affection ; tandis que dans la sclérose en plaques nous n'avons rien de cela, pas d'atrophie nacrée, mais une amblyopie plus ou moins profonde, le nerf n'est pas altéré, la cécité est souvent passagère et non fatale, pour toujours comme dans le tabes ; elle peut guérir, au contraire, après cinq ou six mois, à moins que la sclérose se complique, à un moment donné, de névrite optique. Dans ce cas, la cécité peut être permanente.

Dans l'ataxie locomotrice progressive on observe aussi un rétrécissement inégal du champ visuel, des scotomes en haut et en bas, des phénomènes d'achromatopsie commençant par le rouge et le vert, finissant par le bleu et le jaune. Dans la sclérose, il n'y a pas d'achromatopsie, le champ visuel reste large.

De tout ce que nous venons de dire rapidement, il existe donc, en résumé, un véritable contraste dans les symptômes oculaires du tabes et de la sclérose.

Quelques médecins ont dit que, parfois aussi dans la sclérose, le champ visuel se trouvait modifié, rétréci, comme chez les hystériques. A cela il y a une bonne raison, c'est que la sclérose est une affection présentant de grandes affinités avec l'hystérie, au point, quelquefois, de pouvoir être confondue avec elle. En somme, les éléments du diagnostic différentiel de la sclérose et du tabes, sont :

Tabes : Paralysie des nerfs moteur oculaire externe et moteur oculaire commun, absence de nystagmus, myosis paralytique, atrophie nacrée, papille tabétique, rétrécissement concentrique inégal du champ visuel, achromatopsie, cécité fatalement progressive.

Sclérose en plaques : Paralysie dans les mouvements associés, nystagmus, myosis spasmodique, pas d'atrophie nacrée, champ visuel resté large, pas d'achromatopsie, cécité temporaire, à moins de névrite optique concomitante.

ÉCOLE DENTAIRE. — M. Th. David.

Sur l'étiologie et la pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes (1).

V

Reprenons donc les arguments employés par les partisans des deux théories, et voyons s'il est possible actuellement d'adopter l'une plutôt que l'autre.

« Il n'y a pas de périoste, il n'y a qu'un ligament alvéolo-dentaire », dit M. Malassez.

M. Magitot a fait sur ce point une concession en reconnaissant que la membrane qu'il avait décrite sous le nom de périoste dentaire, et au sujet de laquelle il avait d'ailleurs fait des réserves, n'était pas un périoste analogue à celui qui recouvre la face externe des os. Qu'importent les noms de ligament, membrane... périostique? Les racines sont entourées d'un tissu fibreux qui les unit aux alvéoles ; dans une théorie comme dans l'autre, ce tissu est considéré comme formant la paroi externe du kyste.

« La membrane, ou le ligament alvéolo-dentaire, ne représente nullement le sac folliculaire. »

Cette origine du tissu qui entoure les racines adultes est évidemment nécessaire dans la théorie périostale ; elle explique la présence, sur sa face interne, de vestiges, de débris épithéliaux provenant de l'organe de l'émail (Broca). Or M. Malassez la conteste sans argument. Cependant on se demande ce que deviendrait la paroi fibreuse du follicule si elle ne formait la membrane alvéolo-dentaire. D'autre part, quelle origine donnerait-on à celle-ci? On peut donc croire, jusqu'à preuve du contraire, que le tissu interalvéolo-dentaire représente les vestiges du sac folliculaire.

« Entre le ligament et la racine, il n'existe pas de cellule épithéliale? »

Il peut se faire en effet que cette existence ne soit point normale ; les vestiges épithéliaux de l'organe adamantin, chapeau aussi bien que cordon, disparaissant peu à peu. Mais on conçoit très bien qu'exceptionnellement de tels débris puissent exister. M. Magitot soutient qu'ils persistent pendant toute la vie.

« Au contraire, les débris épithéliaux du cordon persistent tout autour des racines. »

Nous admettons en effet avec M. Malassez que ces débris, destinés à disparaître, peuvent bien subsister exceptionnellement, de même que nous reconnaissons avec M. Magitot que les vestiges de l'organe adamantin peuvent persister pendant longtemps. Mais il faudrait prouver que, longtemps après l'évolution de l'organe, les débris du cordon subsistent et restent en rapport de contiguïté, tout au moins de proximité, avec la racine. Sans cette proximité, on comprend bien qu'ils déterminent un épithélioma térébrant, mais on comprend moins bien, malgré les raisons spécieuses de M. Malassez, qu'ils puissent former un kyste appendu à la dent. En outre, si ces débris persistent réellement tout autour de la racine, comment expliquer la localisation presque constante du kyste au sommet, et si petit que soit ce kyste?

Il faut bien le reconnaître, des recherches anatomiques restent encore à faire sur ces points. Celles, remarquables d'ailleurs, de M. Malassez, faites en vue d'une théorie préconçue, auraient également besoin d'être confirmées. Alors même que ces notions anatomiques seraient bien établies, il leur manquerait encore, pour servir d'argument en faveur de l'une ou de l'autre théorie, la connaissance approfondie de la pathogénie du kyste. A l'heure actuelle, on ignore absolument la succession des phénomènes qui se passent dans sa production, s'il débute par le bourgeonnement de l'épithélium, ou si celui-ci ne survient que postérieurement à la formation de la paroi kystique.

En tous cas, la présence de l'épithélium, qui était regardée comme une objection capitale à la théorie périostale, a reçu au

(1) Suite. — Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1886, p. 1219.

contraire avec celle-ci une explication très satisfaisante. Des restes d'épithélium adamantin, justement en rapport avec la couche interne du tissu alvéolo-dentaire, deviendraient les points de départ d'une prolifération pathologique. Ils expliquent la présence de l'épithélium intra-kystique, bien mieux assurément que les débris du cordon (*gubernaculum dentis*) avec lequel la paroi folliculaire, devenue plus tard radiculaire, a perdu tout rapport.

La théorie épithéliale voit donc ainsi réfuté son argument principal contre la théorie périostale (1).

VI

D'un autre côté, le mode de formation du kyste se comprend mieux avec la théorie périostale et va nous fournir en sa faveur de puissants arguments.

(*a*) La théorie épithéliale donne comme point de départ les débris épithéliaux qui se trouveraient tout autour de la racine; le kyste devrait alors être plus fréquemment latéral que terminal.

« Comment donc expliquer la localisation presque constante de l'affection au sommet? »

M. Malassez soutient, il est vrai, que les kystes sont tantôt sur le côté, tantôt au sommet de la racine. Mais cette distinction ne nous paraît point fondée, car les dentistes ne rencontrent jamais de kystes latéraux.

(*b*) Avec la théorie épithéliale, qui fait débuter le kyste loin de la racine, il faut admettre qu'une fois formée la tumeur repousse devant elle, use et détruit tout ce qui la sépare de la dent.

« Comment le kyste peut-il venir se mettre en contact avec la racine, s'il se forme à une certaine distance? »

A cela, M. Malassez répond que le kyste se développe de préférence dans le sens où la résistance est la moins grande, c'est-à-dire entre les faisceaux du ligament dentaire et qu'il arrive ainsi à se mettre en contact aussi bien avec la racine qu'avec l'alvéole; une fois arrivé en contact avec la dent, il refoule la paroi osseuse moins résistante, tandis qu'il s'accole à la racine.

Nous trouvons bien hypothétique ce chemin parcouru de l'extrémité des débris du cordon épithélial à la surface radiculaire. En outre, il nous semble qu'un kyste apparu, sur les confins de la paroi alvéolaire, dans l'os même aurait plus de facilité à se développer de ce côté, à perforer la coque osseuse, si mince en général, que d'émigrer vers la dent en dissociant les fibres très serrées du ligament alvéolo-dentaire et en les détruisant au niveau de leurs insertions sur la racine. Est-ce que dans bien d'autres régions du corps nous ne voyons pas les collections liquides à marche croissante fuser entre l'os et le périoste, le long des insertions musculaires ou ligamenteuses, plutôt que de détruire celles-ci?

(*c*) On reconnaît que le kyste contracte avec la racine des adhérences tellement solides, qu'on ne peut l'en séparer pendant l'extraction et qu'il vient avec la dent.

« Pourquoi adhère-t-il plus à la dent qu'à l'os? pourquoi, pendant l'extraction, ne reste-t-il pas dans la poche qu'il s'est creusée dans le maxillaire? »

Ceci ne s'explique pas très bien avec la théorie de M. Malassez. En effet, si le kyste se développe primitivement dans l'os lui-même, là où se trouvent les débris du cordon épithélial, il devrait y contracter dès le début des adhérences, encore accrues dans la suite par le travail d'ostéite chronique qu'il provoque. Ajoutons que ces adhérences sont bien plus étendues du côté de l'os que du côté de la racine dentaire. Si l'on compare la collerette du kyste au reste de sa paroi, on peut dire que les adhérences osseuses sont 50, 100, 200 fois plus étendues que les adhérences dentaires; néanmoins, ces dernières l'emportent et le kyste vient avec la dent.

La réponse est plus facile avec la théorie de M. Magitot. En effet, le périoste, ou la membrane périradiculaire est, au début de l'affection, décollée à l'extrémité de la racine, formant une sorte de petite ampoule dont la circonférence adhère toujours à la racine. Au fur et à mesure que la poche se développe, l'adhérence de la collerette à la racine augmente avec l'épaisseur des produits inflammatoires, et jamais il n'y a de solution de continuité au niveau de cette collerette; la paroi kystique se continue donc sans interruption avec la membrane périradiculaire jusqu'au collet de la dent, et lorsqu'on extrait celle-ci, le kyste suit naturellement la membrane péridentaire dont il fait partie. Les adhérences radiculaires sont plus solides que les adhérences alvéolaires, car à un moment donné la dent est ébranlée, non aux dépens des insertions ligamenteuses à sa surface, mais de celles de la paroi alvéolaire.

(*d*) La cause n'est pas douteuse dans une théorie comme dans l'autre; le kyste est toujours en rapport avec une dent cariée.

« Quelle relation y a-t-il entre la carie et la production kystique? »

La carie, répond M. Malassez, est la cause irritante qui, comme un choc sur la dent, un coup sur la face, provoque le développement de la masse épithéliale paradentaire et son évolution kystique. — Cette explication nous semble bien insuffisante.

D'abord, il importe de distinguer le degré de la carie, car certaines formes n'ont jamais de retentissement sur les racines. Pour les autres, il est possible de les préciser et d'établir le lien direct, immédiat, qui rattache à la carie le développement du kyste. Comme simple cause irritante vague, il faudrait plutôt invoquer ici la carie avec irritation de la pulpe en souffrance, forme qui s'accompagne précisément de douleurs irradiées, de phénomènes congestifs dans les organes voisins (œil, oreille, etc.).

Mais alors ce n'est pas sur une seule masse épithéliale qu'elle retentirait, ce serait sur toutes celles qui peuvent entourer l'organe malade. Or le kyste ne se rencontre pas avec des dents ayant encore leur pulpe en totalité ou en partie; on ne le trouve que dans les cas où la carie pénétrante a entièrement détruit cette partie, et il est toujours *isolé*, toujours localisé au sommet d'une dent atteinte d'une semblable lésion.

(*e*) Pour M. Malassez, le liquide kystique se produirait spontanément au sein de la masse épithéliale, par sécrétion, par dégénérescence colloïde des cellules centrales...

Il se produirait là ce qui se passe pour la genèse des autres kystes, ceux de l'ovaire par exemple, si bien étudiés par M. Malassez. Mais peut-être pourrait-on reprocher à ce savant anatomiste d'avoir abusé de l'analogie et, pour notre part, nous ne croyons pas que son hypothèse soit suffisamment justifiée; elle nous satisfait en tous cas beaucoup moins que l'explication donnée en s'appuyant sur la théorie de M. Magitot.

(1) Nous ne faisons que mentionner, comme moins plausibles, d'autres explications de la couche épithéliale : la genèse d'emblée, la prolifération de l'épithélium gingival, de l'endothélium vasculaire (Aguilhon).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 décembre 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Nocard pour la place de membre titulaire, devenue vacante par la mort de M. Bouley.

La correspondance contient en outre un pli cacheté adressé par M. le docteur François Hue (de Rouen) et M. Bruère, chimiste. (Accepté.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1887.

M. Hérard est élu à une très grande majorité. Il remercie l'Académie en quelques mots, très applaudis.

M. Proust est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. GOMBAUX et **GERMAIN SÉE** sont nommés membres du conseil.

L'Académie procède au renouvellement partiel de ses commissions permanentes. Sont élus à la place des membres sortants :

Épidémies. — MM. Rochard et Hayem.

Eaux minérales. — MM. Marjolin et Gallard.

Remèdes secrets. — MM. Mesnet et J. Chatin.

Vaccine. — MM. Hervieux et Blot.

RAPPORTS

De l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés dans les substances alimentaires. — M. VALLIN, au nom d'une commission composée de MM. Berthelot, président; Bergeron, Brouardel, Gueneau de Mussy, Lagneau, Proust, Léon Colin, Besnier, Gallard et Vallin, rapporteur, étudie, en réponse aux questions posées à l'Académie de médecine par M. le ministre du Commerce, la question du salicylage à un triple point de vue :

1° Au point de vue physiologique et médical, en examinant si des doses modérées d'acide salicylique, continuées pendant des mois et des années, peuvent amener des troubles de la santé chez les individus qui les consomment;

2° Au point de vue de l'hygiène et de la police médicale, en recherchant s'il est possible de tolérer l'emploi de l'acide salicylique dans l'alimentation publique jusqu'à une certaine dose, maximum que l'on ne devrait pas dépasser sous peine de délit;

3° Au point de vue de la jurisprudence comparée, en étudiant à ce propos les législations sanitaires des différents peuples et consultant les opinions exprimées par les chambres de commerce et les représentants autorisés de l'industrie.

La plupart des nations étrangères interdisent l'emploi de l'acide salicylique. Les hommes les plus compétents considèrent cet emploi comme n'étant nullement indispensable, pas même utile pour les industries où l'on voudrait le faire intervenir. Et au point de vue médical la commission a adopté les conclusions suivantes :

1° Il est établi par l'observation médicale que des doses faibles, mais journalières et prolongées, d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives.

2° En conséquence l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

Commission des épidémies. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, au nom de la commission des épidémies, lit un rapport dans lequel il demande une nouvelle organisation du service des épidémies et du service sanitaire en France.

L'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Les questions mises au concours par l'Académie des sciences pour les prix à décerner, en ce qui concerne les sciences médico-chirurgicales et naturelles, sont les suivantes :

1° POUR L'ANNÉE 1887.

PHYSIQUE. — *Prix Lacaze.* — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.*

CHIMIE ORGANIQUE. — *Prix Jecker.*

Prix Lacaze. — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la chimie.

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse.* — Décerné à l'auteur d'un travail concernant les sciences géologiques ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique ou dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Desmazières. — Décerné à l'auteur de l'ouvrage le plus utile sur tont ou partie de la cryptogamie.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe, et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix Montagne. — Décerné aux auteurs de travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou la description des cryptogames inférieurs.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Grand prix des sciences physiques.* — Étudier les phénomènes de la phosphorescence chez les animaux.

Prix Bordin. — Étude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du grand Océan.

Prix Bordin. — Étude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud, mammifères et oiseaux.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix Savigny. — Fondé par Mlle Letellier.— Décerné à de jeunes zoologistes voyageurs.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon.* — Médecine et chirurgie.

Prix Bréant. — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots.

Prix Chaussier. — Décerné à des travaux importants de médecine légale et de médecine pratique.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon.* — Physiologie expérimentale.

Prix Lacaze. — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physiologie.

Prix Serres. — Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon.* — Arts insalubres.

Prix Trémont. — Destiné à tout savant auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Gegner. — Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives.

Prix Petit d'Ormoy. — Sciences naturelles.

2° POUR L'ANNÉE 1888.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix da Gama Machado.* — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Cuvier. — Destiné à l'ouvrage le plus remarquable soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

PRIX GÉNÉRAUX.— *Prix Delalande-Guérineau.* — Destiné au voyageur français ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science.

Prix Jérôme Ponti. — Décerné à l'auteur d'un travail scientifique dont la continuation ou le développement seront jugés importants pour la science.

3° POUR L'ANNÉE 1889.

BOTANIQUE. — *Prix de la Fons Mélicocq.* — Décerné au meilleur ouvrage de botanique sur le nord de la France.

4° POUR L'ANNÉE 1890.

MÉDECINE. — *Prix Dusgate.* — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

5° POUR L'ANNÉE 1891.

Prix Jean-Reynaud. — Décerné au travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

VARIÉTÉS

Épidémies et Hôpitaux (1).

Par M. Ch. Desmaze.

II

— La Cour, avertie que les seigneurs de son ressort refusent, sous prétexte de la peste, de recevoir aucun officier ministériel venant de Bordeaux, leur enjoint, sous peine de cinq cents livres d'amende, de les recevoir comme par le passé.

— La Cour défend aux plaideurs de venir solliciter les conseillers appelés à les juger (2).

Septembre 1555. — La Cour va siéger à Libourne, à cause de la peste.

— La Cour ordonne qu'il sera levé sur les habitants de Saint-Émilion une somme de cent livres, pour être employée à la nourriture des pestiférés de ladite ville, à payer un barbier pour les soigner et un prêtre pour leur administrer les sacrements (3).

— Ordonnance de la Cour, séant à Libourne, qui commet quatre de ses membres pour se rendre à Bordeaux, afin d'y préparer son installation et y faire la police, en même temps qu'ordonner des prières pour la cessation de la peste (4).

1561. — « Arrest de la cour de Parlement pour obvier aux inconvénients de la peste à Paris. »

1er juillet 1563. — La Cour avertie que, sous prétexte de la peste, les bayles et bourgeois des villes, bourgs et bourgades de son ressort refusent l'hospitalité à tous ceux qui sortaient de Bordeaux, leur enjoint, sous peine de cinq cents livres d'amende, de lever cette prohibition (5).

Janvier 1564. — A Nevers, la peste ayant régné deux ans et demi, les habitants vouèrent à saint Sébastien une bougie longue comme la ville, c'est-à-dire de dix-sept cent vingt toises (6).

Avril 1564. — Les syndics et les consuls de Lasseneuil en Agenais sont autorisés à faire un rôle de cotisation entre tous les habitants, d'une somme de trois cents écus sols, pour rémunérer Bernard Canal, maître chirurgien, qui s'était dévoué à les soigner durant la peste dont avait été infectée la ville pendant l'année qui venait de s'écouler (7).

— Ordonnance de la Cour qui prescrit aux jurats de Bordeaux de tenir la main à ce que les pestiférés de la ville ne sortent de leurs maisons que pour aller dans leurs maisons de campagne, ceux qui en possèdent seulement (8).

Juin 1564. — Ordonnance de la Cour qui, pour pourvoir à la nourriture des pauvres pestiférés de l'hôpital de la ville, ordonne que chacun des présidents et conseillers de la Cour et autres officiers du Parlement contribueront selon leur faculté, et que quant aux habitants et bourgeois, les maires et jurats de la ville députeront dans chaque paroisse des notables pour faire des quêtes (9).

1580. — « Advertissement et déclaration de l'institution de la maison de la Charité chrestienne, establie ès fauxbourg Saint-Marcel, par Nicolas Houel (10). »

1er octobre 1582. — « La contagion régnant à Rennes, le Parlement de Bretagne se réunira à Vitré le 8 du présent mois. » Le concierge du château de Vitré, Mathurin Grillet, en refuse l'entrée au Parlement et n'obtempère à la sommation du procureur général qu'au nom du Roi (1).

— Les consuls de Villeneuve demandent à la Cour que les habitants de la ville dans la demeure desquels la peste s'était fait sentir soient contraints à faire nettoyer ces habitations (2).

Juillet 1588. — « Dans les trois jours de l'apparition des symptômes de la peste, les maisons seront désinfectées par les propriétaires, les meubles le seront pareillement, sinon brûlés; à défaut de quoi il y sera pourvu par le syndic de la ville, lequel est autorisé à ouvrir les toits, pour donner air, avec la moindre incommodité des voisins que faire se pourra (3). »

1600.— « Édict du Roi faict en faveur des pauvres gentilshommes, capitaines et soldats estropiez, vieux et caducqs, contenant le don de la maison royale de la Charité chrétienne (4). »

Juin 1606. — Édict du Roy Henri IV, en faveur des gentilshommes et soldats estropiez, tant de la cavallerie que de l'infanterie (5). »

10 avril 1617. — « Commission du Roi, signée Louis, et par le Roi : Richelieu, donnant commission à M. Philippe Hurault, évêque de Chartres, pour la surintendance d'un hôpital militaire au siège de Soissons et autres sièges, exploits de guerre qui se feront (6). »

13 avril 1617. — « État des officiers en la médecine, pour servir le Roy en l'hospital que Sa Majesté a ordonné estre dressé en son armée, commandée par Mgr le comte d'Auvergne :

« Médecin : M. Amable Role, médecin du Roy; 1 garçon.

« Chirurgiens : M. Antoine Renaud, chirurgien du Roi; 1 aide, 1 garçon.

« Me Jean Philippe, chirurgien ordinaire du Roy; 1 aide, 1 garçon.

« Apothicaire : Pierre Frac; 1 aide, 1 garçon.

« Fait par nous, conseiller du Roy, en son conseil d'État et premier médecin de Sa Majesté. Hérouard. »

1617. — « Monseigneur de Chartres prendra, s'il luy plaist, en bonne part d'estre adverty que quand les religieux de la Charité vont aux armées gouverner les malades, on a de coustume de leur administrer tout ce qu'ils ont besoin, comme linge, chaussure, manteaulx et aultres choses nécessaires.

« Lesdits religieux pansent les malades, selon l'ordonnance du médecin. Il y a un frère d'entre eux, qui fait registre des malades qui entrent en l'infirmerie desquels il est tenu insérer le lieu de leur demeurance, le nom de leur père, leur nom, âge, s'ils sont mariez ou non, la qualité de leurs habits et de leurs playes, quand ils sont guaris d'escrire le jour qu'ils sortent de l'infirmerie, leur rendant les armes, argent et autres choses enregistrées. Que si les malades meurent, ledit frère escrit audit registre le jour de leur deceds et le lieu où ils ont esté inhumez, pour y avoir recours quand besoin est. Lesdits religieux sont tout pressés de s'employer au service de Sa Majesté, en ce qu'elle leur plaira commander (7). »

1618. — Requête au Roi et à Messeigneurs de son Conseil, en faveur des pauvres mendiants.

1626. — « La maladie contagieuse estant aux environs de la ville de Montbrison et en plusieurs endroits de la province, mesme ayant esté recogneue en trois ou quatre maisons de ladite ville, la crainte qu'elle ne pullulât davantage obligea les sieurs eschevins et directeurs de la santé à requérir la cessation des audiences, laquelle fut accordée, pour le bien publicq, dès le douzième juillet jusques au 25 octobre (8). »

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1181.
(2) Parlement de Bordeaux, B. 91, liasse.
(3) *Ibidem*. Archives de la Gironde, B. 92, liasse.
(4) Parlement de Bordeaux. Archives de la Gironde, B. 92, liasse.
(5) Parlement de Bordeaux. Archives de la Gironde, B. 175.
(6) Sainte-Marie, *Recherches historiques sur Nevers*, 1810, p. 417.
(7) Parlement de Bordeaux. Archives de la Gironde, B. 182.
(8) *Ibidem*, B. 183.
(9) *Ibidem*, B. 185.
(10) Paris, Chevillot, 1580.

(1) Parlement de Rennes. Archives d'Ille-et-Vilaine, B. 106.
(2) Parlement de Bordeaux. Archives de la Gironde, B. 182.
(3) Parlement de Toulouse. Archives de la Haute-Garonne, B. 197.
(4) Paris, Barbotte, 1606, in-8°.
(5) Bibliothèque impériale (manuscrits), Cinq-Cents de Colbert, 255, Ve.
(6) Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 8133.
(7) Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 8133.
(8) Archives de la Loire, série B. 3. Bailliage du Forez.

1654. — « Règlement de la compagnie instituée pour le restablissement des pauvres familles honteuses de la paroisse de Saint-Eustache (1). »

1663. — « Estat en vrai du bien et du revenu, tant ordinaire que casuel, de l'Hôtel-Dieu de Paris et de sa dépense journalière. Pour faire connoistre au public les vrayes nécessités des pauvres malades qu'on est obligé d'y recevoir de toutes parts, sans en refuser aucun, comme aussi les nécessiteux des hôpitaux de Saint Louis et de Sainte-Anne, qui en dépendent (2). »

21 juillet 1666. — Lieux infectés à Valenciennes du mal contagieux ; règlement à ce sujet.

1672. — « Statuts et règlement de l'hospital de Nostre-Dame de la Miséricorde, estably entre les faulxbourgs Saint-Marcel et Saint-Victor, suivant la fondation de messire Antoine Séguier, chevalier, conseiller du Roy en ses conseils et second président au Parlement (3). »

1723. — « Règlemens de la compagnie de charité de la paroisse Saint-Eustache à Paris, pour le soulagement et assistance des pauvres honteux malades, et pour l'instruction des pauvres enfans de l'un et de l'autre sexe (4). »

5 août 1752. — Le Parlement, ayant connaissance de la maladie dangereuse dont Mgr le Dauphin était attaqué depuis plusieurs jours, députa, pour avoir des nouvelles de la santé du prince, M. Louis Dufrane, un des secrétaires de la Cour, « lequel a dit que s'étant rendu à Versailles, on l'avoit fait parler à l'un de MM. les gentilshommes de la Chambre, lequel, après peu de temps, l'avoit introduit dans la chambre de M. le Dauphin et l'avoit conduit tout près de son lit, qu'alors il avoit eu l'honneur de dire à M. le Dauphin qu'il venoit de la part du Parlement pour savoir des nouvelles de l'état de sa santé; que M. le Dauphin lui avoit fait l'honneur de lui répondre, d'une voix très ferme, qu'il étoit très obligé au Parlement, et que cela alloit beaucoup mieux, après quoi, il s'étoit retiré (5) ».

14 septembre 1753. — Règlement concernant l'acquisition des biens immeubles par les gens de mainmorte.

4 juillet 1755. — Acquisitions illicites des gens de mainmorte.

25 juin 1764. — Acquisition des biens immeubles par les gens de mainmorte.

10 septembre 1768. — Lettres patentes du Roi qui ordonnent la perception d'un doublement de l'octroi, pour être appliquée aux besoins de l'Hôtel-Dieu et de la Charité de Lyon.

26 septembre 1769. — Arrêt du conseil d'État du Roi, qui proroge, en faveur de l'Hôtel-Dieu de Lyon, les droits d'octroi sur les vins (6).

19 novembre 1770. — Précautions prises à Valenciennes, pour empêcher que la peste qui règne en Pologne ne se communique dans les provinces belgiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 décembre 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs Noury et Rolland.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1886, la chaire de médecine expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de Lyon est déclarée vacante.

(1) Paris, Baudry, 1654.
(2) Paris, 1663, petit in-folio.
(3) Paris, Maturas, 1672, in-4°.
(4) Paris, 1723, in-8°.
(5) Arrêts du Parlement. — Bibliothèque impériale (manuscrits), supplément français, 347, 10950.
(6) Voir *Essai historique sur l'Hôtel-Dieu de Paris,* par Rondonneau de la Motte. — Paris, 1787, in-8°.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un congé, pour raison de santé, est accordé à M. de Guerne, préparateur d'histoire naturelle.

M. Focken est maintenu dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Masméjean est nommé aide d'histologie, en remplacement de M. Guibert, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Guillemin est maintenu dans les fonctions de suppléant de physique et de chimie.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Bricard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Charpy est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, et, en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Muséum.* — Sont nommés boursiers pour l'année scolaire 1886-1887 : MM. Chrétien, Perrin et Roos.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — Un congé, pour raisons de santé, est accordé à M. Sicard, préparateur de physiologie.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Claudel, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Chareyre, démissionnaire.

— Deux candidats seulement se sont fait inscrire pour le concours Vulfranc-Gerdy, de 1886-1887; ce sont MM. Dumont et Lamarque.

— M. le professeur Ball reprendra ses leçons de clinique des maladies mentales, interrompues par les vacances du jour de l'an, le dimanche 9 janvier 1887, à dix heures du matin, à l'Asile public des aliénés de Sainte-Anne, et les continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur A. Després, chirurgien à l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 12 janvier, à neuf heures, et les continuera les mercredis de chaque semaine, à la même heure.

— *Hôpital Saint-Louis.* — Service de M. Ernest Besnier. — Année 1887 : vendredi, *consultation externe;* samedi, *clinique;* lundi, *visite générale;* mardi, *opérations dermatologiques, lupus, acnès, etc.;* mercredi, *polyclinique des affections du cuir chevelu.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Grundriss der Bakterienkunde, von Dr med. Carl Fraenkel, assistenten am hygienischen Institute der Universität Berlin. In-8°. — Prix : 10 francs. — Berlin, August Hirschwald.

Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, professées à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1885, par Ch. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, recueillies et publiées par le docteur P. Le Gendre, chef de clinique adjoint de la Faculté. 1 vol. grand in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Savy.

La capitale de l'Équateur au point de vue médico-chirurgical, par le docteur E. Gayraud, agrégé à la Faculté de Montpellier, et le docteur D. Domec, professeur à la Faculté libre de Lille. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Coccoz.

Prolifération de la cellule par kariokinose, par le docteur Gilis. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 20496

52

FARINE MORTON

Alimentation naturelle des enfants avec la farine de gruau d'avoine.

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

Cette farine se rapproche très sensiblement, par sa composition chimique, du lait de femme et contient du fer et du phosphate de chaux.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

52

VIN DURAND TONI DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

13

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

20

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

)P MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

›n et monosulfure de sodium inaltérable

rit avec le plus grand succès dans la *Bron-*
ronique, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite*
la *Tuberculose*, quand l'expectoration est
ndante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

60

/IN IODÉ DE MORIDE

CIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

ıt l'Iode combiné comme dans les plantes
arines et l'huile de foie de morue.

in iodé de **Moride** est *rigoureusement*
gramme d'iode par litre; il permet d'in-
dans l'organisme l'iode d'une manière
le et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs,
blesse de constitution, Gourme,
Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre : *Constipation.*
Hémorrhoïdes, bile.
Migraine, manque d'appétit.
Embarras gastrique et intestinal.

Ne contient aucun drastique. — Très agréable à prendre, sans changer ses habitudes.

Phie GRILLON, 28, r. Grammont, Paris, et phies.

91

POUDRE TONI-DIGESTIVE DE ROYER

A la Pepsine, Pancréatine et Sous-Carbonate de Bismuth.

La composition de ce produit et sa forme pulvérulente en font un médicament précieux pour combattre les *Dyspepsies acides et flatulentes, Gastralgies, Gastrites, Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles digestifs de la grossesse.*

Une cuillerée à café avant chaque repas.

Phie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin, Paris.

33

SIROP DE T GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.

Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os.

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peltier, Paris, et Phies.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

177

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

9

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la marine et les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne......	**Peptonisent 30 grammes albumine.**
Ou cinq pilules Defresne...........	**Dédoublent 11 grammes corps gras.**
Ou une cuillerée sirop digestif.......	**Saccharifient 40 grammes amidon.**

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc., etc.

Doses : **PANCRÉATINE DEFRESNE** en poudre, 4 à 5 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs. Elixir et Sirop.

DÉPÔT : *2, rue des Lombards*, et ttes Phies.

DEFRESNE, auteur de la *PEPTONE.*

5

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

35

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, 130 francs.

Phie LIMOUSIN ❊, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

65

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

87

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin**, les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

1

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

66

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : *10 centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes phies.

134

Récompense de 16,600f, — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré pa... l... qu'est... la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

4

POUDRE ROCHER

Contre la *constipation* et nombreuses maladies qui en dérivent : migraine, congestion, hémorrhoïdes, etc. Goût agréable. N'irrite pas comme *pilules purgatives*, toujours *drastiques*, *fruits laxatifs, huile de ricin* répugnante et n'affaiblit pas l'organisme comme purgatifs salins, *sels, eaux purgatives*, etc. Provoque, *sans colique ni diarrhée*, une selle naturelle.

Fl. : 2f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

83

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à ré- « cidive BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

110

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❊❊. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

24

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTERABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

harmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

52

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose, œdème pulmonaire,* « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

77

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhées chroniques, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les [illegible]

43

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph^ies.

15

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. f^g St-Denis 42, et phi^es.

15

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

72

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale : Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

39

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : M. Margier, pharm. à Privas.

17

[illegible]

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

95

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } créosotées.

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph^ie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Ph^ie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

22

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

EAU MINÉRALE

OREZZA, FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guerison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANEMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

teur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

23

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

46

CHATEL-GUYON SOURCE GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concert, Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

97

ÉLIXIR & VIN DE COCA

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Cie, 56, r. d'Anjou St-Honoré.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt g^ral : Ph^ie Cie F^g Montmartre, Paris.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

15

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin agréable au goût, contient par cuillerée 0^gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3^f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le fl^on de 100, 3^f50.

50, boulevard de Strasbourg.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^ie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

TABLE DES MATIÈRES

1886

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

R

S

T

U

V

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1886

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 20496.

